

**FONIS SA19I0066**

**Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud,  
con foco en población migrante internacional en Chile**

# Manual de Entrenamiento y Buenas Prácticas



## **FONIS SA19I0066**

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile.



### **EDITORAS:**

---

Báltica Cabieses, PhD.

Claudia Silva, PhD.

Alexandra Obach, PhD.

@Abril 2023.

## FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile.

### EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

---

**Báltica Cabieses, PhD.**

UDD. Epidemióloga social con más de 23 años de experiencia en investigación. Experta en salud de migrantes internacionales con experiencia en Chile y la región. Directora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Alexandra Obach, PhD.**

UDD. Antropóloga social y cultural experta en temáticas de salud con 20 años de trayectoria. Especialista en metodología cualitativa y con experiencia específica con población migrante internacional. Directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Alfonso Urzúa, PhD.**

UC del norte Antofagasta. Psicólogo de la salud con más de 15 años de experiencia de investigación, experto en temáticas de bienestar y discriminación con población migrante internacional.

---

**Ana María Alarcón, PhD.**

UFRO. Antropóloga de la salud, experta y referente nacional de interculturalidad en salud en Chile con foco en pueblo originario, con más de 20 años de amplia trayectoria en investigación en la temática.

---

**Cristián Torres, MSc.**

UValpo. Sede San Felipe. Antropólogo de la salud y migrante internacional en Chile (mexicano). Investigador dedicado a salud y bienestar de población migrante en México y recientemente en Chile.

---

**Manuel Ortiz, PhD.**

UFRO. Psicólogo de la salud, director del Programa de Doctorado en Psicología de la UFRO y experto en psicometría. Línea de investigación en salud y estrés, con más de 15 años de investigación en este tema.

---

**James Trostle, PhD.**

Trinity College. Antropólogo con más de 30 años de trayectoria de investigación en salud a nivel mundial. Referente mundial en salud intercultural.

---

**María Inés Álvarez, MSc(c).**

UDD. Coordinadora general del reclutamiento y recolección de fases cuantitativa y cualitativa del estudio. Investigadora asociada al Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Marcela Oyarte, MSc(c).**

ISP. Estadística con amplia experiencia en análisis de bases de datos primarias y secundarias en salud. Investigadora asociada al Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Sabrita Chandía, MSc.**

UDD. Coordinadora financiera. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

## FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile.

### LISTA DE AUTORES DE CAPÍTULOS (en orden de aparición)

---

**Báltica Cabieses, PhD.**

UDD. Epidemióloga social con más de 23 años de experiencia en investigación. Experta en salud de migrantes internacionales con experiencia en Chile y la región. Directora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Cristián Torres, MSc.**

UValpo. Sede San Felipe. Antropólogo de la salud y migrante internacional en Chile (mexicano). Investigador dedicado a salud y bienestar de población migrante en México y recientemente en Chile.

---

**María Eliana Correa, BSc.**

UDD. Enfermera con varios años de dedicación en investigación en salud poblacional. Con interés y relevante experiencia en metodologías cualitativas de investigación y desarrollo de proyectos de impacto social en materia de salud y migración. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Claudia Pérez, MSc.**

UDD. Enfermera especialista en nefrología con más de 25 años de experiencia en docencia y gestión académica. Con interés en investigación en metodologías de desarrollo de la interculturalidad en educación superior. Directora de carrera de Enfermería e investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Ana María Alarcón, PhD.**

UFRO. Antropóloga de la salud, experta y referente nacional de interculturalidad en salud en Chile con foco en pueblo originario, con más de 20 años de amplia trayectoria en investigación en la temática.

---

**Alice Blukacz, MSc.**

UDD. Bachelor en ciencias políticas y relaciones internacionales (U. Manchester), magister de sociología en migración internacional y políticas públicas (LSE). Con experiencia en organizaciones internacionales (ACNUR, OIT) en diseño de intervenciones sociales y capacitaciones. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Alexandra Obach, PhD.**

UDD. Antropóloga social y cultural experta en temáticas de salud con 20 años de trayectoria. Especialista en metodología cualitativa y con experiencia específica con población migrante internacional. Directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

---

**Daniel Larenas Rosa, MSc.**

UChile. Fonoaudiólogo, magíster en salud pública mención políticas de salud. Docente de la carrera de fonoaudiología de la Universidad de Chile, ex co-líder de la RECHISAM 2021-2022.

---

**Daniel Molina, MSc.**

MINSAL. Psicólogo con más de 15 años de experiencia en salud de migrantes y refugiados en Chile, desde nivel servicios de salud y nivel central. Referente técnico de Migrantes, Refugiados y Trata de Personas de la División de Atención Primaria (DIVAP), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

---

**Alfonso Urzúa, PhD.**

UC del norte Antofagasta. Psicólogo de la salud con más de 15 años de experiencia de investigación, experto en temáticas de bienestar y discriminación con población migrante internacional.

---

## **Financiamiento:**

---

FONIS SA19I0066

ANID, Gobierno de Chile.

## **Aprobación ética::**

---

Comité Ético-Científico, Centro de Bioética, ICIM; Universidad del Desarrollo.

Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente.

Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Valparaíso.

Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Araucanía.

A todos/as/es ellos/as/es, y a cada uno de los participantes de este estudio, les agradecemos muy sinceramente su compromiso, generosidad y entrega en el llenado de cuestionarios de encuesta confidencial. Sin ustedes este proyecto no habría sido posible ejecutar.

# Índice

<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>10</b>
<b><i>Introducción a este manual de entrenamiento y buenas prácticas</i></b> Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>17</b>
<b><i>¿Cómo se define la migración internacional y el refugio?</i></b> Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>31</b>
<b><i>¿Por qué la migración es un determinante social de la salud?</i></b> Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>48</b>
<b><i>Migración y derechos humanos</i></b> Autor: Cristian Torres	
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>60</b>
<b><i>Migración, interculturalidad y salud pública global</i></b> Autora: Eliana Correa	
<b>CAPÍTULO 6</b>	<b>75</b>
<b><i>Interculturalidad conceptos esenciales</i></b> Autora: Claudia Pérez	
<b>CAPÍTULO 7</b>	<b>86</b>
<b><i>Interculturalidad en Salud en Chile: La experiencia histórica</i></b> <b><i>¿Cómo se ha implementado el enfoque intercultural en salud en Chile y sus aprendizajes?</i></b> Autora: Ana María Alarcón	
<b>CAPÍTULO 8</b>	<b>95</b>
<b><i>Marco normativo internacional en migración y salud con enfoque intercultural</i></b> Autora: Alice Blukacz	
<b>CAPÍTULO 9</b>	<b>110</b>
<b><i>¿Qué propuestas teóricas y empíricas existen sobre enfoques socio antropológicos de la interculturalidad en salud con migrantes y refugiados?</i></b> Autora: Alexandra Obach	
<b>CAPÍTULO 10</b>	<b>125</b>
<b><i>Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes en IAC</i></b> Autor: Daniel Larenas Rosa	
<b>CAPÍTULO 11</b>	<b>142</b>
<b><i>Política de salud de migrantes en Chile</i></b> Autor: Daniel Molina	
<b>CAPÍTULO 12</b>	<b>155</b>
<b><i>Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes</i></b> Autora: Báltica Cabieses	

<b>CAPÍTULO 13</b>	<b>174</b>
<b><i>Mediación intercultural en salud de migrantes y refugiados ¿qué es lo intercultural del encuentro en salud con migrantes? Elementos de la mediación</i></b>	
Autora: Alexandra Obach	
<b>CAPÍTULO 14</b>	<b>188</b>
<b><i>Interculturalidad y racismo ¿qué es el racismo y cómo se relaciona con la interculturalidad en salud?</i></b>	
Autora: Alexandra Obach	
<b>CAPÍTULO 15</b>	<b>200</b>
<b><i>La experiencia de facilitadores y mediadores interculturales para poblaciones migrantes en Chile</i></b>	
Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 16</b>	<b>214</b>
<b><i>Salud mental en población migrante</i></b>	
Autor: Alfonso Urzúa	
<b>CAPÍTULO 17</b>	<b>227</b>
<b><i>Beneficios del enfoque intercultural para familias migrantes</i></b>	
Autora: Eliana Correa	
<b>CAPÍTULO 18</b>	<b>245</b>
<b><i>Beneficios del enfoque intercultural en crisis sociosanitarias 1 ¿cómo el enfoque intercultural en salud puede mejorar la atención en residencias sanitarias durante la pandemia actual y futuras?</i></b>	
Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 19</b>	<b>260</b>
<b><i>Beneficios del enfoque intercultural en crisis sociosanitarias 2. ¿Cómo el enfoque intercultural en salud puede mejorar la atención de equipos de salud durante la pandemia actual y futuras?</i></b>	
Autora: Báltica Cabieses	
<b>CAPÍTULO 20</b>	<b>279</b>
<b><i>Beneficios del enfoque intercultural en la atención a mujeres migrantes y refugiadas</i></b>	
Autora: Alejandra Carreño Calderón	
<b>CAPÍTULO 21</b>	<b>289</b>
<b><i>Migración y movilidad en mujeres trabajadoras sexuales centroamericanas en la frontera de México-Guatemala</i></b>	
Autora: Teresita Rocha Jiménez	
<b>CAPÍTULO 22</b>	<b>300</b>
<b><i>Beneficios del enfoque intercultural en de nna migrantes</i></b>	
Autora: Alejandra Carreño	

# *Introducción a este manual de entrenamiento y buenas prácticas*

Autora: Báltica Cabieses

## CAPÍTULO

# 1

En este capítulo conocerás el estudio original que dio pie a este manual de entrenamiento y buenas prácticas, su pregunta de investigación, objetivos y metodología.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

- ¿De qué se trató el estudio que desarrolló este manual?
- ¿Cuál fue su objetivo y metodología?

## 1. Contexto:

En Chile, la salud intercultural ha estado históricamente relacionada a pueblos originarios. La compleja matriz social actual exige nuevos abordajes conceptuales, empíricos y de acción en salud intercultural. En la actualidad no existe una propuesta conceptual que permita definir, operacionalizar y medir estrategias de acción para el encuentro intercultural en salud con población migrante internacional. Este problema se reconoce como una necesidad urgente sentida de parte de la autoridad sanitaria, de los equipos de salud y de los mismos migrantes internacionales.

A partir de esta realidad, se llevó cabo el proyecto FONIS SA19I0066 cuya pregunta de investigación directriz fue: A la luz del enfoque intercultural en salud existente para pueblo indígena y de la reciente política de salud de migrantes en Chile, ¿Cómo establecer un nuevo enfoque de interculturalidad que sea específico para población migrante internacional según la perspectiva de equipos de salud, usuarios y autoridades de salud?

Se ejecutó un estudio multi-métodos en Antofagasta, La Granja, Valparaíso y Temuco. En cada comuna se incluyeron dos centros de salud familiar y un hospital, así como población inmigrante residente y autoridades del país (MINSAL y servicios de salud). Se realizó una revisión documentaria internacional y se indagó en cómo diversos actores clave comprenden y utilizan el enfoque intercultural en general, así como experiencias y recomendaciones específicas para población migrante internacional en particular (fase cualitativa del estudio). También se identificó el nivel de conocimientos de existe sobre el enfoque intercultural existente en Chile y sobre la política de salud de migrantes y sus lineamientos estratégicos (fase cuantitativa del estudio). El estudio fue organizado en tres fases: cualitativa, cuantitativa y traslacional. La primera fase cualitativa contempló dos etapas, una documentaria (revisión de literatura en el mundo y Latinoamérica) y otra de levantamiento cualitativo que incluyó entrevistas semi-estructuradas y grupos focales a personas migrantes beneficiarias, a trabajadores de salud y a autoridades locales. La segunda fase cuantitativa contempló la aplicación de cuestionarios a equipos de salud y a personas migrantes internacionales. Las primeras dos fases, cualitativas y cuantitativas, fueron ejecutadas en forma simultánea entre marzo del 2021 y julio del 2022. La tercera fase traslacional se interesó en la integración de los resultados de las dos fases anteriores y su transferencia a tres productos aplicados concretos.



## 2. Fase cuantitativa del estudio:

Dos conjuntos de bases de datos correspondiente a las encuestas cuantitativas de este proyecto, desarrolladas íntegramente en la plataforma segura y encriptada RedCap:

1

Encuentro intercultural de equipos de salud para equipos de salud (EIES Equipos de salud)

2

Encuentro intercultural de migrantes internacionales (EIES Migrantes)

Estas encuestas fueron diseñadas, pilotadas y luego aplicadas en trabajadores de salud y migrantes internacionales que reciben atención en las comunas de Antofagasta, La Granja, Valparaíso y Temuco. Adicionalmente, para ambas encuestas se adicionó una encuesta breve de perfil demográfico de participantes.

El cuestionario a equipos de salud (EIES Equipos de salud) consideró preguntas dirigidas a los equipos de salud abarcando características profesionales, tiempo y experiencia en el sistema de salud, salud intercultural, atención a migrantes e impresiones, posibles mejoras y satisfacción con el sistema de salud y establecimiento de trabajo.

El cuestionario a migrantes internacionales (EIES Migrantes) incluyó los tópicos de educación, ocupación, vivienda, estado de salud, necesidades en salud, acceso a atención en salud, conocimiento, impresiones y satisfacción con el sistema de salud en Chile, estatus migratorio y antecedentes de la experiencia de migrar.

Luego de la finalización de la fase de reclutamiento y recolección de información de la fase cuantitativa, la encuesta migrante alcanzó una muestra efectiva de **n = 1.440** y una no respuesta 1,44% (tamaño de muestra esperado al inicio del estudio de 1.300 participantes migrantes internacionales, de manera balanceada para cada comuna).

Análogamente la encuesta a equipos de salud alcanzó una muestra efectiva de **n = 474** y una no respuesta de 2,27% (tamaño de muestra esperado al inicio del estudio de 414 participantes trabajadores de salud, de manera balanceada para cada comuna).



### 3. Fase cualitativa del estudio:

Esta fase consideró la realización de entrevistas semiestructuradas y grupos focales (entrevistas grupales) con los siguientes actores clave:

(i) *los equipos de salud primaria y terciaria,*

(ii) *los usuarios migrantes y*

(ii) *las autoridades sanitarias.*

#### a) Selección de la muestra:

- a. Para los equipos de salud: Se invitó a participar a por medio de correo electrónico o invitación presencial en reuniones de trabajo según la preferencia de cada centro, previa autorización de su director y del servicio de salud. Cuando fue posible y autorizado por el director, se envió invitación vía email institucional. Quienes declararon aceptar participar fueron contactados para la realización de la entrevista semi-presencial o grupo focal hasta alcanzar el tamaño muestral esperado.
- b. Para los migrantes internacionales: Se invitó a participar a migrantes que estaban en salas de espera o a la entrada de consultorios u hospitales, conforme al personal del centro de salud, de manera de garantizar que fuesen individuos que estaban relacionados con el sistema de salud chileno formal y pudiesen, por lo tanto, transmitirnos sus percepciones y experiencias particulares.

Consentimientos y hoja informativa fueron elaborados en español y luego traducidos al idioma Creole para garantizar participación de población haitiana. Se contó también con reclutadores y facilitadores que hablaban fluidamente Creole como parte del equipo de investigación. Por limitaciones prácticas, la inclusión de personas haitianas al estudio ocurrió únicamente en Santiago, con lo que se pudo garantizar la calidad y utilidad investigativa de este procedimiento.

- c. Para autoridades: Se invitó a participar a una lista ya conocida por el equipo de investigación de autoridades de salud y que posteriormente fue actualizada, que incluía: (i) referentes migrantes de salud pública Minsal, (ii) referentes migrantes de redes 16 asistenciales Minsal, (iii) referentes migrantes de servicio de salud de una de las cuatro comunas del estudio; (iv) referentes migrantes de APS de una de las cuatro comunas del estudio.

## b) Recolección de la información:

- a. Entrevistas semi-estructuradas: conversación cara a cara entre el/a investigador/a y el sujeto informante, donde se explora un tema mediante una guía de entrevista pre-estructurada.
- b. Grupos focales: conversación en grupo que busca información de varias personas de manera simultánea donde se introducen mediante un guión los temas mediante preguntas generales, y que permite que los participantes interactúen, con el fin de lograr la construcción colectiva del discurso.

Se elaboraron guiones de entrevista y de grupo focal, los cuales fueron facilitados por investigadores entrenados del equipo. Tanto las entrevistas como grupos focales se realizaron en dependencias de cada centro primario o secundario, en salones reservados con autorización de las autoridades para este fin.

Todo fue grabado de audio para posterior transcripción palabra a palabra a Word. Los grupos focales se realizaron solo en idioma español. Para entrevistas que debían realizarse en idioma Creole (población haitiana) se contó con personal de apoyo que habla fluido el idioma para la realización y traducción al español de las entrevistas.



## c) Tamaño de muestra:

- (i). Para los equipos de salud primaria se contempló un arranque muestral total de 16 entrevistas individuales y 4 grupos focales y para nivel terciario un arranque muestral total de 8 entrevistas individuales y 4 grupos focales por comuna
- (ii). Para los usuarios migrantes internacionales se consideró un arranque muestral total de 8 entrevistas individuales y 4 grupos focales por comuna,
- (iii). Para las autoridades sanitarias se contempló un arranque muestral total de 4 entrevistas individuales por comuna.

## 4. Fase traslacional:

Se propusieron como productos de transferencia de este estudio los siguientes:

1

Una nueva propuesta de enfoque intercultural en salud con foco en población migrante internacional, orientada a la atención directa o “encuentro intercultural en salud”, que se materializó a través de un libro de uso público lanzado el 2022.

LIBRO [Spanish] Cabieses B, Obach A, Urrutia C. (2021). Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. ISBN digital 978-956-374-055-4 <http://hdl.handle.net/11447/4357>

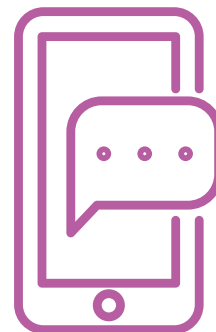
CURSO ONLINE GRATUITO. Bases para una salud intercultural efectiva con personas migrantes y refugiadas. 30 HORAS, ESCUELA DE VERANO UFRO ENERO 2023.

2

El diseño y pilotaje de un curso gratuito 100% virtual de entrenamiento sobre este nuevo enfoque intercultural específico para población migrante para equipos de salud, que aportase a la meta de la Política de Salud de Inmigrantes “Objetivo 2, línea de acción 1: constitución de equipos de salud interculturales”. Este producto se materializó por medio de un curso online de 30 horas cronológicas que fue piloteado como parte de la Escuela de Verano de la UFRO en enero del 2023 y evaluado positivamente por los más de 20 alumnos del curso.

3

Una propuesta de entrenamiento y buenas prácticas en salud para equipos de salud que atienden población migrante internacional, que se materializó en un manual de apoyo al curso online (segundo producto de transferencia), también de uso público y complementario a los dos productos anteriores. Dicho manual corresponde a este documento.



## 5. *Objetivo de este manual:*

Este manual de entrenamiento y buenas prácticas tiene como propósito entregar conocimiento esencial en materia de salud de personas migrantes internacionales, con énfasis en encuentro intercultural en salud. Se desarrolla a partir de ciclos de discusión del equipo de investigación a lo largo de todo el proceso investigativo y es un complemento a los reportes de resultados de estudio de uso público y los otros dos productos de transferencia.

Este manual está diseñado para profesionales de salud de todo tipo, y profesiones afines, que trabajan en contacto directo con personas migrantes en espacios sociales y comunitarios diversos, así como dentro de los escenarios que ofrece el sistema de salud chileno, tanto de nivel primario como secundario y terciario.

Quienes utilicen este manual pueden esperar adquirir conocimiento esencial y algunas competencias prácticas para el encuentro intercultural en salud con personas migrantes internacionales, en contextos actuales de sociedades multiculturales, complejas y fluidas, en permanente construcción y transformación.



# ¿Cómo se define la migración internacional y el refugio?

Autora: Báltica Cabieses

## CAPÍTULO

# 2

En este capítulo aprenderás a distinguir dos tipos de la movilidad humana como son la migración y el refugio. Diferenciar ambos tipos de movilidad humana te permitirá aplicar la normativa e intervenciones adecuadas a cada circunstancia.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

- ¿En qué consiste la migración?
- ¿Qué es el refugio?

# 1. Migración

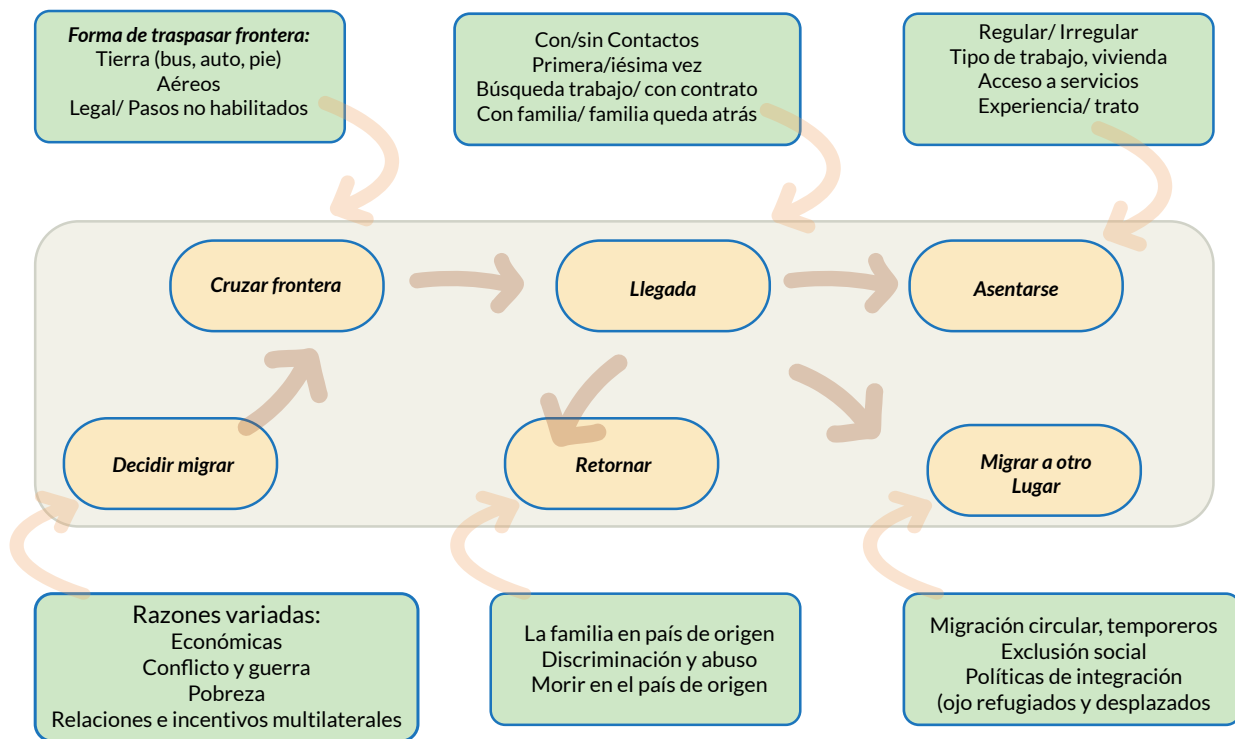
La migración consiste en el cambio de zona geográfica de residencia (asentamiento temporal o permanente), es decir, pasar de vivir en una localidad (pueblo, ciudad o país) a otra localidad. Existe la migración interna, que es cuando las personas se mueven dentro del territorio nacional y la migración internacional, que es cuando las personas trasladan su lugar de residencia de un país a otro, es decir, hay un cruce de frontera.

## 1.1 Proceso de la migración

El proceso de migración es un proceso complejo que se compone de diversas etapas. A modo de ilustración, observaremos las distintas etapas del proceso, pero hay que tener en consideración que ellas no siempre se dan de manera lineal y que las etapas de retorno o migración a un nuevo lugar podrían no ocurrir.

1. **Decisión de migrar:** Es el momento en que la persona decide migrar, ya sea por un impulso libre de experimentar la vida en otro lugar o bien por la necesidad de mejorar las condiciones de vida para sí mismo y su familia. En esta etapa la persona elige, con la información que tenga disponible (que no siempre es veraz), el país de destino y busca la alternativa de desplazamiento que le sea posible (desde el vuelo por línea aérea comercial hasta el desplazamiento terrestre, ya sea caminando o en vehículo).
2. **Cruzar frontera o acto migratorio:** Es el momento en que el migrante cruza la frontera entre un país y otro. Este acto puede ser realizado de manera regular -mediante control fronterizo que verifique que se cumplen todos los requisitos de entrada al país- o de manera irregular (sin ser controlados). El cruce irregular muchas veces se da cuando las autoridades de frontera prohíben la entrada, porque no se cumple algún requisito. También se da porque las personas han perdido o no han traído consigo todos los documentos necesarios de ser presentados en frontera. En ocasiones también se da por el sólo temor de ser rechazados o, en la minoría de los casos, porque no se cuenta con antecedentes aptos para la entrada.
3. **Asentamiento:** esta etapa va desde los 6 meses de llegada hasta los dos años, según la literatura internacional que se consulte. En esta etapa las personas pueden analizar su situación en el país de llegada y decidir si quedarse, migrar a un tercer país o retornar a su país de origen.





(Stefoni, 2006, Cabieses, 2011)

Cada una de estas etapas tienen asociados diversos factores de riesgo potenciales o de protección, que tienen implicancia en salud individual y/o familiar y también en salud comunitaria y poblacional.

Además de conocer el proceso migratorio, es necesario comprender que la migración internacional es dinámica y variable en el tiempo. La migración generalmente se intensifica cuando hay crisis económicas, políticas y/o medioambientales en un país. Es decir, cuando se hace difícil la vida en el país de residencia, las personas tienden a buscar mejores condiciones de vida en otros países. Si los países a los que llegan tampoco ofrecen buenas condiciones para el asentamiento de largo plazo, los migrantes suelen migrar a un tercer país, buscando un mejor devenir. De esta manera, cuando los países a los que llegan son estables política, social y económicamente y pueden ofrecer puestos de trabajo a la población migrante, las personas suelen asentarse. Pero si los países a los que llegan comienzan a vivir crisis políticas, sociales y/o económicas, es frecuente que los migrantes busquen un tercer país o retornen a su país de origen. Así, en el largo plazo la migración suele regularse, de forma que no se conoce en la historia un país que haya sido “desbordado” o haya tenido fuertes crisis económicas a causa de la migración. Sí se puede observar algunos disturbios sociopolíticos a causa de la migración, pero que frecuentemente no tienen sustento en la realidad, sino en temores, prejuicios y racismo. Con todo, para que las migraciones no provoquen efectos negativos a la población nacional- como asentamiento masivo en zonas no habilitadas para ello- es necesario que el Estado, a través de sus políticas públicas y migratorias, gestione y regule la migración.

## 1.2 Migración en el mundo

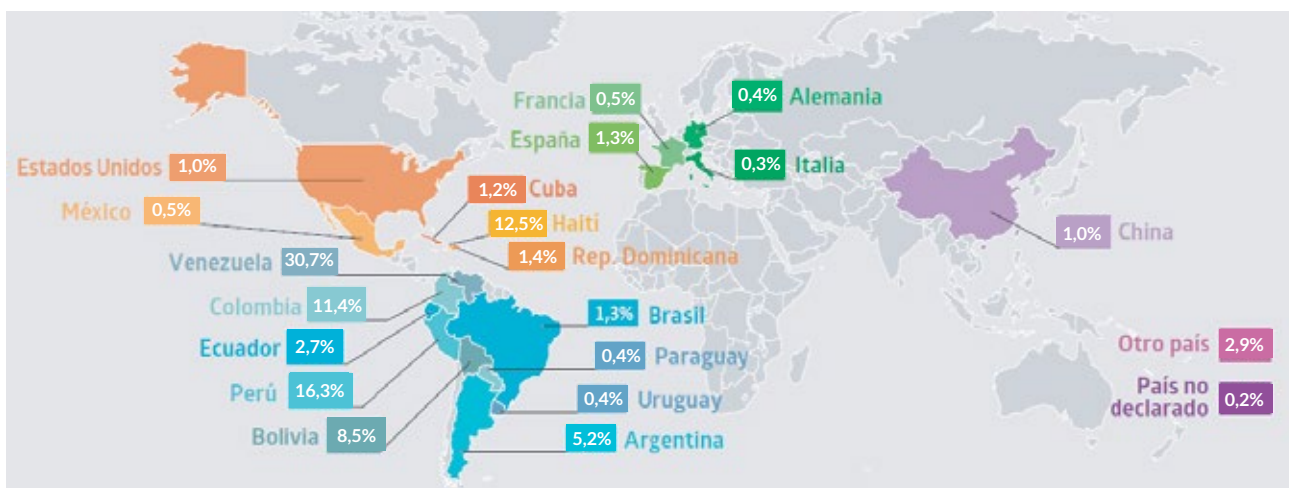
Los países receptores o atrayentes de población migrante corresponden a países con bienestar económico o países que, en comparación a países vecinos, se encuentran en una mejor situación económica y/o política.

En Chile la migración ha seguido esta misma lógica, siendo Chile -hasta el estallido social- uno de los países más estables económica y políticamente en la región, lo cual lo transformó en un país atractivo para migrantes. Esta tendencia, a juzgar por las cifras, habría ido decreciendo en los últimos años, ya que la migración si bien ha seguido creciendo, lo ha hecho con menos fuerza.

### Estimación población migrante internacional en Chile 2019 por país de origen (n=1.492.522) INE 2020

Edad: Aproximadamente la mitad tiene 25-35 años

Sexo: Hombres 50,9, mujeres 49,1%



Fuente: INE-DEM

Esto es distinto del panorama de hace una década, ya que países como Venezuela, Haití y Colombia desplazaron a países vecinos como Bolivia y Argentina. Históricamente la migración en Chile había sido mayoritariamente procedente de países vecinos. Particularmente importa hoy el caso de Venezuela, que se ha convertido en el principal país de origen de los migrantes. Dicha situación se produce debido al gran éxodo venezolano de los últimos años, que ha afectado no sólo a nuestro país, sino a todos los países de Sudamérica y a otras regiones del mundo.

### 1.3 Enfoques relacionados con la migración en el ámbito de la salud

2. Derechos humanos: Derecho a migrar y derecho a la salud, entre otros
3. Inequidades sociales en Salud: Migrantes de primera y segunda generación tienden a encontrar dificultades en protección local y salud en comparación a los nacionales
4. Determinantes Sociales en Salud: Salud poblacional es un proceso social, pues se construye a través de características del contexto familiar, barrial, comunitario, en el trabajo y también en la oportunidad de acceso al sistema de salud. En Chile migrantes son afectados por temas de hacinamiento, ambiente laboral adverso, sobrecarga laboral, trabajo informal y mayores brechas de acceso a la salud, lo que hace que la migración se convierta en un determinante social para la salud
5. Enfoque interculturalidad en salud: se requiere trato no sólo oportuno sino también adecuado a la población migrante en términos de pertinencia cultural y lingüística cuando sea necesario
6. Enfoque género de salud: Este enfoque pone énfasis en observar las diferencias vividas en el proceso migratorio según si se es hombre o mujer, niño o niña.
7. Ética del cuidado: este enfoque está asociado al enfoque de derechos humanos y da cuenta de la necesidad y responsabilidad del sistema de salud para lograr brindar la mejor atención en salud posible desde el punto de vista técnico y de trato humano



## 2. ¿Qué es el refugio?

El refugio es un estatus legal que los Estados otorgan a aquellas personas que se han visto obligadas a abandonar su lugar de residencia habitual, ya que su vida corre peligro, por razones políticas o religiosas o de conflicto armado o de violaciones de derechos humanos o catástrofes naturales u otra situación que haga que la vida del individuo esté en riesgo. Este reconocimiento implica que las personas acceden a un estatus migratorio regular y que, dependiendo de las políticas de cada país, puedan acceder a ayudas y prestaciones específicas dada su condición.

## 3. Algunos conceptos relevantes:

12

conceptos relevantes en materia de migración y salud a nivel global, regional y en Chile.

**Ciclo migratorio** – Etapas del proceso migratorio que comprenden la partida, en algunos casos el tránsito a través de uno o varios países, la entrada en el país de destino y el retorno.

**Desplazados internos** – Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida. *Fuente (adaptación de la traducción al español):* Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, adición al informe del Representante del Secretario General, Sr. Francis M. Deng, presentado con arreglo a la resolución 1997/39 de la Comisión de Derechos Humanos (11 de febrero de 1998), documento E/CN.4/1998/53/Add.2 de las Naciones Unidas, Principio 6.

**Desplazamiento** – Movimiento de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos

efectos. *Fuente (adaptación):* Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, adición al informe del Representante del Secretario General, Sr. Francis M. Deng, presentado con arreglo a la resolución 1997/39 de la Comisión de Derechos Humanos (11 de febrero de 1998), documento E/CN.4/1998/53/Add.2 de las Naciones Unidas, introducción, párr. 2.

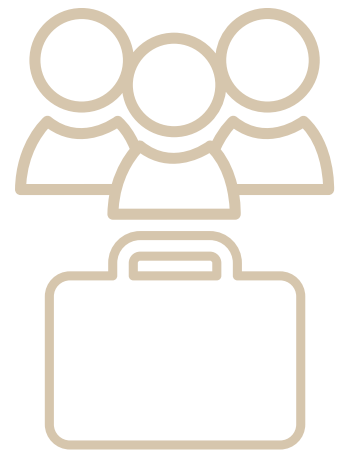
**Emigración** – Desde la perspectiva del país de salida, movimiento que realiza una persona desde el país de nacionalidad o de residencia habitual hacia otro país, de modo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual.

**Flujo migratorio (internacional)** – Número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico. *Fuente:* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), *Toolkit on International Migration* (2012), pág. 3.

**Fronteras internacionales** – Límites de separación definidos políticamente respecto de zonas territoriales o marítimas entre distintas entidades políticas y las zonas donde las entidades políticas ejerzan medidas de gobernanza de fronteras en su territorio o fuera del mismo. Tales zonas comprenden los pasos fronterizos (a saber, aeropuertos, pasos fronterizos terrestres y puertos), y las zonas de inmigración y de tránsito, las llamadas “tierras de nadie” entre los pasos fronterizos de los países limítrofes, así como las embajadas y los consulados (en lo que concierne a la concesión de visados). *Fuente (adaptación):* Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Principios y Directrices Recomendados sobre los Derechos Humanos en las Fronteras Internacionales (2014), pág. 4.

**Inmigrante** – Desde la perspectiva del país de llegada, persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual. *Fuente (adaptación):* Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), *Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales, Revisión 1* (1999), pág. 10, definición de “migrante por largo plazo”.

**Integración** – Proceso bidireccional de adaptación mutua entre los migrantes y las sociedades en las que viven, por el cual los migrantes se incorporan a la vida social, económica, cultural y política de la comunidad receptora. Ello conlleva una serie de responsabilidades conjuntas para los migrantes y las comunidades, y comprende otras nociones conexas como la inclusión y la cohesión social. Nota: La integración no implica necesariamente la residencia permanente. Sin embargo,



sí conlleva la consideración de los derechos y las obligaciones de los migrantes y las sociedades de los países de tránsito y de destino; del acceso a diferentes tipos de servicios y al mercado laboral; y del reconocimiento y el respeto del conjunto esencial de valores que estrecha los lazos entre los migrantes y las comunidades receptoras en aras de un propósito común.

**Menores no acompañados** – De acuerdo con la definición del artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, menores que están separados de ambos padres y otros parientes y no están al cuidado de un adulto al que, por ley o costumbre, incumbe esa responsabilidad. Fuente (adaptación): Comité de los Derechos del Niño, observación general N° 6 relativa al trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen (1° de septiembre de 2005), documento CRC/GC/2005/6 de las Naciones Unidas, párr. 7.

**Migración internacional** – Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales. Nota: De manera similar a la definición de “migrante internacional”, y a efectos estadísticos, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) define “migrante internacional” como “toda persona que cambia de país de residencia habitual” (Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales, Revisión 1 [1999], párr. 32). Esta definición excluye los movimientos “con fines de ocio, vacaciones, visitas a amigos y familiares, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa”.

**Migración irregular** – Movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino. Nota: Si bien no existe una definición universalmente aceptada de “migración irregular”, este término se emplea generalmente para designar a todas las personas que se trasladan al margen de las vías de migración regular. El hecho de que dichas personas migren de forma irregular no exime a los Estados de la obligación de proteger sus derechos. Las categorías de migrantes que podrían no tener otra alternativa que recurrir a las vías de migración irregular comprenden asimismo a los refugiados, las víctimas de la trata o los menores no acompañados. La decisión de dichas personas de recurrir a vías de migración irregular tampoco significa que los Estados estén exentos de la obligación de brindar alguna forma de amparo en el marco del derecho internacional, incluida la protección internacional para los solicitantes de asilo que huyen de la persecución, los conflictos o la violencia generalizada. Además, los refugiados están protegidos en virtud del derecho internacional contra cualquier sanción relacionada con su entrada o estancia no autorizada en un país, siempre y cuando estos procedan de un lugar en el que corrían peligro (Convención sobre el Estatuto de los Refugiados [aprobada el 28 de julio de 1951 y en vigor desde el 22 de abril de 1954], art. 31, párr. 1).

**Migración Regular:** Movimiento de personas que se produce de conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Cabieses B, Correa ME. 2019. Libro testimonial personas migrantes y equipos de salud. Link: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PROESSA ICIM UDD.
- OIM (2006). Glosario sobre migración. [corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf](http://corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf)
- ONU Migración. TÉRMINOS FUNDAMENTALES SOBRE MIGRACIÓN. Link: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>

## ESTUDIO DE CASO

### El proceso de migrar – el caso de una mujer peruana

Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La migración es un proceso dinámico y complejo
- La migración está interseccionada por otros factores como dimensiones de género, proceso, etapa del ciclo vital e integración social
- Con ello, la migración es un importante determinante social de la salud

### Descripción narrativa del caso:

#### Datos de la persona

SEXO	EDAD	NACIONALIDAD	TIEMPO EN CHILE	REDES DE APOYO	LUGAR DE RESIDENCIA
Femenino	41 años	Boliviana	Hace un año	Amiga con quién vive, es divorciada y tiene una hija que vive en Argentina	Calama

### Situación o necesidad de salud del caso:

Es una mujer de 41 años, emigró de su país acompañada de su marido hace más de diez años con destino a Argentina donde trabajó en un taller de ropa y aprendió el oficio de modista. Ahí tuvo a su hija mayor, hoy de nueve años de edad.

Hace un año decidió divorciarse de su marido y para hacerlo volvió a emigrar, esta vez con destino a la ciudad de Calama. Su hija no logró adaptarse al colegio en Chile y solamente alcanzó a asistir durante tres meses para luego regresar a Argentina con su padre, donde siente tiene mejores condiciones de vida a las que si viviera con ella en Calama: “Pero bueno lo importante era su comodidad, y vivir en una pieza pucha dices no, mejor no puedo, prefiero que me rompa el corazón, pero prefiero que esté en casa más cómoda entonces”.

El día de la entrevista, ella acude con un embarazo de siete meses y medio. El padre es boliviano y no tienen una relación formal, pero prefiere tener a su segundo hijo en Chile a pesar de su complicada realidad en Calama. Hoy vive en una pieza que comparte con una amiga y trabaja

algunas horas al día como modista en el taller de una amiga. Conoce el sistema de salud chileno y asiste a sus controles prenatales. No sabe cómo lograr un trabajo formal que le dé estabilidad y le permita recibir sin premura económica a su segundo hijo, que está pronto a nacer.

### Atención recibida por el caso:

El sistema de salud -al igual que los otros sistemas del Estado- está desafiado a cumplir las convenciones internacionales y dar acceso a derechos a las personas inmigrantes. No es inusual que, durante el primer período de asentamiento, los inmigrantes tengan dificultades en conseguir empleo y, por lo tanto, pasen por condiciones de vida adversas. Eso explica que esta madre esté de acuerdo en que su hija vuelva a vivir a Argentina con su padre. Sin embargo, es derecho de todas las personas migrantes poder estar con sus familias. Esto no sólo implica la creación de permisos de reunificación familiar, sino también acompañar y facilitar el proceso, por ejemplo, con la debida inserción en el sistema escolar y los beneficios que él contempla. En términos del sistema de salud, en este caso acceso a derechos refiere no solamente a otorgar atención en salud durante el embarazo, sino que se debe contemplar un acceso a salud prenatal y postnatal culturalmente pertinente.

Es necesario estar conscientes de que nuestro sistema de salud no es el único ni el mejor posible. Los demás países tienen sus propios procedimientos y modos de enfrentar los procesos de salud/enfermedad. En este sentido, habría que consultar a las mujeres sobre cómo esperan llevar adelante sus procesos de embarazo y de parto, por ejemplo, y respetar distintas formas y costumbres. En temas de embarazo y parto se deben contemplar distintos modos de llevar a cabo la relación entre el sistema de salud y el “paciente”. Si bien esto implica un esfuerzo por abrirse a nuevas formas de hacer las cosas y por mantener una actitud de apertura frente a distintas costumbres, dicho esfuerzo podría enriquecer al sistema de salud enormemente. Los “pacientes” extranjeros -y también los nacionales- deberían tener la posibilidad de que sus creencias y formas de ver el mundo fueran respetadas. Esto pasa, por ejemplo, por validar desde patrones alimenticios distintos al nuestro, hasta por comprender que tanto nuestros controles de parto como de postparto y posteriormente de niño sano no son iguales en todas partes. Si las personas no cumplen con el esquema que nuestro sistema de salud contempla, no son personas negligentes, sino que simplemente no comprenden la necesidad ni la importancia de seguir este esquema, pues siempre lo hicieron de otra manera y con resultados adecuados en la mayoría de los casos.

Los profesionales y trabajadores del sistema de salud deben instruirse sobre los sistemas de salud de los países de donde provienen la mayor cantidad de migrantes. Sólo de esa manera podrán comprender los comportamientos divergentes y lograr un diálogo con ellos validando sus costumbres. Esto ayudará a generar un diálogo intercultural, pero para que este tipo de diálogo pueda producirse, se requiere no sólo conocer los diversos sistemas de salud, sino cultivar una actitud de apertura, que también puede ser entrenada y que beneficiaría tanto a pacientes nacionales como extranjeros.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso?  
O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Hay varios desafíos de integración general y de salud de este caso:

---

- Desafíos de integración social general de la mujer
- Desafío de integración escolar de la hija
- Desafío de familias en contextos de migración, la mujer con su marido de diferente país, problemas relacionales y de construcción de familia

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Se podría mejorar:

---

- Entrega de conocimiento sobre sistema de salud y de control prenatal y nacimiento y puerperio del hijo en gestación
- Comprender desde el equipo de salud qué experiencias y expectativas tiene sobre el proceso de parto que está por venir, para acompañarla con foco en su salud y con pertinencia intercultural
- Apoyo a mujer en situación de precariedad social y económica
- Apoyo a la experiencia de madre de hija que está en otro país (cuidados virtuales) y eventual proceso de reunificación familiar

## REFERENCIAS:

---

Cabieses B, Correa ME. 2019. Libro testimonial personas migrantes y equipos de salud. Link: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PROESSA ICIM UDD.

## BIBLIOGRAFÍA

---

ALARCON M, Ana M; VIDAL H, Aldo y NEIRA ROZAS, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile [online]. 2003, vol.131, n.9 [citado 2022-10-16], pp.1061-1065. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

# *¿Por qué la migración es un determinante social de la salud?*

Autora: Báltica Cabieses

## **CAPÍTULO**

# 3

En este capítulo conocerás el modelo de determinantes sociales de la salud y comprenderás por qué se considera que la migración es un relevante determinante social de la salud. Esto te permitirá tener una comprensión global de los diferentes aspectos de la vida que afectan la salud de las personas en general y migrantes en particular.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cómo se define el modelo de determinantes sociales de la salud y cuáles son sus componentes?

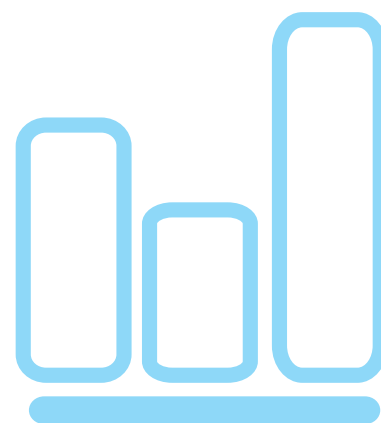
¿Qué posibles influencias tiene la migración en la salud poblacional?

## 1. Movimientos migratorios a escala mundial y regional

Antes de iniciar los temas centrales de este capítulo, es necesario recordar que la migración es un movimiento de desplazamiento humano de un territorio a otro, sea éste dentro de un país (migración interna) o atravesando frontera política (migración internacional). Para este curso es de interés la migración internacional, que es un fenómeno que se da desde que se inicia la vida humana en el planeta. Los seres humanos siempre se han desplazado de un lugar a otro buscando mejores condiciones de vida y cuando se empiezan a definir las fronteras geopolíticas, este movimiento implica el cruce de fronteras.

En primer lugar, encontramos a Europa con cerca de 87 millones de personas, luego Asia con cerca de 86 millones. En tercer lugar, América del Norte con cerca de 59 millones, luego África con 25,4 millones. En quinto lugar, América Latina y el Caribe, con alrededor de 15 millones de migrantes. Por último, encontramos a Oceanía con cerca de 10 millones de personas inmigrantes. Se puede observar que Europa y Asia son las regiones que concentran, a nivel mundial, mayor cantidad de personas inmigrantes.

Por otra parte, nuestra región de América Latina y el Caribe -desde México hasta la Patagonia- está conformada por 20 países y 7 territorios de gran biodiversidad geográfica, climática, vegetal y animal, así como también de diversidad social y cultural (incluyendo múltiples lenguas y cosmovisiones) que conforman la diversidad de nuestro territorio. Al mismo tiempo de esta diversidad social y cultural, nuestra región sufre de profundas desigualdades entre y dentro de los países. Estas desigualdades incluyen grado de ruralidad; desarrollo económico y desarrollo humano; pertenencia a pueblos indígenas que son excluidos, marginados o perseguidos; estructuras políticas y sociales; sistemas de salud; perfil demográfico y perfiles epidemiológicos, entre otros. En este contexto de tanta diversidad y desigualdad social y cultural, la emigración es un fenómeno humano, a escala regional, que requiere de una mirada en la complejidad del territorio y sus estructuras.



Observamos que existe una migración que intenta llegar desde Centroamérica a América del norte, particularmente a Estados Unidos y Canadá, atravesando México. México es actualmente el principal corredor migratorio de tránsito en todo el mundo. También observamos un movimiento interno en Centroamérica y, adicionalmente, un movimiento de Centroamérica al Sur e interno de Sudamérica, conocido como el patrón migratorio Sur-Sur. Así, se observa en el mapa que hay flechas hacia arriba, hacia los lados, hacia abajo, en diagonal, dando cuenta de la diversidad de movimientos y de las complejas dinámicas migratorias que tenemos en nuestra región. Haciendo un zoom al triángulo norte, especialmente Honduras, Guatemala y El Salvador de Centroamérica y a México, podemos reconocer el fenómeno de tránsito migratorio en México como principal corredor migratorio mundial.

Algunas estadísticas generales muestran que entre 500mil y un millón de centroamericanos -especialmente de este triángulo norte- se desplazan en tránsito por México anualmente con destino a América del Norte, sea Estados Unidos o Canadá. Por otra parte, casi 200.000 mexicanos fueron deportados desde Estados Unidos a México en 2019. Adicionalmente, los solicitantes de refugio en México pasaron de 680 en 2009 a casi 71.000 en 2019 (se multiplicaron por 1.000 en 10 años). Hay cerca de 114.000 desplazamientos forzados por violencia en El Salvador, en las estimaciones del año 2020. Estos movimientos son sólo en el cono norte y Centroamérica.

En la próxima lámina observaremos movimientos de Sudamérica, de acuerdo a datos de la OIM en el año 2019 sobre inmigración (personas extranjeras que ingresan a un país) y emigración (personas nacionales que abandonan su país).

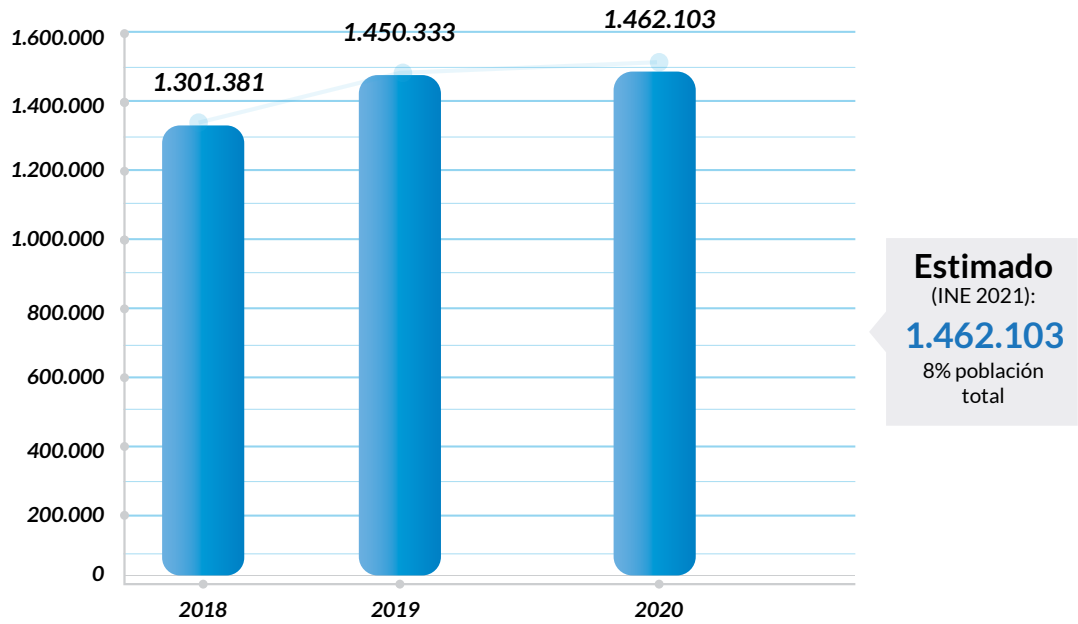
Se puede apreciar, por ejemplo, que Venezuela tiene un patrón de emigración muy importante, ya estimado en siete millones de personas, aproximadamente. Por su parte, Colombia, que era un país con un fuerte movimiento de emigración, hoy está recibiendo una gran cantidad de migrantes de Venezuela, que se estima en cerca de dos millones de personas. En Chile hoy se estima que la cantidad de inmigrantes residentes en el país bordea el millón y medio de personas.

Sobre el éxodo venezolano, podemos apreciar en la imagen la gran crisis humanitaria a escala mundial, sin precedentes, por la magnitud de personas que han salido de Venezuela. La mayoría se han desplazado a Colombia, Ecuador y Perú. También se han desplazado a Chile o Argentina y, por el otro lado, a Brasil.



Al analizar más detenidamente la situación en Chile, comenzaremos contextualizando que la migración en Sudamérica es principalmente intrarregional y Chile se ha convertido en un país receptor de esta migración. Esto se debe, entre otras razones, a su atractivo al ser un país de relativa estabilidad político-económica, a poseer un Producto Interno Bruto relativamente alto en comparación a los otros países de la región y a la expectativa de vida superior a 80 años.

Población extranjera residente en Chile, 2018 - 2019 - 2020



En el gráfico observamos la estimación de población extranjera residente, para los años 2018, 2019 y 2020. Se aprecia un aumento sostenido en el total de personas extranjeras en nuestro país, que al año 2021 representarían alrededor del 8% del total de la población.

## 2. *Determinantes sociales de la salud*

¿Qué son los determinantes sociales de la salud? Se definen como todas aquellas condiciones sociales, de vida y de trabajo en las cuales la vida tiene lugar y que tienen potencial influencia en la salud poblacional.

Existen distintos modelos para explicar los determinantes sociales de la salud. El modelo clásico reconoce factores como: agricultura y producción de alimentos; educación; ambiente laboral; condiciones de vida y de trabajo; desempleo, agua y saneamiento; servicios de atención de salud, vivienda. Redes sociales y comunitarias, estilos de vida individuales, entre otros.

A continuación, presentaremos uno de los modelos de determinantes sociales de la salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 2006, que resulta funcional para comprender el concepto.

Este modelo está dividido en 3 grandes componentes: el nivel macro en amarillo, el nivel intermedio en naranja y el nivel micro en azul. El nivel macro (amarillo) son todas las influencias indirectas, macrodistales de la política pública y de los valores sociales que conforman una sociedad.

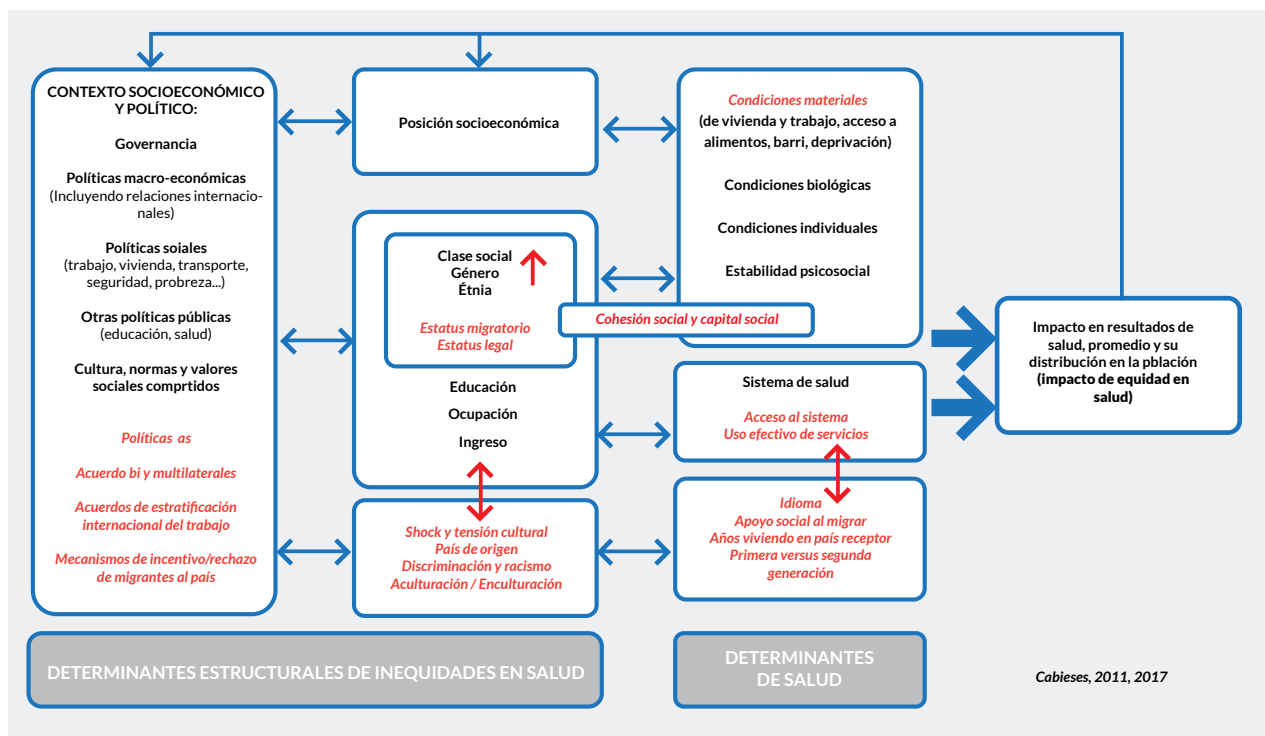
En el nivel intermedio o meso (naranja), están aquellos atributos que estructuran y jerarquizan a las poblaciones, como son educación, ocupación, ingreso, género, etnia. Es en este nivel en donde se encuentra el estatus migratorio o ser migrante, puesto que es una de las características que son etiquetas que hacen que algunas personas con atributos determinados tengan acceso a unas oportunidades y otras, a otro tipo de oportunidades. Esta estratificación piramidal de la población da cuenta de una estructura social sobre base de clase.

Y luego a nivel micro (azul) encontramos los determinantes sociales proximales que habitualmente se recogen en la anamnesis del sistema público o privado de salud, y que tienen que ver con las condiciones materiales de vida: vivienda, barrio, medio ambiente proximal, trabajo, riesgos ocupacionales, entre otros factores psicosociales y de conductas, hábitos y factores biológicos como antecedentes familiares, estilos de vida de riesgo para la salud, entre otros. Aquí aparece el sistema de salud, que tiene también una influencia como determinantes sociales de la salud.

Existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo

ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben. Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud.

A continuación, presentaremos una lámina en la que hemos replicado el modelo OIM 2006, pero haciendo un zoom en evidencia internacional para la migración internacional como un posible determinante social de la salud.



Se puede observar que, en los tres niveles de componentes del modelo, aparecen en rojo los componentes, dimensiones, variables que tienen influencia en la salud y que son propias del proceso migratorio como: políticas migratorias, acuerdos multilaterales, estratificación Internacional del trabajo (que hace que las personas se desplacen), mecanismo de incentivo y de rechazo de ingreso de personas migrantes al país. Agregamos en el nivel intermedio estatus migratorio, estatus legal, en particular irregularidad como un factor de riesgo. Y, también, elementos como: país de origen, racismo, discriminación, procesos de asimilación y aculturación. Por último, en el nivel micro, condiciones de vida materiales, cuando se concentran personas migrantes en situación de hacinamiento, pobreza y expresiones de cohesión social y capital social que van generando

guetos o grupos cerrados migrantes en espacios multiculturales, que dialogan poco y que tienen muros cerrados de poco encuentro humano. Y el sistema de salud con elementos diferenciados de acceso al sistema y uso efectivo de parte de migrantes, comparado con locales asociado a complejidades dentro del sistema como idioma, apoyo, años viviendo, generación de migración, entre otros, que son variables migratorias propias del proceso, que tienen riesgos de influenciar los resultados en salud poblacional general y de poblaciones migrantes, en particular.

## Conceptos relacionados a determinantes sociales de la salud

### Determinantes sociales de la salud

Condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de un individuo.

### Determinantes políticos de la salud

Impacto de los sistemas políticos, las estructuras de gobierno y las políticas en los resultados de salud y la equidad en salud. Los determinantes políticos de la salud reconocen que las decisiones y acciones políticas pueden tener consecuencias significativas para la salud y el bienestar de las personas y las poblaciones.

### Determinantes globales de la salud

Factores y condiciones que impactan los resultados de salud a nivel global, más allá de las fronteras nacionales. Estos determinantes reconocen la interconexión de la salud entre países y la influencia de las fuerzas globales en la salud de la población

### Determinantes económicos de la salud

Factores económicos y condiciones en los resultados de salud individuales y de la población. Estos determinantes reconocen el impacto significativo que las circunstancias económicas y las desigualdades pueden tener sobre la salud y el bienestar.

### Determinantes comerciales de la salud

La influencia de los intereses comerciales, las estrategias de marketing y las actividades comerciales en los resultados y comportamientos de salud. Estos determinantes reconocen que las acciones de las industrias y corporaciones en sectores como alimentos y bebidas, tabaco, alcohol, productos farmacéuticos y marketing pueden impactar la salud pública.

### Determinantes climáticos de la salud

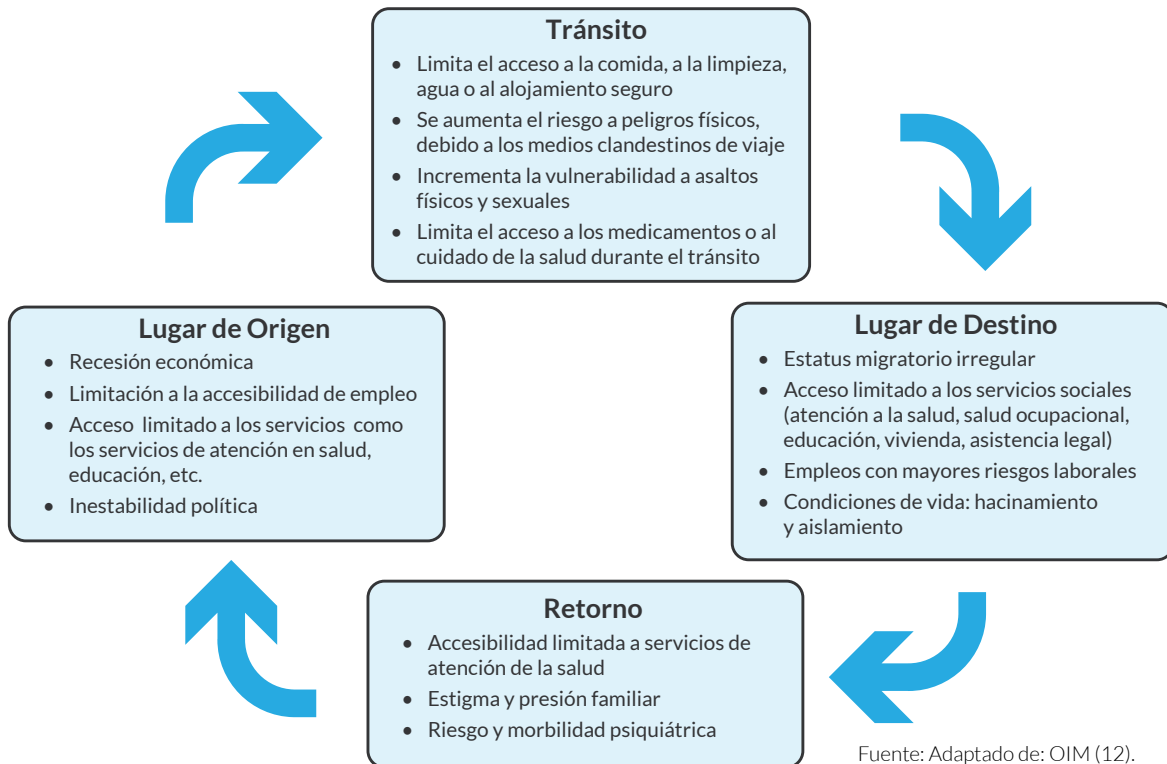
La influencia de las condiciones climáticas y el cambio climático en los resultados de salud humana. Estos determinantes determinan que las variaciones en los patrones climáticos, los eventos climáticos extremos y el cambio climático a largo plazo pueden tener impactos significativos en la salud y el bienestar.

La figura que sigue a continuación muestra la descripción de determinantes sociales de la salud relacionados en particular a la migración.

Este modelo es una propuesta de la OIM del año 2015. Se observan cinco componentes: factores estructurales y políticas; condiciones laborales y de vida; factores sociales y comunitarios; factores individuales y de vida; y factores biológicos hereditarios. Este decir, en este modelo se ajustan los componentes del modelo de determinantes sociales de la salud, haciendo un zoom a estas variables propias de la migración.

Por otra parte, resulta relevante observar también otros factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso migratorio como: lugar de origen, tránsito en lugar de destino y retorno (cuando este ocurre).

## Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso de migración



1

En la figura se puede observar que la migración es un proceso complejo y dinámico y que hay riesgos y factores a proteger a lo largo de cada una de las etapas de este proceso.

1 Figura contenida en el libro “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas” [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

A continuación, se presentará un análisis general de la OIM del año 2021 junto a un análisis propio en base a la CASEN del año 2020, en el cual hemos podido observar algunas variables de protección social y de vulnerabilidad social, comparando población migrante y población local en Chile.

## Pobreza en población migrante: OIM 2021 y análisis CASEN 2020

### Pobreza sin transferencia COVID-19

	Población local		Población inmigrante	
Pobre extremos	5,69%	(5,4% - 6,0%)	8,69%	(7,4% - 10,2%)
Pobres no extremos	7,62%	(7,3% - 7,9%)	10,63%	(9,0% - 12,5%)
No pobres	86,69%	(86,2% - 97,1%)	80,68%	(77,9 - 83,2%)

Se puede observar nivel de pobreza en población migrante pobre. En color celeste se evidencia a la población que ha recibido beneficios sociales durante la pandemia y en azul oscuro a la que no ha recibido transferencias de beneficio social por COVID.

Vemos que dentro de la población migrante el grupo de venezolanos cuenta con menores porcentajes de pobreza que la población migrante general. Aún así, vemos que tanto venezolanos como población migrante en general, cuentan con mayores niveles de pobreza que el total de la población en Chile.

El porcentaje de pobreza extrema (sin transferencia por COVID-19) en la población nacional es de cerca del 5,6% versus el 8,7% en población migrante. El porcentaje de pobreza no extrema es de un 7,6% en nacionales comparado con casi un 11% en población extranjera migrante internacional.

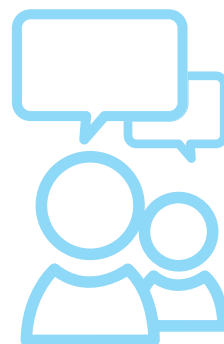
En cuanto a Indicadores de vivienda, se observa que el porcentaje de hacinamiento total en el país es de 7,3%. En población migrante este porcentaje asciende a casi el 20% y en el grupo de venezolanos al 19%.

En la variable Hacinamiento por grupo (gráfico al lado derecho de la lámina) observamos en color gris el porcentaje total de la población, en color celeste el porcentaje total de la población migrante y en color azul el porcentaje de la población venezolana. Se aprecia que en población migrante el valor es siempre más alto que el total nacional.

Para concluir, quisiéramos reforzar un par de ideas fundamentales:

- 1 La migración es parte vital para el desarrollo económico, social y cultural de la región
- 2 La migración es un determinante social de la salud
- 3 Las poblaciones migrantes son vulnerables a la inequidad en salud
- 4 La migración por sí misma no es un riesgo para la salud, pero las condiciones en que se migra general vulnerabilidad a la salud
- 5 El perfil del migrante es joven y saludable y son las condiciones adversas del medio las que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo para la salud
- 6 El abordaje debe ser integral, multisectorial y multinacional

Dada la complejidad del tema, quisiéramos resaltar los desafíos pendientes que tenemos como país: existe limitada articulación multisectorial y multinacional; la migración es vista como un riesgo basándose en mitos y generando estigmatización; el acceso a servicios es limitado por las múltiples barreras estructurales y sociales existentes; y la población migrante es víctima de niveles altos de estigma y discriminación.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses, Bernal y McIntyre “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas” Link: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/1461>
- Cabieses B, Correa ME. 2019. Libro testimonial personas migrantes y equipos de salud. Link: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PROESSA ICIM UDD.
- OIM Términos fundamentales sobre la migración. Link: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
- OIM “Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022” <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

## ESTUDIO DE CASO

### Cambio de planes- El caso de una mujer peruana

Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La migración es un proceso dinámico y complejo
- La migración está interseccionada por otros factores como dimensiones de género, proceso, etapa del ciclo vital e integración social
- Con ello, la migración es un importante determinante social de la salud

Descripción narrativa del caso:

#### Datos de la persona

SEXO	EDAD	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL
Femenino	19 años	Peruana	Inactiva	Soltera

ANTECEDENTES MÉDICOS	TIEMPO EN CHILE	REDES DE APOYO
Desfarramiento de ambas extremidades inferiores producto de atropello	1 Mes	Amigos de su madre y tía; luego personal de 2 hospitales involucrados. Antes del accidente vivía con su tía embarazada, luego llegó su madre

## Situación o necesidad de salud del caso:

La paciente vivía junto a su madre viuda y hermanos en alguna localidad de Perú. Son personas modestas, dependen del trabajo de su madre. Una de sus tías, también peruana, se encontraba trabajando en Argentina y quedó embarazada, razón por la que decidió viajar por tierra hacia Perú para que su hija naciera en su país. El trayecto que tenía programado era pasar por Chile hacia su país, pero una vez que estaba en Chile, presentó algunas molestias y le recomendaron no realizar un viaje tan largo por tierra dada su condición de salud, así que tuvo que optar por tener a su bebé en Chile y luego viajar hacia Perú; es así como llamó a su sobrina (la paciente) y le ofreció que viniera a conocer Chile, se quedarían juntas con unas amigas hasta el nacimiento, y luego viajarían ambas hasta Perú con la recién nacida.

Tanto sobrina como la tía llevaban muy poco tiempo en Chile cuando ambas fueron atropelladas por un bus de transantiago: la condición de ambas era de extrema gravedad, y fueron llevadas por ambulancias una a Hospital Sotero del Río donde nació la niña que llevaba en su vientre, quien también quedó hospitalizada con máximos cuidados y la otra a este Hospital. En marzo de 2014, pasado unos días del accidente, entrevistado a la madre de la paciente, acompañada de un tío. Ambos habían viajado de urgencia desde Perú para venir a acompañar a sus 2 familiares hospitalizadas, estaban emocionalmente devastados.

En un primer momento el pronóstico de la paciente era de riesgo vital, luego fue evolucionando y el equipo de traumatología debió decidir si amputar o tratar de salvar ambas extremidades inferiores de esta joven. La paciente estuvo hospitalizada por varios meses, se le realizaron varios aseos quirúrgicos, fue sometida a una serie de cirugías traumatológicas y estéticas hasta que lograron reconstruir sus piernas. Mientras ella era intervenida y re-intervenida su madre se quedó en Chile abandonando su trabajo en Perú, por esta razón no solo debimos solicitar permiso de residencia para la paciente y su tía sino también para su madre, ya que el tiempo de estadía en el país sobrepasaría el tiempo destinado a “turismo”.

Como la paciente estaba hospitalizada en este establecimiento y su tía y prima en el otro hospital, la madre de la paciente debía correr entre ambos establecimientos para prestar ayuda a todas. Luego de unos meses además fue dada de alta la lactante, por lo que las visitas y los traslados entre ambos hospitales aumentaron en complejidad para la única responsable de todas ellas. En el tiempo de estadía de la paciente, la familia fue empobreciéndose, como no tenían residencia en Chile fue un gran problema conseguir un lugar donde se pudieran quedar todas las mujeres mencionadas, las noticias que llegaban de Perú tampoco eran alentadoras, allá también estaban subsistiendo de forma precaria sin el único ingreso familiar que lo aportaba esta Jefa de Hogar que tuvo que trasladarse a Chile, ella tampoco podía trabajar acá, porque estaba todo el día cuidando y/o visitando a estas 3 pacientes.



## Atención recibida por el caso:

Es uno de los casos más intensos y prolongados en el tiempo que me han tocado hasta ahora, cada cierto tiempo presentaba nuevos desafíos: el problema de vivienda, no tener dinero para pagar la visa luego de todo lo que nos había costado obtenerla, la relación entre la paciente y el equipo de salud y porque no decirlo los altos costos de su tratamiento. Con este caso aprendí que la Ley de Accidentes de Tránsito no requiere que las víctimas tengan RUN y también aprendí que los equipos médicos y de compras de los hospitales requerían tener esta certeza para poder hacer bien su trabajo. Fue de gran ayuda dentro de todas las dificultades contar con el Seguro de accidentes, permitió dar luz verde a lo que fuera necesario para la recuperación de la paciente. Contamos con una madre muy colaboradora y con una gran fuerza interior, se quebraba y lloraba en mi oficina cada cierto tiempo, pero sin alguien como ella no habríamos obtenido el mismo resultado.

Excepto eso todo jugaba en contra, la falta de recursos, la desesperación de ni siquiera tener un espacio suficientemente amplio para que la paciente entrara con silla de ruedas, ya que el lugar en que estaban de allegadas era muy pequeño, las sucesivas hospitalizaciones de la niña que nació en el accidente, la distancia física entre un hospital y el otro que agotaba en extremo a la única cuidadora. En algunos momentos el panorama era muy abrumador. También la relación entre el equipo médico y la madre de la paciente, que también se vio afectada por la forma vertiginosa que era intervenida la joven y los permanentes traslados entre los 2 hospitales. Recuerdo por ejemplo que en alguna ocasión la madre de la paciente me manifestó su preocupación por la salud mental de su hija: estaba consciente, pero notaba que a ratos hablaba cosas incongruentes. Levanté esta inquietud hacia el médico tratante y propicié un espacio para hacer consultas, y él nos explicó a ambas que esa incoherencia era efecto de las altas dosis de morfina que debían administrar a la paciente para que pudiera sobrellevar las consecuencias de las dolorosas intervenciones: tanto el médico como la madre agradecieron esta oportunidad para poder conversar sobre lo ocurrido, lo que se estaba intentando hacer y tener los primeros atisbos de lo que ocurriría a futuro. Provocó reflexionar sobre cómo tras esta paciente existía un sistema familiar afectado en varios aspectos con un evento de salud de estas proporciones.



En este caso, este lamentable accidente provocó un desmedro económico de todo un grupo familiar, y requirió que se reorganizaran los roles y de la solidaridad de personas que no eran familia directa pero que también se vieron involucradas en estos problemas. Por otro lado, hasta antes de este caso en este hospital no se sabía que los seguros de accidentes de tránsito también cubren a extranjeros, noté cómo la presencia o ausencia de esta información puede llevar a distintos resultados, así como tranquilizar o no a la familia y a los mismos equipos médicos. Es evidente que sin el dinero del Seguro de Accidentes se habría brindado atenciones médicas a la paciente, pero el escenario habría sido distinto, y el reconocer este hecho me hizo considerar la relevancia de socializar esta información.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Hay varios desafíos de salud de este caso:

- La protección a la vida humana en todo momento y lugar
- La protección de los derechos humanos a personas migrantes vulnerables
- La protección de los derechos en salud en especial frente a riesgo vital
- La importancia del proceso migratorio en la salud de una persona

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

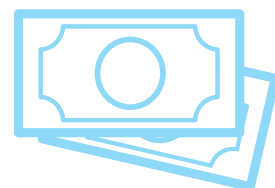
Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

A nivel muy genérico, manifestar que la llegada de jóvenes por el interés que genera el país a nivel del turismo y las posibilidades de desarrollo personal es importante. De ahí que sea relevante mirar a este grupo etario con gran interés, la prevención del embarazo adolescente, el autocuidado, las enfermedades de transmisión sexual, entre otros, deben ser temas que se traten por igual tanto con jóvenes chilenos como extranjeros y/o turistas. Es evidente en casos como estos, que Chile carece de políticas de tercera generación que vinculen al sistema de salud con otras políticas públicas de protección social y con el Ministerio del Interior para que casos como el expuesto sean intervenidos de manera integral y no se les exponga a una doble vulneración por falta de apoyo gubernamental. El desafío involucra un trabajo multisectorial, donde exista la participación del municipio a través de sus oficinas de migrantes, el consulado, el departamento de extranjería y migración, los centros de salud primarios y todos los servicios públicos involucrados según el caso, que trabajen unidos para que de esa manera faciliten una intervención eficiente y a la vez eficaz. El trabajo informativo y de sensibilización es una herramienta muy efectiva para combatir el primer desafío planteado, las escuelas, las organizaciones de la sociedad civil, los CESFAM, las oficinas de turismo, entre otros, son aliados a la hora de compartir la información y por su parte, las campañas publicitarias, los videos de sensibilización, etc., son métodos que podrían utilizarse para proteger a los jóvenes y promover el autocuidado. Esto se propone a partir de la experiencia de trabajo de las oficinas de INCAMI en el norte de Chile, donde este tema toma relevancia y es una arista fuerte de trabajo. Es importante entender que los fenómenos sociales, entre ellos la migración, son multifactoriales y se requiere reflexionar soluciones integrales. Por ejemplo en este caso no solo se encuentra la temática de salud de las afectadas sino que se amplía a la familia y encontramos a una mujer con ausencia de redes, desempleada, con dificultades de visa y sin ningún subsidio que le permita sostenerse ante esa eventualidad sufrida y vemos como varios sectores públicos tienen injerencia en el caso y como los mismos funcionarios naufragaron en la búsqueda de una residencia, en comprender el seguro de accidentes y como la vivienda también era un tema importante.

Esto invita a tener oficinas interdisciplinarias de acompañamiento que establezcan redes de trabajo con los sujetos y los otros organismos. El municipio y el consulado son claves cuando no existen redes para brindar asistencia y apoyo social y el departamento de extranjería y migración como encargado de brindar las visas debe considerar que los casos de tratamiento médico mantienen dificultades para acreditar sustento económico y ese tipo de casos es común en las oficinas jurídicas de INCAMI, familiares que no consiguen empleo, que destinan su tiempo al cuidado del enfermo y que a su vez se ven impedidos de conseguir residencias. Debiese bastar con la certificación de la institución de salud precisamente para facilitar las cosas para la persona y su familia o apoderados.

La visa por tratamiento médico es de difícil obtención cuando no se cuenta con familiares de apoyo, porque precisamente uno de sus requisitos es acreditar sustento económico, cuando es muy probable que un migrante no cuente con redes que presenten a su favor una declaración de expensa y es muy difícil que estén empleados de manera formal para acreditar sus ingresos. En este contexto, el sistema de salud es el principal actor para poner sobre la mesa las problemáticas que viven los migrantes en salud y este es un tema urgente para resolver.

La dificultad para encontrar empleo y junto con ello ausencia de recursos económicos y de redes por parte de la madre, invita a tener mesas multidisciplinarias que brinden un acompañamiento y gestionar capacitaciones permanentes para mantener informados a todos los funcionarios respecto de leyes tan importantes como la ley de seguros de accidentes que involucra directamente al sistema de salud, pero también les permita acercarse a temáticas como las relacionadas a la migración y a protección social en general.



## Referencias:

---

Cabieses B, Correa ME. 2019. Libro testimonial personas migrantes y equipos de salud. Link: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PROESSA ICIM UDD.



# Migración y derechos humanos

Autor: Cristian Torres

## CAPÍTULO

# 4

En este capítulo comprenderás la importancia del enfoque de los Derechos Humanos en la protección y acceso a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile y conocerás los mecanismos de protección de Derechos Humanos en materia de migración y salud. Esto te será útil para poder aplicar el enfoque de Derechos Humanos en tu trabajo con población migrante.

### PREGUNTAS ORIENTADORAS:

¿Crees que en Chile se ha avanzado en hacer efectivo el derecho a la protección y acceso a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile? ¿Por qué?

¿Cómo consideras que se puede avanzar en una mayor defensa del derecho a la protección y acceso a la salud con enfoque intercultural de las personas migrantes internacionales en Chile?

# 1.

## ¿Qué son los derechos humanos (DDHH)?

Para hablar de Derechos Humanos, tenemos que remontarnos un poco a la historia de ellos. Es necesario conocer cómo surgen, para entender el concepto y sus características. Como bien saben, a lo largo de la historia se venían evidenciando el uso excesivo de poder y abuso por parte de gobiernos y grupos que ostentaban el dominio de los modos de producción, contra otros grupos vulnerables o menos privilegiados.

Desde los últimos 250 años, se fueron modelando esfuerzos para sentar las bases del marco jurídico internacional en materia de Derechos Humanos. Ejemplo de ello son: la Declaración de Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano como producto de la revolución francesa; la declaración de Derechos de Virginia y la Independencia de los Estados Unidos de América a finales del siglo XVIII. Años más tarde, con el fin de la Segunda Guerra mundial y los hechos atroces cometidos en batallas y en los campos de concentración, gobiernos de distintas regiones se unieron para reafirmar el reconocimiento universal de un derecho internacional que reconociera los derechos humanos fundamentales y la dignidad y valor humano de las personas.

Con el liderazgo de Eleanor Roosevelt, Pen-Chun Chang y Charles Malik, la comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas consiguió elaborar un proyecto que cimentó un cuerpo normativo que se plasma en la carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobadas por la Asamblea General en 1945 y 1948, respectivamente.

En dichos documentos se establece la obligación de los gobiernos a actuar de una manera determinada, o abstenerse de emprender acciones, para promover y proteger los derechos y las libertades fundamentales de los individuos y los colectivos. El resultado de ello, es que los Derechos Humanos han quedado codificados en diversos tratados e instrumentos internacionales y regionales que han sido ratificados por la mayoría de los países. Y hoy en día, representan el único sistema de valores universalmente reconocido. Este hecho, ha sido uno de los grandes logros de las Naciones Unidas, al definir un amplio abanico de derechos aceptados internacionalmente, entre los que podemos encontrar derechos de carácter civil, cultural, económico, político y social.

También se han establecido mecanismos para promover y proteger estos derechos y para ayudar a los Estados a ejercer sus responsabilidades. Desde entonces, las Naciones Unidas han ido ampliando el derecho de los Derechos Humanos para incluir normas específicas relacionadas con las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, las minorías, los migrantes y otros grupos vulnerables, que ahora poseen derechos que los protegen frente a la discriminación, que durante mucho tiempo ha sido común en varias sociedades.

Pero, ¿Qué son los derechos humanos? Según la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas, los Derechos Humanos son atributos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, género o cualquier otra condición.

Todos y todas tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Los derechos humanos son garantías legales universales, que protegen a las personas y grupos frente a acciones u omisiones que pueden afectar su vida, sus libertades y su dignidad humana.

Por tanto, están expuestos y contenidos en instrumentos de orden jurídico y vinculantes, tales como: las constituciones de cada país, tratados internacionales sobre derechos humanos, el derecho internacional consuetudinario, principios generales y otras fuentes del derecho donde se definen las relaciones entre los individuos y las estructuras de poder, especialmente del Estado, estableciendo claramente las obligaciones que tienen los Estados a fin de respetar, proteger y asegurar los derechos humanos.

Algunas características de los Derechos Humanos: son universales, porque aplican para todo ser humano por el hecho de serlo; son inalienables e irrenunciables porque nadie los puede quitar o violar y tampoco las personas pueden renunciar a ellos; son imprescindibles porque no se pierden, no caducan y no prescriben; son indivisibles, porque no tienen jerarquía entre ellos; son interdependientes porque la vigencia de uno es la precondition de la plena realización de los otros, la violación o afectación de uno afecta a los otros; son progresivos, debido al carácter evolutivo (es posible que la categoría de Derechos Humanos se extienda a otros, que en su momento se vean necesarios a la dignidad humana).

## Características de los DDHH



### Inalienables e Irrenunciables

(nadie los puede quitar o violar, tampoco la persona puede renunciar ellos)



### Imprescriptibles

(no se pierden, no caducan, no prescriben)



### Universales

(aplica para todo ser humano por el hecho de serlo)



### Indivisibles

(no tienen jerarquía entre ellos)



### Interdependientes

(la vigencia de unos es la precondition de la plena realización de los otros, la violación o afectación de uno, afecta a los otros)



### Progresivos

(debido al carácter evolutivo es posible que la categoría de derecho humano se extienda a otros que en su momento se vean necesarios a la dignidad humana))

## 2. *Derecho a la migración:*

### ¿La Migración es un Derecho Humano?

#### Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 13.- Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y regresar a su país"



La migración es considerada un derecho humano al amparo de la Declaración Universal de los derechos humanos, en la cual en el artículo 13 se declara toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y regresar a su país. Los derechos humanos de las personas migrantes están incluidos en casi todos los instrumentos internacionales y regionales de Derechos Humanos, que se han adoptado desde mediados del siglo XX. En términos generales, la nacionalidad u otra condición de la persona, no es ni debe ser un criterio válido para reconocer y garantizar un Derecho Humano.

Los derechos humanos de las personas migrantes han avanzado en el terreno de la escena internacional, principalmente de la mano del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH). Están incluidos casi en su totalidad, en cada uno de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos adoptados a mediados del siglo XX, mientras que los Estados miembros de las Naciones Unidas los han ido integrando paulatinamente en los derechos constitucionales. A partir de ello, se han desarrollado mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos para las personas migrantes, estas constituyen un conjunto de normas de actuación que exigen responsabilidades y obligaciones a la sociedad y en especial a los órganos del Estado. Se encuentran contenidas en sistemas de ordenamientos jurídicos internacionales, regionales y nacionales.



Tanto en el ámbito del sistema universal -amparado en la Organización de las Naciones Unidas (ONU)- como en el sistema interamericano -amparado en la Organización de los Estados Americanos (OEA)- las declaraciones y acuerdos aprobados reconocen un amplio catálogo de derechos humanos a todas las personas que se encuentran bajo la jurisdicción de un Estado. En términos generales, bajo el alero del principio de no discriminación, la nacionalidad u otra condición de la persona no es, ni debe ser, un criterio válido para reconocer y garantizar un derecho humano.

En este sentido, los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos de las personas migrantes se encuentran en instrumentos generales y órganos respectivos del sistema universal, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP), la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (CTTMF), la Convención sobre Derechos del Niño (CDN), la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (CERD), la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención contra la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, entre otros.

A nivel regional, también existen órganos de protección y defensa de los derechos humanos como el sistema europeo amparado por la Unión Europea (UE) y el sistema africano, amparado por la Unión Africana (UA). En el continente americano, el sistema interamericano se conforma por dos entidades: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la cual tiene la responsabilidad de velar por el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos en todo el continente y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), analiza casos individuales de violaciones a los derechos humanos en países que aceptaron su competencia, y emite decisiones. El sistema interamericano es amparado en la Organización de los Estados Americanos (OEA) y también protege los derechos humanos a través de instrumentos como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y por la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Es de suma importancia para los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos, generar instrumentos que permitan fortalecer el vínculo entre los sistemas universales, regionales y nacional de protección de los derechos humanos (Cuadro 1), permitiendo tener claridad en directrices que permitan a los Estados, generar políticas públicas pertinentes a la población migrante desde un enfoque de derechos. Con la incorporación en legislaciones y políticas migratorias nacionales de los derechos humanos y en particular del derecho humano a migrar, se generan la perspectiva de avanzar hacia políticas más “humanizadas” que colocan a la persona en el centro de las preocupaciones. Sin embargo, bajo el derecho soberano de los Estados-nación, existe el acuerdo que depende de los Estados, establecer o no mecanismos de control de ingreso de inmigrantes a su territorio y salida de él, siempre que dichas políticas sean compatibles con las normas de protección de derechos humanos entendiendo

“entonces que la política migratoria de un Estado está constituida por todo acto, medida u omisión institucional (leyes, decretos, resoluciones, directrices, actos administrativos, etc.) que verse sobre la entrada, salida o permanencia de la población nacional o extranjera fuera de su territorio” (OIM, 2016 Pp: 35).

**Cuadro 1. Vínculo entre los Sistemas Universal, Regional y Nacional de Protección de los Derechos Humanos**



En el caso específico de la migración internacional en Chile, frente a los nuevos flujos migratorios hacia el territorio nacional, la triada derechos humanos, migración y salud, representó un desafío en materia de política pública para el Estado chileno, ya que parte de reconocer en su propuesta de *Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile*, “las implicancias éticas respecto a la necesidad de garantizar la salud como un derecho bajo cualquier circunstancia” y porque “considera que la salud es una construcción colectiva con gran influencia de determinantes sociales” (MINSAL, 2018). En dicha normativa se dan orientaciones y directrices específicas para asegurar la protección en salud de los inmigrantes internacionales a través de diversos instrumentos y mecanismos -internacionales, regionales y nacional- de protección y defensa de los derechos humanos, para hacer frente a las dificultades que experimentan los migrantes durante todo el ciclo migratorio y en hacer efectivo su derecho pleno a la salud, particularmente los que experimentan situaciones de mayor vulnerabilidad. Por otra parte, en Chile actualmente la ley número 20.430 establece disposiciones sobre protección de refugiados y es fundamental que la normativa migratoria que se dicte este en línea con dicha protección. Esto implica, por ejemplo, respetar el principio de no devolución, tanto en la Ley como en la práctica.

Ningún estado debe por expulsión o devolución, poner en modo alguno a un refugiado en las fronteras de los territorios donde su vida o su libertad peligre por causa de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social o de sus opiniones políticas.

Esto implica también, el asegurar que no se rechace en la frontera a personas que buscan refugio sin permitirles la presentación de una solicitud de refugio y su tramitación de acuerdo a las normas legales.

La legislación migratoria actual se limita a regular desde una perspectiva de seguridad, indicando las condiciones de entrada y salida de las personas extranjeras en Chile. Como se ha expuesto, este criterio implica simplemente el ejercicio de las facultades propias del Estado, pero desatiende el cumplimiento de las obligaciones más amplias en materia de Derechos Humanos que el mismo Estado ha asumido. Resulta fundamental, entonces, que la legislación migratoria establezca expresamente de los derechos de las personas migrantes y que la regulación de éstos, se encuentran en línea con los derechos consagrados en los tratados internacionales sobre derechos humanos que resultan aplicables.

En Chile, muchos de estos derechos se encuentran consagrados constitucionalmente para todos los habitantes de la República y también el Código Civil garantiza a nacionales y extranjeros igualdad en el goce y adquisición de los derechos que este reglamento. Sin embargo, la realidad ha demostrado que es importante que se consideren las particularidades que pueden existir para las personas migrantes en el acceso a derechos en la legislación, la normativa administrativa y en la práctica. De manera que no existan barreras en el goce y ejercicio de derechos para personas migrantes. Es importante, entonces, entender la relevancia del enfoque de derechos.

El enfoque basado en los Derechos Humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de Derechos Humanos y, desde el punto de vista operacional, está orientado a la promoción y protección de los Derechos Humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder, porque obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, la caridad por sí sola no es suficiente.

En un enfoque de Derechos Humanos, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sustentabilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas y hacer responsable a los que tienen la obligación de actuar.

3.

## Derecho a la salud para inmigrantes internacionales en Chile:

Cuando pensamos en el derecho a la salud para las personas inmigrantes en Chile, debemos

### Derecho a la salud para inmigrantes internacionales en Chile

Principio de no discriminación

Desafío Ético y social

Social,  
porque la salud es una  
CONSTRUCCIÓN  
COLECTIVA.

Ético porque la salud  
es un DERECHO



“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente

(Observación General N° 14 de la ONU)

entender que el derecho a la igualdad obliga a los Estados a velar por la observancia de los Derechos Humanos sin discriminación. Derechos explícitamente consagrados en los tratados internacionales y regionales de Derechos Humanos. Los derechos a la salud para inmigrantes internacionales son fundamentales para la protección de todos los Derechos Humanos. Es importante tener en cuenta que la discriminación no sólo consiste en una distinción, exclusión o restricción, sino que incluye también una preferencia con respecto a ciertos grupos.

Del mismo modo, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se consagra el derecho a la salud en su artículo 25. Este artículo en su primer numeral alude al derecho que toda persona tiene para acceder junto con su familia a un nivel de vida adecuado y, para ello, el mismo inciso pone como vehículo central para alcanzar dicho objetivo a los servicios sociales, dentro de los cuales menciona la salud, el bienestar y la asistencia médica. Por tanto, el asegurar la protección del derecho a la salud a las personas migrantes se ha considerado un desafío ético y social. Ético porque la salud es un derecho y social, porque la salud es una construcción colectiva.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2016. *Migración, derechos humanos y política migratoria, en Serie No. 1 Migración y Derechos Humanos*, Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. P:35
- Ministerio de Salud (MINSAL), 2018. *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Gobierno de Chile, Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, Santiago, Chile. PP: 1-45
- Fuente Cuadro 1.: Calleros-Alarcón Juan Carlos (Coord.), 2012. *La protección de los derechos humanos de las personas migrantes: una guía para las y los servidores públicos*. Centro de Estudios Migratorios/Unidad de Política Migratoria/SPMAR/SEGOB; Ciudad de México, México. ISBN: 978-607-9007-20-1 (INM). PP:48
- Unión Interparlamentaria/Naciones Unidas (UI/UN). *Derechos Humanos, Manual para Parlamentarios N°26*. Curand et Associés. Ginebra Suiza; 2016. ISBN 978-92-9142-676-8 (UIP).



## ESTUDIO DE CASO:

### Vulneración de derechos en familia migrante en Chile

Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- No está entre las facultades de los establecimientos de salud, determinar o restringir los derechos de las personas por su situación migratoria en Chile.
- Todas las personas migrantes internacionales en Chile tienen asegurada la atención de urgencia.
- La falta de registro de un niño o niña nacido en Chile obstaculiza sus derechos a la atención de salud, educación y el bienestar social básico.
- La Política de Salud para Migrantes Internacionales en Chile es un aporte para garantizar el acceso a salud de manera equitativa a la población migrante en Chile.

### Descripción narrativa del caso

El día miércoles 5 de Octubre de 2022, a 4 horas de la capital de Santiago, el equipo multidisciplinario del CESFAM San Francisco Real, ubicado en la comuna del mismo nombre, se reunió para abordar el caso de una familia de origen boliviano que llegó a Chile a principios del 2021, la familia es de escasos recursos y bajo nivel escolar, la actividad agrícola de temporada representa su principal fuente de ingresos. La familia está integrada por una mujer de 36 años, un varón de 38, un hijo de 9 y una niña lactante de 1 mes 13 días.

### Situación o necesidad de salud del caso:

La referente de migración en el CESFAM San Francisco Real, expone la situación irregular de la niña lactante de 1 mes 13 días, quien a la fecha no cuenta con inscripción en el registro civil, hace énfasis en que no existe legalmente porque no tiene RUT, lo cual genera dificultades administrativas en las prestaciones en salud que se le brindan. La situación ocurre porque el Hospital local, no le ha entregado a la madre el comprobante de parto – esta acta se debe presentar en Registro Civil para la inscripción de cualquier recién nacido. A juicio del equipo del CESFAM, ningún argumento dado por el Hospital sería válido, ya que condiciona el derecho de todo niño y niña nacido en Chile a una identidad por no tener RUT y nombre, y nacionalidad al no contar con el comprobante de parto que permita hacer el trámite de registro en la Oficina del Registro Civil.

El equipo multidisciplinario del CESFAM decide indagar más sobre el caso en el área directiva y ginecológica del Hospital a través de su departamento jurídico para solicitar mayor información sobre la entrega del acta de parto. Por su parte, el Hospital justificó su actuar argumentando la no entrega del acta de parto porque la madre y padre del infante, no presentaron pasaporte al momento de la inscripción en el Hospital, identificándose únicamente con la cédula de identidad boliviana DNI (homóloga a la cédula de identidad chilena). Entre los argumentos del Hospital, el personal añadió que la madre no entendió las indicaciones en el pre y post natal, motivo que sumó para no hacer entrega del acta de parto, de esta manera la familia se vio obligada a realizar el trámite para obtener sus pasaportes en el Consulado de Bolivia en Santiago, lo que implicó mayor tiempo y gasto familiar.

Atención recibida por el caso  
(atención, orientación, dentro del sistema de salud y/o fuera – comunitario; otro)

En una entrevista posterior del equipo del CESFAM a la familia afectada, se realiza una nueva acogida que permite un espacio de escucha activa en donde los padres mencionan sentirse discriminados por ser bolivianos. No comprenden por qué les pidieron pasaportes, si ellos al igual que personas de otras nacionalidades como peruanos y argentinos pueden ingresar a Chile sólo con Cédula de Identidad de su país de origen. Refieren que temían que alguien les robara a su hija, y que su decisión de llegar a Chile fue mejorar sus condiciones como familia, pero que ahora tienen la intención de pronto regresar a su país por la mala experiencia vivida. Se consulta si desean iniciar un proceso judicial, pero ellos prefieren cerrar el episodio cuando obtienen el Acta de Parto y logran inscribir a su hija cuando estaba por cumplir los 2 meses de nacida.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

El equipo multidisciplinario del CESFAM, presentó a la familia boliviana lo mismo que presentó al quipo del Hospital: se refuerza que no es el área de salud quien debe determinar ni restringir derechos por la situación migratoria de ninguna persona, se refuerza que “nuestro objetivo es brindar atención de salud con trato digno, disponiendo de diferentes posibilidades de orientar a las personas a que regulen su situación migratoria, no somos nosotros los que debemos condicionar derechos a las personas por no estar regulares en Chile”.

Ante estos hechos, respecto al ámbito sanitario se puede rescatar que en los últimos años en Chile se han realizado importantes avances para garantizar el acceso y la equidad de la población migrante en el sistema de salud público, en particular en la protección de grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 18 años, además de asegurar atención de urgencia para población migrante general. También se puede destacar que, haciendo eco de la política migratoria

en salud, se ha intencionado la instalación de los cargos de referente de migrantes en el Servicio de Salud y en establecimientos de salud y de facilitadores interculturales de nacionalidad haitiana, quienes tienen la labor de velar por la protección de los derechos humanos y ser un aporte en el acceso a la salud para los migrantes internacionales en Chile (MINSAL 2018).

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Entre los instrumentos internacionales en relación a los derechos del niño, niña y adolescentes, se establece de manera concisa que el derecho a la nacionalidad forma parte del derecho a la identidad, ello implica el derecho a la personalidad jurídica, lo cual incluye la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones, por lo que el Estado debe respetar y procurar los medios para su realización; por lo que un niño o niña sin RUT en Chile, no tiene personalidad jurídica reconocida ya que no ha establecido un vínculo jurídico-político con el Estado. Por tanto, la falta de registro de un niño o niña puede repercutir negativamente al verse denegados sus derechos a la atención de salud, la educación y el bienestar social básicos.

Una de las acciones más óptimas que sugirió el equipo multidisciplinario del CESFAM, era la de haber informado al tribunal de familia por sospecha de no estar regular en Chile (que, a juicio del equipo, no sería ninguna vulneración de sus padres hacia la niña, pero se podría haber definido un seguimiento del caso), pero por ningún motivo el generar la vulneración grave de derechos que todos los que estuvieron involucrados en el caso, estaban realizando.

Se ha detectado que los avances normativos en materia de salud no se aplican porque existe mucho desconocimiento, se dan interpretaciones restrictivas, hay negligencia y/o prácticas discriminatorias de parte de los funcionarios de los distintos sectores (salud, PDI, FONASA, Extranjería y municipios, entre otros). Se agregan las brechas idiomáticas y culturales y además entran en juego variables socioeconómicas y estructurales que puedan empobrecer la situación de vida y producir un deterioro de las condiciones de salud.

La Política de Salud para Migrantes Internacionales en Chile brinda orientaciones pertinentes en materia de migración y salud, buscando garantizar el acceso a salud de manera equitativa a la población migrante en Chile, sin embargo, no se puede dar lectura al impacto de esta política si no baja la información y se capacita a los profesionales de la salud.



# Migración, interculturalidad y salud pública global

Autora: Eliana Correa

## CAPÍTULO

# 5

En este capítulo aprenderás conceptos esenciales relacionados con medicina social, salud global y salud pública global y cómo se relaciona con el enfoque de interculturalidad hacia poblaciones migrantes internacionales.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

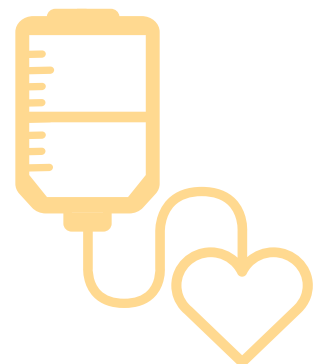
- ¿Qué es la medicina social y la salud pública global?
- ¿Qué objetivo común comparten?
- ¿Cuál es su relación con la migración internacional?
- ¿Cómo se relacionan estos conceptos con el desafío de la interculturalidad en salud para las poblaciones migrante internacional?

## 1. *Medicina social:*

La medicina social es una disciplina con una amplia trayectoria histórica, que se puede entender como el estudio de la salud y la enfermedad en su contexto social. Por lo tanto, incorpora diversas disciplinas para el estudio y comprensión de los procesos, reconociendo las consecuencias que los aspectos sociales tienen para los resultados de la salud. Esta disciplina va más allá de comprender la salud en sus parámetros biológicos y fisiológicos. Dentro de sus temas de interés y estudio, se van a encontrar la estructura social y económica de los sistemas que brindan atención en salud, las políticas en salud y la clínica holística. Su mirada va más allá del sistema biomédico y está en relación con lo que concierne a las relaciones entre los profesionales de la salud y de los pacientes en las sociedades que son culturalmente diversas.

Dentro de la medicina social aparece el concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), creado por la Organización Mundial de la Salud, que hace referencia a las condiciones en que las personas nacen, viven, crecen y trabajan, incluyendo los sistemas de salud, y que pueden influir de manera directa o indirecta en las condiciones de salud de las personas y las comunidades. Estas condiciones son el resultado de la distribución de los recursos, el poder y el dinero a escala local, nacional y mundial; y dependen del diseño de las políticas públicas y la estratificación jerárquica de los grupos sociales.

La migración internacional ha sido ampliamente reconocida como un determinante social de la salud, dado que las condiciones que rodean el proceso de emigrar van a tener un fuerte impacto en la salud de los migrantes. Es necesario comprender que la migración internacional no es sinónimo de vulnerabilidad, pero las condiciones que acompañan el proceso migratorio podrían exponer a las personas migrantes a distintos riesgos para su salud o protección para su salud.



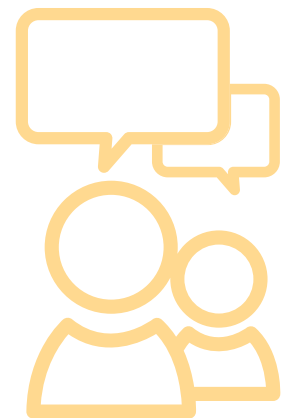
## 2. *Salud pública global:*

La salud pública global aparece como una rama de la salud pública, ya que, tras el apogeo de la globalización y sus múltiples consecuencias en la salud, se han creado nuevas áreas de estudio dentro de la rama de la salud pública, donde se va a encontrar el campo de la salud global. Jeffrey Koplan (2009) define la salud global como “un área de estudio, investigación y práctica que prioriza el mejoramiento de la salud y el logro de equidad en salud de la población a nivel mundial. La salud global enfatiza temas transnacionales de salud, sus determinantes y soluciones; comprende múltiples disciplinas dentro y más allá de las ciencias de la salud, promueve la colaboración interdisciplinaria y es una síntesis de la prevención a nivel poblacional con el cuidado individual de la salud” (p. 1993).

De esta manera, tanto en la medicina social como la salud global van a buscar proveer bienestar y promover una mejor calidad de vida y de salud para la población global del mundo. Esto, considerando que existen desafíos que están presentes de manera global y de forma transversal a lo largo de todo el mundo, que tienen que ser enfrentados desde una visión integral. En este enfoque, es muy importante también considerar lo local dentro de lo global, podemos tener un mismo fenómeno que afecta a distintos lugares del mundo, pero ese fenómeno se va a vivir de diferente manera en cada comunidad y es importante el rescate de lo local dentro de lo global al momento de instaurar estrategias y políticas públicas para solucionar esos desafíos. Por otra parte, la medicina social y la salud pública global comparten ciertos principios rectores como son:



- Equidad, buscando la equidad en el acceso a la atención de salud y condiciones de vida básicas para un bienestar, buscando derribar diferencias injustas y evitables en los resultados de salud.
- Bienestar Social, como una meta común que busca proveer que las personas tengan una buena situación de salud física, mental, espiritual.
- Calidad de vida, que las condiciones que rodean la vida sean seguras y permitan el desarrollo de la salud.
- Buen Vivir. El Buen Vivir es un concepto vinculado a la cosmovisión de la salud y bienestar de pueblos originarios, contemplando su desarrollo histórico, entendido como las buenas condiciones de vida. Es un concepto que no involucra solamente a los individuos y las comunidades, sino que también involucra el entorno, la necesidad del cuidado de la naturaleza y tener una relación armónica y en equilibrio con la naturaleza, las divinidades y mundo espiritual, y con la comunidad, que permite el buen vivir de todos los seres a través de reciprocidad.
- Gobernanza. La gobernanza aparece como ente regulador estructural para poder alcanzar objetivos relacionados a la salud global, esta es una dimensión relevante cuando nos enfocamos en el análisis de la salud en el contexto de la migración internacional.
- Democracia. A través de la democracia se busca promover de manera equitativa la participación social en los procesos de toma de decisiones sobre condiciones de vida y salud, permite el rescate de aspectos locales en el desafío de la salud global.
- Paz. Tal como se mencionó anteriormente, es fundamental rescatar lo local dentro del desafío global y para eso es necesario en cada intervención contemplar la participación de las comunidades en el proceso. Así, el concepto de paz aparece como objetivo, pues es necesario contar con sociedades que tengan una convivencia pacífica y armoniosa y que otorguen tranquilidad para poder desarrollar una buena calidad de vida.
- Derechos Humanos. Los Derechos Humanos son un pilar central para la salud y calidad de vida. Tanto la salud como la migración internacional son reconocidos ampliamente como derechos humanos universales que deben ser garantizados por los Estados y reconocidos.



## *La salud global y su relación con la migración internacional:*

Teniendo en consideración los conceptos previamente abordados, podemos observar que existe transversalmente una mirada global de la salud, que reconoce desafíos comunes a lo largo de todo el globo y que contempla aspectos que van a ser de carácter social, cultural e histórico que afectan la salud. Esta mirada observa de qué manera el fenómeno de la globalización ha diluido las fronteras de los procesos de salud-enfermedad, impactando distintos acontecimientos sociales, económicos y políticos en distintos países a nivel global repercutiendo en la salud de las comunidades.

Por su parte, la migración internacional se relaciona íntimamente con el fenómeno de la globalización, ya que la migración promueve la globalización y promueve la necesidad incorporar un enfoque intercultural, particularmente en la atención de salud, para poder detectar de forma sensible las necesidades de salud de las comunidades y poder dar soluciones atinentes y culturalmente sensibles.

De esta manera, la salud global y la migración internacional están estrechamente relacionadas dentro del reconocimiento del fenómeno global. En la búsqueda del bienestar y el desarrollo de las poblaciones dentro del mundo, es útil tener presente los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) generados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el año 2016, y la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Esta agenda consiste en un conjunto de 17 objetivos y 169 metas complementarias que se esperan cumplir para el año 2030, con el objetivo de “no dejar a nadie atrás”. Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible, es posible identificar algunos dirigidos a mejorar la salud de las poblaciones de forma explícita e implícita, que presentamos a continuación:

**Objetivo 2.** Poner fin al hambre: Contempla el acceso a alimentación, reconociendo que en la actualidad se estima que el 8,9% de la población mundial padece de hambre. Contempla el desafío de la seguridad alimentaria, contemplando la seguridad de los trabajadores agricultores y la seguridad en el procesamiento de alimentos.

**Objetivo 3.** Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades: Se señala como problemas importantes a abordar la morbilidad y mortalidad infantil, la salud materno-infantil y el tratamiento y cuidado de enfermedades infectocontagiosas. Reconoce el acceso a salud como un derecho humano y aborda que migrantes deberían incluirse en la cobertura sanitaria universal y todas las metas de salud.

**Objetivo 4.** Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos: Reconoce que tener acceso a una mejor escolaridad promueve mejores puestos laborales e ingresos, influyendo en la salud y bienestar de las poblaciones, incluyendo a aquellas constituidas por migrantes internacionales.

**Objetivo 5.** Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas: Identifica la equidad de género como un derecho humano fundamental y fundamento esencial para construir un mundo pacífico y próspero. La meta 5.2 se relaciona con mujeres migrantes, proponiendo eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en los ámbitos público y privado, incluida la trata y explotación sexual y otros tipos de explotación” permitiendo visibilizar y trabajar para controlar y eliminar la explotación y trata de mujeres y niñas a través de fronteras.

**Objetivo 6:** Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos: Cerca de 4 billones de personas carecen de acceso a servicios básicos de saneamiento y se estima que 3 de cada 10 personas carecen de acceso a servicios de agua potable. Se espera lograr un acceso universal y equitativo al agua potable y servicios de higiene y saneamiento para el año 2030.

**Objetivo 8.** Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todos: Migrantes internacionales se ven expuestos a estas vulnerabilidades laborales que condicionan su bienestar en el país de destino. Y la meta 8.8 busca explícitamente “proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores incluidos los trabajadores migrantes, en particular mujeres migrantes y personas con empleos precarios”.

**Objetivo 10.** Reducir la desigualdad en y entre los países: Dentro de las metas de este objetivo se encuentra la 10.7 que busca facilitar la migración y movilidad ordenadas, regulares, seguras y responsables de las personas, mediante políticas migratorias bien gestionadas y planificadas (Organización Naciones Unidas, 2016). Se reconoce que como parte de la reducción de desigualdades es necesaria una gobernanza efectiva de la migración. Además, la meta 10.C propone al 2030 reducir al menos en un 3% los costos de transacción de las remesas de migrantes.

**Objetivo 6.** Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas: Dentro del objetivo 16 se encuentra la meta 16.2 que busca poner fin al maltrato, explotación, trata y cualquier forma de violencia y tortura hacia los niños y niñas, y que se ha vinculado directamente con la migración internacional (ONU, 2016). Por otro lado, de manera indirecta, el objetivo 16 incluye metas relevantes para migrantes internacionales como la meta 16.7 que busca “garantizar la adopción de todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades” donde los migrantes internacionales deben ser incluidos de forma proactiva en los aspectos de toma de decisiones. Y la meta 16.9 insta a los Estados para el 2030 a “proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular el registro de nacimientos” (ONU, 2016), lo que ayudaría a acabar con la situación de irregularidad entre las personas migrantes.



**Objetivo 17.** Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible: Dentro de las metas de este objetivo que involucran población migrante internacional se encuentra la meta 16.18 que busca “mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingreso, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales” (ONU, 2016).

Estos objetivos tienen como propósito mejorar las vidas de las personas en todo el mundo, a través de un programa de desarrollo sostenible y un nuevo acuerdo mundial, entendiendo éste como un desarrollo que “satisface las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades”. Es decir, reconociendo que las necesidades que están presentes hoy, van a afectar el futuro. Se busca un desarrollo social que aporte a construir un futuro sostenible e inclusivo para las personas y el planeta, a través de la armonización de tres elementos centrales: la inclusión social, el crecimiento económico y la protección ambiental.

La agenda 2030 reconoce la migración como un aspecto crucial para el desarrollo mundial, reconociendo a los migrantes internacionales, por un lado, como agentes de desarrollo y enfatizando la importancia que tienen para poder lograr este desarrollo a nivel internacional. Y, por otro lado, reconoce a los migrantes como un grupo que es potencialmente vulnerable, y, por este motivo, algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible van a considerar dentro de sus metas, desafíos específicos que van a referir a migrantes internacionales. Sin embargo, al revisar la literatura podemos identificar desafíos pendientes en materia de migración internacional para los objetivos revisados, catalogándolos de la siguiente manera:

- Desafíos globales vinculados con la salud y bienestar de migrantes internacionales: Salud de niños, niñas y adolescentes migrantes; salud de mujeres y salud materno-infantil, salud mental y bienestar emocional, acceso a atenciones de salud, experiencias en espacios de atención de salud, barreras culturales e idiomáticas, necesidad de un enfoque de salud intercultural.
- Desafíos globales vinculados con la gobernanza de la migración y generación de políticas públicas: acceso y seguridad en el trabajo, inclusión laboral y social, levantamiento preciso y efectivo de información sobre poblaciones migrantes para su adecuado conocimiento y abordaje para impulsar estrategias óptimas que presten ayuda.



- Desafíos globales en el desarrollo de equidad: Equidad social en salud como concepto relevante para la salud pública, la salud pública global y la medicina social, se refiere a la inexistencia de diferencias sistemáticas, estructurales entre y dentro de grupos sociales. La inequidad da cuenta de la existencia de estas diferencias, que a su vez se consideran prevenibles, evitables e injustas. Se habla sobre inequidades en las formas de migrar (seguras versus inseguras que exponen a migrantes a riesgos), en el acceso a salud, en el acceso a otros sistemas de protección en los países de destino, políticas migratorias con un enfoque de derechos humanos y no restrictivas, desafíos en la inclusión social, educación y laboral de población migrante y erradicar la xenofobia y exclusión social.

Considerar los desafíos globales presentes en materia de migración internacional nos permite avanzar en buscar soluciones. Se identifica como la interculturalidad está presente en estos desafíos aún por abordar, y también se reconocen en la literatura estrategias para su aproximación en diferentes partes del mundo.

## ¿Cómo se encuentra la interculturalidad en la salud global?

En la literatura se reconocen diversos desafíos que se relacionan con la interculturalidad y la salud global para los migrantes internacionales, entre los cuales podemos encontrar a nivel social y comunitario, el desafío de la inclusión sensible y respetuosa de comunidades migrantes, especialmente donde se han reportado experiencias de xenofobia y discriminación. Así, se resalta la importancia del enfoque intercultural para las políticas públicas de inclusión de las comunidades migrantes. Otro aspecto de especial relevancia es la importancia de incorporar la interseccionalidad y reconocer el enfoque de género dentro de la consideración de los determinantes sociales de la salud de las personas migrantes, ya que está en relación con el objetivo de desarrollo sostenible sobre equidad de género.

Por otra parte, en relación al trabajo y crecimiento económico, se debe considerar la relevancia de la integración y el apoyo a migrantes en los espacios de trabajo. Adicionalmente se debe tener presente la importancia de la preparación de los equipos para la interculturalidad en la salud ocupacional. Se debe reconocer que el trabajo es una dimensión social fundamental en la integración de inmigrantes. El trabajo puede actuar como un factor protector, pero también como un factor de riesgo cuando la labor se realiza en condiciones de riesgo para la salud, a su vez, la irregularidad puede poner en peligro a las personas migrantes.

Adicionalmente, en relación a la reducción de desigualdades, se debe considerar que persisten importantes inequidades en el acceso y en la atención de salud de migrantes internacionales, donde se reconoce la necesidad de que la movilidad de estos grupos entre países se realice de manera segura y ordenada. Es por ello, que es relevante un enfoque intercultural en las políticas que regulan la migración desde un marco de Derechos Humanos. Los países con políticas migratorias restrictivas demuestran tener un impacto negativo en la salud mental de los migrantes y se menciona que en espacios de detención de migrantes internacionales existen situaciones de violencia y falta de sensibilidad cultural en el trato que se brinda en estos espacios, incluyendo la atención sanitaria.

En relación con la promoción de paz en los países y entre estos se reconoce como desafío acabar con la xenofobia y discriminación, que además de ser una forma estructural y directa de violencia hacia comunidades migrantes, genera violencia en la sociedad, perturbando el desarrollo pacífico de la vida en estos espacios.

Desde la literatura también se menciona la importancia de reconocer en la disciplina de investigación el contexto social, estructural y global de la migración, lo que entrega valiosa información para comprender en un contexto global la salud de migrantes internacionales.

## 5. *Recomendaciones en el ámbito de la atención de salud:*

A nivel de programas y políticas públicas, se identifica la necesidad de mejorar los registros de la información disponible sobre población migrante internacional. Para esto, la literatura propone mejorar los procesos de levantamiento de información y registros ya existentes añadiendo nuevas categorías de información que permitan identificar de mejor manera, la diversidad de esta población, más allá del país de proveniencia.

A nivel del sistema de salud deben realizarse adaptaciones para que este involucre una sensibilidad cultural en su abordaje con población migrante internacional y culturalmente diversa. Estudios proponen abordarlo desde un método con enfoque inclusivo, donde el sistema existente se adapte y flexibilice considerando las necesidades de esta población (mediación cultural y lingüística, información sobre el sistema de salud en país de destino en su idioma, información sobre redes de apoyo, sociales, atenciones y tratamientos disponibles de forma gratuita, entre otras), más que un enfoque, exclusivo, que formule programas aparte dirigidos de forma exclusiva para esta población.

Dentro del espacio de atención de salud se recomienda a los profesionales de la salud estar atentos al buen trato, respeto y escucha activa a creencias y prácticas en salud y necesidades expresadas por las personas, con sensibilidad cultural. En el caso de que esté presente la barrera idiomática, se recomienda realizar la atención de salud en conjunto con un facilitador lingüístico y mediador intercultural, que sea preferiblemente de la misma cultura o nacionalidad de la persona migrante internacional y mismo género, en especial en el caso de atenciones dirigidas al cuidado del embarazo de mujeres migrantes.

\*Este capítulo de aplicación del manual se basa en el capítulo “Interculturalidad en Salud desde la medicina social y la salud pública global: Una revisión de literatura” de las autoras Báltica Cabieses, Eliana Correa y Javiera Flaño en el libro “Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.” 2021. De las editoras Báltica Cabieses, Alexandra Obach y Carla Urrutia.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses, B., Correa, E., Flaño, J. (2021) Interculturalidad en Salud desde la medicina social y la salud pública global: Una revisión de literatura. En Cabieses, B., Obach, A., Urrutia, C. (eds) (2021) Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo. Páginas 144-172.
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. (2009) Towards a common definition of global health. Lancet. 373(9679):1993–5.
- Porter D. (2006) How did social medicine evolve, and where is it heading? PLoS Med.3(10):1667–72. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- Organización Mundial de la Salud. (2013) Determinantes sociales de la salud [Internet]. World Health Organization; [cited 2020 Jul 25]. Available from: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/#:~:text=Los determinantes sociales de la,incluido el sistema de salud.](https://www.who.int/social_determinants/es/#:~:text=Los determinantes sociales de la,incluido el sistema de salud.)
- Organización Naciones Unidas. (2016) Objetivos de Desarrollo Sostenible – Sistema de las Naciones Unidas En Chile [Internet]. [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://www.onu.cl/es/sample-page/odm-en-chile/>

## ESTUDIO DE CASO:

### Atención de salud con enfoque en salud global

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Se debe considerar que la migración es un fenómeno global y contemplar los factores que la motivan y rodean su proceso.
- La migración internacional es un determinante social de la salud, donde uno de los principales motivos de la migración corresponde a una mejor calidad de vida y bienestar.
- Es fundamental recabar antecedentes del contexto en el que ocurre la migración, considerando situación en país de origen y condiciones en que ocurre el traslado, para poder entregar una atención integral que contemple un enfoque intercultural.

#### Descripción narrativa del caso

##### Datos de la persona

SEXO	EDAD	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN	TIEMPO EN CHILE
Femenino	28 años	Colombiana	Dueña de casa	3 meses

SITUACIÓN MIGRATORIA	REDES DE APOYO
Están esperando tramitación de solicitud de asilo	Vive con pareja y dos hijos, en casa de una mujer que conoció migrando en grupo, con la familia de esta mujer (madre y pareja). Cuenta con servicios básicos, pero no tienen agua caliente ni calefacción en el hogar. Comparte una habitación con su esposo y dos hijas. Esposo trabaja como vendedor ambulante.

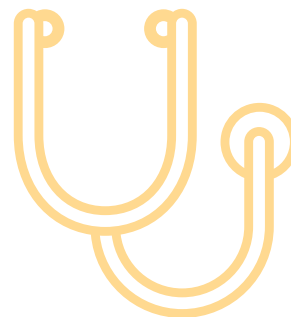
## Situación o necesidad de salud del caso:

Laura acude al CESFAM porque desea consultar como puede inscribirse su esposo y tener una atención con psicólogo en salud mental. Cuenta que llegaron hace 3 meses a Chile desde Colombia, ingresaron por paso fronterizo no autorizado junto a sus dos hijos (de 1 y 3 años) y un grupo de personas desconocidas. Fue un viaje de 4 días, refiere que en el trayecto su esposo se contagió de COVID-19 al no contar con medidas para poder protegerse y servicios donde obtener agua y saneamiento. Señala que tuvieron que viajar rápido a Chile, ya que su esposo estaba viviendo una situación de extorsión por un compañero de trabajo, lo habían amenazado de muerte y había vivido situaciones de violencia. Refiere que al ingresar al país realizaron autodenuncia y están intentando regularizar su situación a través de la solicitud de asilo, han tenido que hablar con diferentes actores estatales y no han tenido una respuesta. Señala que están agotados emocionalmente, y están pensando en buscar otra vía para regularizar su situación migratoria.

Al preguntarle por su ocupación señala que ella está en el hogar cuidando de sus hijos pequeños y su esposo está trabajando como vendedor ambulante en Estación Central. Viven con otra familia que conocieron en el camino hacia Chile, arriendan un departamento de dos habitaciones en conjunto. Al preguntarle por su motivo de consulta refiere que desea saber cómo su esposo puede acceder a atenciones de salud mental, ya que tiene pesadillas constantes y ataques de pánico. Refiere que como trabaja no podía asistir él a consultar, además de que no le ha dado importancia, por eso ella ha pedido la atención. Refiere que ella y sus hijos están bien, esta es la primera vez que consultan en el sistema de salud.

## Atención recibida por el caso

Se le explica cómo puede su marido y también el resto de la familia acceder a salud y obtener seguro de salud. Se explica la organización del sistema de salud público, los niveles de atención y como en atención primaria su marido puede conseguir una atención con médico general para evaluar ingreso a programa de salud mental y obtener atenciones con psicólogo. Además, se pregunta por sus hijos y se habla sobre Chile Crece Contigo y la existencia de controles de niño sano, donde sus hijos pueden acudir para continuar sus controles de salud. Dado situación de vulnerabilidad, se deriva con trabajo social por condiciones de hacinamiento y situación de escasez de recursos. Se comparte información de fundaciones que ayudan a migrantes en inserción laboral y orientan en materia de regularización migratoria.



¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Hay varios desafíos de integración general y de salud de este caso:

---

- Contexto de vulnerabilidad actual de la familia, no han tenido acceso a salud, a poder regularizar su situación migratoria y encontrar un trabajo seguro que les permita establecerse de mejor manera en el país. Los niños de la familia no han podido acceder a salud ni a sala cuna.
- Dificultades en el proceso de regularización migratoria y temor.
- Se sospecha de un posible estrés post traumático del padre de la familia, que puede estar viviendo una revictimización en el proceso de su regularización migratoria. Hay necesidades en el ámbito de salud mental no resueltas. El hecho de que él no haya podido consultar y no considere importante la situación dificulta tener más información del proceso que está viviendo y de esta necesidad de salud.
- Hay antecedentes de un proceso migratorio que expuso a la familia a vulnerabilidades en el trayecto y en la actualidad.
- Las condiciones laborales del padre de familia son inseguras. Hay dificultades en la integración social de la familia.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

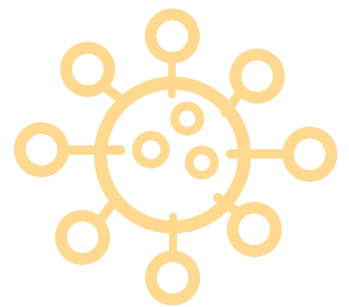
---

Se podría mejora

---

- Indagar en mayor profundidad en las redes de apoyo presentes en la familia en el país de origen, si continúan en contacto y de que manera se apoyan en este momento.
- Considerar necesidades de la mujer que consulta, se aborda la salud de su esposo e hijos, pero no se profundiza en las necesidades que ella puede tener y como ha sido la experiencia migratoria para ella. Su rol en este momento de cuidado del resto de la familia puede implicar una sobrecarga y próximas dificultades en su salud y bienestar.

- En materia de salud global, es posible identificar como factores de inseguridad en el país de origen para la familia motivan una migración urgente, que por esta característica se lleva a través de pasos fronterizos no autorizados y que conlleva un riesgo y vulnerabilidad para la salud. La pandemia por COVID-19, como un problema de salud global, dificultó la experiencia migratoria, sumando vulnerabilidades a todo el proceso.
- Las dificultades presentes para la regularización migratoria en la historia, se reconoce como en ocasiones solicitantes de asilo viven procesos de revictimización en el proceso de obtención del permiso migratorio, narrando su historia en múltiples ocasiones, lo que tiene un impacto en su salud mental. Fundaciones pueden acompañar este proceso de forma más segura y amigable ante la incertidumbre de la burocracia y tramitación en el país de destino.
- Hay desafíos de inclusión social de la familia: escasa presencia de redes de apoyo en el país de destino, precarización e inseguridad laboral, ausencia de una red de apoyo de cuidado de los niños de la familia. Es importante conocer redes comunitarias disponibles que puedan acompañar a las familias en este proceso de inclusión. En el relato se menciona que se comparten datos de fundaciones que pueden acompañar a la familia en el proceso.
- En materia de acceso a atención en salud y equidad, vemos que la familia no ha accedido formalmente al sistema de salud, pese a tener la posibilidad de hacerlo. Es fundamental compartir información sobre el proceso de adscripción al sistema de salud y derechos y deberes del paciente. Explicar funcionamiento del sistema de salud del país de destino, niveles de atención y prestaciones disponibles.



# *Interculturalidad conceptos esenciales*

Autora: Claudia Pérez

## CAPÍTULO

# 6

En esta clase aprenderás a reconocer los conceptos teóricos esenciales pertenecientes al campo de la antropología de la salud, en relación a la interculturalidad en salud. Esto será útil en tu trabajo particular con población migrante internacional, pues tendrás herramientas para realizar un trabajo culturalmente sensible.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Qué es multiculturalidad e interculturalidad?

¿Por qué es importante la interculturalidad en salud?

## 1. *La Cultura:*

Lo cultural o la cultura se entiende como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, desarrollado en una época por un grupo social. Existen diversas definiciones de culturas. Por ejemplo, Taylor incluye dentro de la noción de cultura, el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre. Por su parte Harris, siguiendo una lógica materialista de la definición, propone que la cultura está en primer lugar determinado por los factores materiales, demográficos, ecológicos, tecnológicos y económicos a los que los grupos sociales están sometidos.

Se podría decir, entonces, que la cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar.

## 2. *La Multiculturalidad:*

También existe el concepto de multiculturalidad. Pero antes de definir el concepto de multiculturalidad, primero quisiéramos hacer referencia a un concepto comúnmente utilizado al hablar de convivencia entre culturas. Se trata del concepto del “asimilacionismo”. Así, una de las formas más utilizada por países tradicionalmente receptores de migrantes para la incorporación de los extranjeros a la sociedad, ha sido el asimilacionismo. Este concepto se entiende, de manera simple, como un modelo en el que los migrantes deben de alguna manera dejar su cultura de origen para adaptarse e integrarse bajo los parámetros culturales del país de acogida. Para Torres “el asimilacionismo, como paradigma de gestión de la diversidad, asume que el otro cultural tiene que adaptarse al estereotipo mayoritario prescindiendo de su marco cultural vital. Esta adaptación, independientemente de sus matices, se produce de manera unilateral”.



Así, el asimilacionismo comprende al otro como aquél que debe transitar a través de un proceso en el que adopta como propia la cultura dominante en la sociedad. Sobre esta idea existe un presupuesto basal implícito en el que la sociedad de acogida o receptora es poseedora de una cultura homogénea, uniforme y cohesionada concertada en una comunidad nacional, y que el migrante tiene una cultura de origen también cohesionada y que en alguna medida es distante o diferente, inclusive muy diferente a la cultura del país receptor. El asimilacionismo no respeta ni valora la riqueza cultural del nuevo integrante de la sociedad de acogida y, en términos prácticos,

es difícil de aplicar, puesto que las personas no pueden dejar de lado su identidad y su historia. Es por eso que los países receptores de migración debieron avanzar a un nuevo concepto que permitiera una coexistencia más armoniosa entre ciudadanos de diversas culturas.

Así nace la multiculturalidad, que se puede definir como la existencia de distintas culturas que habitan en un mismo territorio. En Europa, Canadá y Estados Unidos se han asumido la multiculturalidad como paradigma para lidiar con la diversidad poblacional, esto en respuesta a la diversidad étnica representada en pueblos originarios -más comúnmente en Estados Unidos y Canadá- pero sobre todo enfocado a los flujos migratorios en los que estos territorios han tenido un rol de receptores de migración. Según Comboni y Juárez, siguiendo los planteamientos de Bartolomé, en Europa, Canadá y Estados Unidos se ha asumido la multiculturalidad como paradigma para lidiar con la diversidad poblacional.

### 3. *Interculturalidad*

Históricamente, siguió a la noción de multiculturalidad, el concepto de interculturalidad. La interculturalidad es una manera de vivir la diversidad cultural mucho más exigente que la mera coexistencia multicultural. El prefijo “inter” da la clave. “Multi” sólo significa muchos, pero “inter” implica interrelación, reciprocidad. Así, la interculturalidad se define como el modo de acción en que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica. En un contexto compartido, se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

### 4. *Interculturalidad en Salud*

En América Latina, surge la noción de interculturalidad en salud, a partir de las demandas de los pueblos originarios que querían visibilizar y validar sus sistemas terapéuticos. Posteriormente, con el aumento de los flujos migratorios, aparece una nueva problemática que involucra nuevos desafíos respecto a la diversidad en salud: el desarrollo de una atención en salud culturalmente pertinente. Esto, ya no sólo para pueblos originarios, sino también para población extranjera que trae consigo maneras de concebir los procesos de salud-enfermedad; atenciones que le son propias a su cultura. Se suma a todo lo anterior, los procesos de globalización que han generado desde los años 90 una posición de identidad y de categorías sociales múltiples, entre ellos la visualización, valoración y reconocimiento de la diversidad de etnias, de géneros, orientaciones e identidades sexuales, religiosas y capacidades diferentes, entre muchas otras. Situación en el país de llegada y decidir si quedarse, migrar a un tercer país o retornar a su país de origen.

## 5. *Competencia Cultural*



Así, vemos que con un mundo cada vez más globalizado, con individuos de diferentes orígenes culturales habitando un espacio, con necesidad de salud diferente, necesitamos una atención que pueda dar respuesta a la diversidad cultural dentro del sistema de salud. Para lograr esto, los profesionales requieren del desarrollo de competencias. Para esto, en el hemisferio norte se ha trabajado en la competencia cultural, siendo ésta la habilidad que deben poseer los trabajadores de salud para reflexionar sobre su propia cultura e incorporar una visión del contexto social y cultural en cada interacción con usuarios.

## 6. *Competencias Interculturales en Salud*

Sin embargo, se debe avanzar no sólo en las habilidades que deben poseer los profesionales sanitarios, sino en desarrollar una atención y cuidado desde una perspectiva holística, con un enfoque global integrador que permite intervenir desde las actitudes, los sentimientos, las conductas sociales y las pautas culturales a nivel individual, institucional y social que les permita comprender la cultura, costumbres, prácticas y creencias de la persona culturalmente diversa o diferente, que están siendo atendidas con una interacción efectiva entre las personas y los equipos de salud. Por lo tanto, es la competencia intercultural la que da respuesta a estas necesidades, considerando las diferentes cosmovisiones en el cuidado de la salud.

Estas habilidades requieren de un trabajo y revisión personal y grupal que va más allá de las competencias científicas, clínicas y tecnológicas que ya deben poseer los profesionales de la salud. Sobre esto, más que comprender los rasgos característicos de tal o cual cultura de los usuarios, los trabajadores pueden realizar una atención de calidad e inclusiva y pertinente culturalmente, basada en una atención de escucha e intercambio de conocimiento.

La noción de competencia cultural se amplía si es que se utiliza el término de competencia intercultural en salud, ya que se refiere más a una interacción bilateral o trilateral, si es que la atención se hace con la ayuda de un facilitador intercultural o inclusive de cuatro, si es que, además, hay algún familiar o cercano presente en esta atención. De este modo, en la interculturalidad en salud, en su espíritu, está la disminución de las jerarquías. Propone un diálogo más horizontal y respetuoso entre

las partes. Además, la interculturalidad va más allá, en el sentido de que plantea que los trabajadores de la salud reconozcan que también son personas y profesionales culturalmente situados y que la biomedicina es también un producto cultural con una historia.

De este modo, las competencias interculturales llaman al reconocimiento de los trabajadores de la salud como sujetos con cultura e historia. La competencia intercultural tiene su acento no en el trabajador de salud únicamente, sino en el encuentro humano entre todas las partes involucradas en la atención de salud. Sin embargo, para lograr este encuentro entre el profesional de salud y la persona que se está atendiendo con un enfoque intercultural -desde la experiencia del programa de Estudios Sociales en Salud- se ha aprendido que deben existir cuatro mínimos para que un encuentro intercultural sea efectivo. Estos cuatro mínimos deben tener un orden secuencial, en el sentido de que se requiere el primero para que pueda avanzar al siguiente, o se corre el riesgo de fracasar en las metas planificadas para la atención de salud desde un enfoque intercultural.

## Pasos esenciales para iniciar un encuentro intercultural en salud.



Te acepto  
Te reconozco  
Te valoro  
Construyo contigo



Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Libro Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.2021 cap 1 pág 21-49) URI: <http://hdl.handle.net/11447/4357>

Estos cuatro pasos son: primero, la aceptación mutua en nuestra dignidad de persona. Esto implica calibrar y balancear la relación de poder, implícita en el encuentro de salud, desde su inicio. En segundo lugar, el reconocimiento mutuo. Es un reconocimiento mutuo de nuestras historias, creencias, identidades, miedos y anhelos. Reconocernos como individuo único, por medio de la escucha activa y la comunicación efectiva. Tercero, la valoración de lo que nos diferencia y de lo que tenemos en común desde un lugar neutro en lo emocional. Cuarto, ponernos de acuerdo sobre lo que queremos como individuos y como grupos y sobre cómo construir a lo largo del tiempo.

Para finalizar, destacaremos una serie de capacidades humanas que deben cultivar los trabajadores de la salud, para la realización efectiva de encuentros interculturales. Esta es una propuesta que ha desarrollado la doctora Báltica Cabieses con su equipo del programa. Esta propuesta la conocemos como las competencias interculturales necesarias en contextos de salud para encuentros humanos significativos; que se han organizado en torno a 3 virtudes humanas esenciales: La primera, es la verdad; la segunda es el amor; y la tercera es la unidad.

La primera virtud de vivir en la verdad se han organizado 6 competencias interculturales. Estas son: primero, la capacidad reflexiva en torno a la ética del ser humano y la ética del cuidado. Esto es, capacidad de observar, cuestionar, desarrollar en sí mismo y en los otros, una forma de cuidar que se fundamente la ética del ser humano, la ética de los derechos y la ética del cuidado. Segundo, honestidad, que es un conjunto de atributos personales como la decencia, el pudor, la dignidad, la sinceridad, la justicia, la rectitud y la honradez en la forma de ser y de actuar es un valor moral fundamental para establecer relaciones interpersonales basadas en la confianza, la sinceridad y el respeto mutuo. Tercero, la transparencia, que significa permitir que los demás entiendan claramente el mensaje que se está entregando y perciban un mensaje que exprese lo que realmente se desea transmitir. Ser transparente es ser claro, evidente, no expresarse con ambigüedades que permitan errores de interpretación. La cuarta es la legitimidad.

En Ciencias Políticas, es el concepto con el que se enjuicia la capacidad de un poder para obtener obediencia, sin necesidad de recurrir a la coacción, que supone la amenaza de la fuerza. De tal forma que, por ejemplo, un estado es legítimo, si existe un consenso entre los miembros de la comunidad política para aceptar la autoridad vigente. La quinta es la autenticidad, que es el grado en que las acciones de un individuo son congruentes con sus creencias y deseos, a pesar de presiones externas. Sexta y última, es la integridad y coherencia. Integridad se refiere a hacer siempre lo correcto o hacer todo aquello que se considere bueno para una persona, sin afectar los intereses de otra.

En la segunda virtud la virtud de vivir en el amor, encontramos cinco competencias interculturales. La primera, el buen trato y gentileza. El buen trato puede entenderse al trato como la forma de comunicarse o establecer un vínculo con otra persona o con un grupo de sujetos. La gentileza es una virtud positiva en las relaciones personales, corresponde a la amabilidad del trato, que refleja una actitud de respeto hacia el otro, al querer cuidar los pequeños detalles para hacerse para hacer la vida agradable. La segunda, la neutralidad y no juicio. La neutralidad emocional es un tipo de actitud que le permite al individuo elevarse por sobre el problema en cuestión, observar sin involucrarse en el asunto, tomar perspectiva, revelar información y detalles que en el fragor de la diferencia pueden haber pasado por alto y desde allí adoptar un estilo más sereno para tomar mejores decisiones. También se le conoce como mantener el centro emocional en todo momento.



El no juicio, por su parte, desde el mindfulness, por ejemplo, propone ejercer de manera consciente y sistemática la voluntad de tomar distancia de los juicios que nuestra mente crea, sobre todo de los que crean nuestra mente subconsciente, que son automáticos. Tercera, la empatía. La empatía consiste en entender a una persona desde su punto de vista, en vez del propio o en experimentar indirectamente los sentimientos y percepciones del otro, incluyendo la empatía intercultural, definida como la capacidad de percibir el mundo según una cultura o cosmovisión diferente de aquella de la que se proviene. Cuarto, la escucha activa que corresponde a una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor a escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas. La escucha activa consiste en una forma de comunicarse que demuestre al hablante que el oyente le ha entendido, se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Quinto, la compasión. La compasión significa literalmente sufrir juntos. Es un sentimiento humano que se manifiesta desde el contacto y la comprensión del sufrimiento del otro. Es más intensa que la empatía. La compasión es la percepción y la compenetración en el sufrimiento del otro y el deseo y la acción de aliviar, reducir o eliminar por completo tal situación dolorosa.

En torno a la virtud de vivir en la unidad, reconocemos cuatro competencias interculturales.

1 Primero, respeto al ser humano, a su autonomía y a su individualidad. Se define como la consideración y valoración especial que se le tiene a alguien al que se le reconoce valor social o especial diferencial respecto a la autonomía del individuo. Ser individuo considera asumir su derecho a tener opiniones propias a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. El respeto a la individualidad considera valorar las preferencias de cada persona, creer en sus posibilidades y confiar en su capacidad de crecer, desarrollarse y auto relacionarse.

2 Segundo, respetar las diferencias de mirada del mundo y formas de vivir. Avanzando en la idea de respeto más allá de los individuos, ya sea los colectivos o las comunidades. La diversidad cultural reconoce la legitimidad de las expresiones culturales de diferentes grupos humanos a nivel de invitar a convivir en armonía y compartir su valor único a la comunidad, fortaleciendo así las identidades de cada pueblo. La diversidad cultural nos hace más eficientes, más abiertos y receptivos a opiniones distintas, fomentando entornos de reflexión y conocimiento colectivo.

3 Tercera, la flexibilidad, que es la capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias. Se entiende por una persona flexible, aquella que se adapta a las circunstancias y es capaz de ceder en oposición a una persona rígida.

4 Cuarta, la Integralidad y mirada amplia. La integralidad se refiere a la capacidad de mantener una comprensión holística completa o comprensiva de la persona que se cuida de la situación o fenómeno que se enfrenta y de los cursos de acción posibles de tomar para resolver. La integralidad requiere de una mirada panorámica, de una altura de mira, un abordaje sistémico complejo y multidimensional de la realidad.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Libro Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.2021 cap 1 pág 21-49) URI: <http://hdl.handle.net/11447/4357>
- Lectura complementaria:
- Dietz G. Interculturalidad: una aproximación antropológica. Perfiles educativos. 2017, [acceso 05/06/ 2021];39 (156):192-207. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192&lng=es&tlng=es).

## ESTUDIO DE CASO:

### Atención de salud en ambiente de APS a una mujer embarazada migrante

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La interculturalidad determina el acceso y adherencia a controles de salud en la población de mujeres embarazadas migrantes
- Comprensión del contexto, trabajar los prejuicios y la relación del profesional de salud con la embarazada y/ su pareja o marido nos permitirán la adherencia a los controles pre y postnatales de este grupo etario.

#### Descripción narrativa del caso

Ingresa al Cefam Matías Gumucio, mujer MV de 30 años, quien cursó hasta 8vo año de educación, vive con su marido y una hija de 4 años en la Comuna de La Granja. Trabaja realizando aseo en casas en forma esporádica.

Arriendan una habitación para los tres, la que utilizan como dormitorio, comedor y cocina, comparten la cama de una plaza y media con su marido e hija, el baño también es compartido con otros arrendatarios de la casa.

MV es DE República Dominicana, viajó a Chile junto a su familia hace un año y medio, no tiene más redes en Chile, el resto de sus familiares están en República Dominicana. Está en situación migratoria irregular, todavía no realiza los tramites de su visa, porque no ha logrado tener un trabajo con contrato. Su marido trabaja en construcción hace 3 meses.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

MV, mujer en etapa fértil, de 30 años, sin antecedentes mórbidos, ni familiares. Con antecedentes obstétricos de importancia: menarca a los 11 años, ciclos regulares, inicio de vida sexual a los 13 años y G1, P1, A2. En su primera gestación, embarazo y parto normal, sin control obstétrico. En el 2019 y 2021 presenta aborto espontáneo. Las consultas prenatales de su hija, se realizaron aproximadamente a las 24 semanas de gestación y durante el parto.

En abril del 2022, consulta con Matrona en Cefam Matías Gumucio, por sangrado vaginal moderado y prueba de embarazo positiva. Se confirma un embarazo de 10 semanas de gestación.

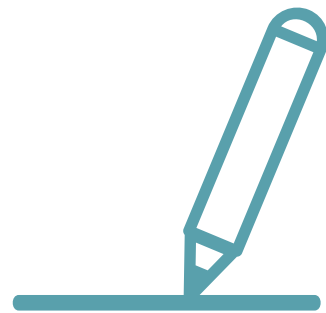
Se clasifica como embarazo de alto riesgo con controles continuos y se envía a realizar ecografía entre la semana 12 y 13 de gestación, se recomienda llevar el control prenatal en Cesfam y en caso de urgencia obstétrica, dirigirse a la urgencia del Hospital Padre Hurtado.

### Atención recibida por el caso

Durante la consulta con matrona, la señora MV, se ve nerviosa, ansiosa frente a su situación en Chile, preocupada de la posibilidad de expulsión del país, debido a que no ha comenzado su trámite de visa y no tiene contrato de trabajo.

La profesional de salud durante la atención, realiza el registro de la información frente al computador, sin mirar a la usuaria, no deja tiempo para las dudas y consultas, explicita juicios sobre el control del embarazo que llego a término, no asesora en relación a las derivaciones que puede hacer para guiar a la sra. VM para ingresar al sistema de salud sin visa. No indaga en relación a las preocupaciones por riesgo de aborto y manejo del control del embarazo.

Sra. VM no asiste a nuevo control con matrona en Cesfam y tampoco a la toma de ecografía. Ingresa al servicio de urgencia del hospital Padre Hurtado con sangramiento vaginal importante, en la semana 21 de su embarazo, evolucionando con aborto espontaneo.



¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

- Faltó trabajar los pasos esenciales para iniciar un encuentro intercultural en salud: Te acepto, te reconozco, te valoro, construyo contigo
- Faltó el desarrollo de las competencias interculturales necesarias en contextos de salud para encuentros humanos significativos, en torno a las tres virtudes humanas
- esenciales: (i) la Verdad, (ii) el Amor, y (iii) la Unidad. En este caso específicamente la profesional no trabajo algunas virtudes como: Neutralidad y no juicio, empatía, escucha activa, respeto al ser humano, a su autonomía y a su individualidad. Respeto de las diferencias de miradas de mundo y formas de vivir.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

- Futura atención debe considerar las características de la población migrante que esta sin los trámites de visa, ya que según lo aprendido muchas veces esto determina si la mujer sigue sus controles de embarazo sin el miedo de expulsión del país.
- Aplicar las virtudes para el encuentro humano significativo y verdaderos espacios de salud para realizar las atenciones de salud basados en interculturalidad con las recomendaciones o intervenciones necesarias por la población migrante



# ***Interculturalidad en Salud en Chile: La experiencia histórica ¿Cómo se ha implementado el enfoque intercultural en salud en Chile y sus aprendizajes?***

Autora: Ana María Alarcón

## **CAPÍTULO**

# 7

En este capítulo aprenderás a reconocer las estrategias de incorporación del enfoque intercultural en salud. Esto te permitirá tener herramientas para una atención en salud más holística e integral, incorporando el enfoque intercultural

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cuáles son las principales estrategias que se han utilizado para incorporar el enfoque intercultural en salud?

¿Qué factores de éxito se visualizan para incorporar un enfoque intercultural en la atención de salud?

1.

## Estrategias de incorporación de la interculturalidad en Salud:

En primer lugar, es importante mencionar que existen 5 estrategias que se han desarrollado para la incorporación del enfoque con pertinencia cultural en todos los sistemas de salud

### 1. Integracionismo en salud



La primera estrategia es la integracionista, la segunda estrategia es el de aprendizaje de cultura material, la tercera estrategia es la generación de puentes de interacción, la cuarta estrategia es el desarrollo de experiencias y la quinta estrategia son los diálogos interculturales.

#### 1.1 Estrategia integracionista

Respecto del integracionismo en salud, es importante plantear que integracionismo significa integrar prácticas locales de los usuarios para mejorar su propia situación de salud. En ese contexto, se han incorporado agentes tradicionales de la cultura del usuario, en el sistema biomédico o en el sistema occidental. Este es el caso de las parteras tradicionales -que se han incorporado en muchos países y también en Chile- para el apoyo a la mujer embarazada. También

se ha hecho una acreditación e institucionalización de los agentes de salud propios de las comunidades. En Chile, se ha sido pioneros en generar un puente de relación con las parteras, con las personas que dan hierbas medicinales y con las médicas o médicos tradicionales.

Todo esto con el objetivo de ir realizando un diálogo para poder acordar algunos elementos básicamente sanitarios, higiénicos y procedimientos para que haya complementariedad. Finalmente, hemos incorporado la lengua de la comunidad para comunicar los mensajes propios de la biomedicina o del sistema de salud. En este caso es importante plantear, por ejemplo, que

## Integracionismo en Salud

- Integrar practicas locales para mejorar situación de salud.
- Incorporar agentes tradicionales al sistema biomédico.
- Acreditación e institucionalización del agente.
- Incorporar lengua de la comunidad para comunicar mensajes de la biomedicina.



en un principio se integraron lo que llamaban los facilitadores o mediadores interculturales, que con el tiempo han ido evolucionando en su desarrollo y ahora son asesores culturales. Antiguamente se les consideraba facilitadores porque su función era básicamente de traducción. Hoy se les considera asesores, porque se busca integrar algunos elementos culturales. De esta manera, se ha intentado regularizar el tema de los agentes tradicionales, tratando de acreditar o institucionalizarlos.

### 1.2 Estrategia aprendizaje de cultura

Esta segunda estrategia es bastante utilizada en todos los países del mundo, incluyendo Chile. Se trata de procesos de capacitación en forma permanente y continua a las personas proveedoras de atención en salud. Se capacita sobre la cultura material del usuario, se busca conocer algunos elementos concretos y específicos, por ejemplo, qué significa la vestimenta, qué significa un modo de relación o de saludo. También se busca, por ejemplo, entender cuáles son los símbolos más importantes de la cultura y así procurar establecer algunas estrategias de comunicación intercultural. La comunicación se da especialmente a través de folletos que puedan servir para mantener una fluidez en la comunicación. Es necesario mencionar que el aprendizaje de la cultura material del usuario es en el marco de la labor de la atención en salud, para comunicar nuestros propios mensajes occidentales en salud.

### 1.3 Estrategia de puentes de interacción

---

La estrategia de puentes de interacción significa tratar de unir dos sistemas sociales y culturales. Por un lado, el sistema del proveedor, porque todos los funcionarios de salud que actúan como proveedores, tienen una cultura asociada al aprendizaje universitario o técnico. Por el otro lado, el sistema cultural propio del usuario. En el corto plazo es muy difícil poder transitar en ambas culturas y por eso se trata de generar estos puentes de interacción a través de lo que llamamos los mediadores culturales, los asesores culturales. Lo que se hace es utilizar aquellos elementos materiales de la cultura como símbolos que interactúan, por ejemplo, las señaléticas. Por eso es que en muchas ocasiones encontramos fotografías en los materiales de difusión, por ejemplo, de población migrante afrodescendiente.

### 1.4 Estrategia de desarrollo de experiencias

---

Como punto número cuatro o estrategia número cuatro, encontramos el desarrollo de las experiencias. Una experiencia significa que se genera una propuesta con un programa de largo plazo para que la comunidad y el usuario, en este caso, sienta que la atención que se le da, es una atención culturalmente pertinente. La gestión de estas experiencias es una gestión habitualmente compartida con las organizaciones sociales y los equipos de salud. Por lo tanto, es muy importante porque promueven procesos de gestión en salud intercultural, a partir de las propias organizaciones. Se van generando modelos propios de trabajo en salud intercultural a través de las propuestas locales. Es decir, los usuarios pueden manifestar sus necesidades y, al estar involucrados en el proceso, pueden generar distintos modelos de atención. Con esta estrategia, por supuesto, se fortalece la discusión al interior de los grupos de participación.

### 1.5 Estrategia de los diálogos interculturales

---

Como quinta y última estrategia, encontramos el diálogo intercultural, en la cual encontramos una situación simétrica entre dos sistemas médicos, donde se trasciende de una situación local hacia proyecto multicultural de salud. Eso significa, el reconocimiento de los pueblos originarios o de los pueblos afrodescendientes como parte de los ciudadanos, como parte de localidades o pueblos que viven en nuestro país. Significa también establecer mecanismos para valorar la medicina tradicional de los pueblos de los usuarios y legitimar a sus propios agentes de salud dentro de la oferta que el sistema de salud puede otorgar a la población. Es reconocer y valorar la dimensión cultural de todo enfermo en el proceso terapéutico. El diálogo cultural se produce, cuando los proveedores de salud han incorporado el hecho de que la persona que están siendo usuarias del sistema, de los servicios de salud; son personas que tiene un derecho ciudadano fundamental y que, por lo tanto, tiene una cultura y el servicio es en función de la cultura de ese usuario.

## 2.

## Ejes centrales para una propuesta de acción en salud intercultural:

El segundo tema a abordar, son los ejes centrales para poder desarrollar una propuesta de salud intercultural a nivel global.

### II. Ejes centrales para una propuesta de acción en salud intercultural



- > Participación de la población usuaria en la base de la propuesta:
  - Participación que puede ser directa como usuarios o como organizaciones.
- > Decisiones consensuadas, discutidas y analizadas:
  - Mediante diálogos, asambleas o comisiones.
- > Basadas en la necesidad de la población usuaria.
- > Sancionadas en marcos legislativos.
  - Que estén dentro del marco de las políticas de salud y pueblos indígenas.
- > Comunicadas públicamente.
  - Gestión de servicios interculturales

Lo primero es contar con la participación de la población usuaria, como base en la propuesta. No se puede realizar una propuesta de acciones de salud intercultural, sin haber contado con la participación directa de los usuarios. Se considera también como usuarios a las organizaciones. En este sentido no es siempre factible realizar grandes asambleas con los usuarios para que ellos se sientan partícipes, ellos también pueden elegir a sus representantes de organizaciones. Así, las decisiones que se tomen en una propuesta pueden ser mediante diálogos, asambleas o comisiones donde estas decisiones sean consensuadas, discutidas y analizadas, que sean basadas en la necesidad de la población usuaria. En este sentido, es importante también la participación de las personas, que puedan expresar cuáles son sus necesidades y que toda propuesta se encuentre sustentada en un marco jurídico de la política de salud, es decir, tanto de la política de salud de pueblos indígenas como la política de salud de los migrantes.

En Chile se cuenta con un excelente marco legislativo, desde el punto de vista de las poblaciones de grupos originarios, pero aún falta avanzar mucho en relación a una política de salud intercultural para los pueblos afrodescendientes y migrantes. Finalmente, un tema central para una propuesta es el hecho de que ésta tiene que ser comunicada. Cuando existe una propuesta de acción intercultural, no basta solamente con que exista, sino que debe ser declarada pública y políticamente por las autoridades de salud del lugar en el cual se desarrollan estas acciones de salud intercultural.

Una atención con pertinencia cultural tiene características importantes y una de ellas es que las personas, tanto individuos como familias, reciban servicios que sean atinentes a su cultura y a su

### Una atención interculturalmente pertinente se caracteriza porque:



condición social, no solamente culturales, sino también sociales. Es decir, pertinente al territorio donde se vive, al género, a la condición de migrante y/ a la condición de pueblo originario; para los servicios respondan a las necesidades de los usuarios. Por ejemplo, es poco eficaz tener una preciosa sala de parto, si los usuarios de ese lugar no pueden tener acceso a esta sala de parto multicultural, si no se han dado las condiciones para que se realicen partos en esas localidades.

En síntesis, es importante que los servicios respondan a las necesidades de los usuarios y también respondan a la legislación. Pero también es necesario que se consideren las diferencias individuales, familiares y comunitarias. Es decir, cuando se habla de cultura, no significa que la cultura de todos esos sujetos pertenecientes a ella sea exactamente igual, ya que también hay diversidad cultural al interior de los propios grupos. Por lo tanto, se debe reconocer las diferencias individuales, familiares y comunitarias para dar una atención pertinente en el grado que corresponda.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

ALARCON M, Ana M; VIDAL H, Aldo y NEIRA ROZAS, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile [online]. 2003, vol.131, n.9 [citado 2022-10-16], pp.1061-1065. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

## ESTUDIO DE CASO

---

El apego en maternidad: sorpresa en el equipo de salud

---

Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

---

- No se deben generar conceptos universales sobre maternidad.
- La maternidad es un concepto cultural.
- Como nos enfrentamos a ideas diversas de madre.

Caso de mujer haitiana en sala de puerperio. El tema fue promover el apego en la madre de acuerdo a modelo chileno. En nuestro marco la madre no demostraba interés y apego por el recién nacido.

Situación o necesidad de salud del caso:

- La relación de apego es cultural.
- El apego es un constructo social, económico y cultural y debe ser parte del análisis de la determinación social de la salud.

Atención recibida por el caso:

Madre haitiana, no responde a estrategias de apego con su bebé. No desea alimentarlo, ni siquiera lo acoge y mira como madre. Se lo entregan y ella lo observa sin tocarlo.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

De acuerdo al equipo de salud, especialmente matronas, fue muy sorprendente observar que las madres haitianas, no tenían un apego a sus bebés acorde a los parámetros evaluados como apego materno. De este modo, todas ellas dejaban a sus hijos en una situación de vulnerabilidad social por apego materno. Por ejemplo, dificultad en amamantamiento, no mirarlo a los ojos, no tomar al bebé en forma espontánea, etc.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

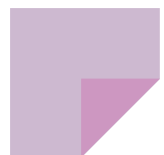
---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Se observó la falta de apego de acuerdo a nuestros estándares internacionales y sanitarios; pero se comprendió a través de entrevistas que las madres haitianas están acostumbradas a perder a sus hijos en los primeros meses de vida, por un tema de falta de recurso en la atención obstétrica.

Así se les indico que en Chile hay recursos para que bebes con problemas de salud pueden acceder a atención especializada y por tanto tienen la chance de sobrevivir y hacer una vida normal. En ese contexto ellas podrían expresar su apego a sus hijos7 hijas.



# *Marco normativo internacional en migración y salud con enfoque intercultural*

Autora: Alice Blukacz

## CAPÍTULO

# 8

En este capítulo aprenderás a reconocer las normativas internacionales y nacionales que promueven la interculturalidad en salud. Esto te será de mucha utilidad en tu trabajo, pues sabrás cuáles son las normativas que puedes utilizar.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Qué normativas internacionales y regionales promueven la interculturalidad en salud en personas migrantes internacionales?

¿Cuáles son las dimensiones del enfoque intercultural en salud reflejadas en esas normativas?

## 1. **Introducción:**

A modo de introducción, es muy importante recalcar que algunas de las barreras de acceso a servicios de salud, para la atención de salud en personas migrantes internacionales, tienen que ver con diferencias culturales y diferencias de cosmovisión entre el sistema de salud del profesional y/o el profesional y la persona migrante que se atiende. También se reportan instancias de discriminación y más generalmente es una falta de aceptación, aceptabilidad y pertinencia cultural de la atención brindada. Por otra parte, es necesario mencionar que el derecho a la salud está consagrado en numerosos marcos normativos de forma universal, es decir, que aplican a todas las personas, incluidos los migrantes. También existen algunos marcos que son específicos para las personas migrantes. Por su parte, el enfoque de interculturalidad en salud cobra relevancia para la realización del derecho a la salud, en el sentido de que permite derribar ciertas barreras que tienen que ver con el tema del abordaje cultural de la salud en la atención.

Algunas barreras de acceso a salud en migrantes internacionales: diferencias culturales y de cosmovisión, discriminación, falta de aceptabilidad y pertinencia cultural

Derecho a la salud consagrado en numerosos marcos normativos tanto de manera universal como de manera específica para las personas migrantes

Importancia del enfoque de interculturalidad en salud para la realización del derecho a la salud

2.

## ***¿Se promueve el enfoque intercultural en salud en las normativas internacionales que garantizan el derecho a la salud de las personas migrantes? ¿de qué manera?***

Es importante preguntarse si se promueve realmente el enfoque de interculturalidad en salud en las normativas internacionales que garantizan el derecho a la salud de las personas migrantes, y de qué manera se promueve este enfoque. En este sentido, vamos a establecer algunas definiciones que son importantes antes de abordar los contenidos específicos de este capítulo.

### Definiciones

#### PERSONA MIGRANTE INTERNACIONAL:

Persona que sale de su residencia habitual y cruce una(s) frontera(s) internacional(es) hacia un país del que no es nacional (1).

Personas migrantes en situación regular o irregular, víctimas del tráfico de personas, solicitantes de asilo, refugiadas y refugiados, desplazadas y desplazados y otras personas fuera de su país de origen que necesiten protección y asistencia internacional (1).

#### INTERCULTURALIDAD:

"complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales de múltiple vía", buscando "desarrollar una interrelación equitativa entre pueblos" (2).

El encuentro intercultural en salud debe estar basado en el respeto mutuo, el igual reconocimiento del saber, la disposición hacia el intercambio y la flexibilidad. Se deben desarrollar sistemas de salud culturalmente competentes, que con el conocimiento y reconocimiento de las diferencias y necesidades culturales únicas, significan la adaptación de los servicios de salud (3,4).

(1) International Organization for Migration. Who is a migrant?. International Organization for Migration 2016 [cited 2022 Oct 27]. Available from: <http://www.iom.int/who-is-a-migrant>

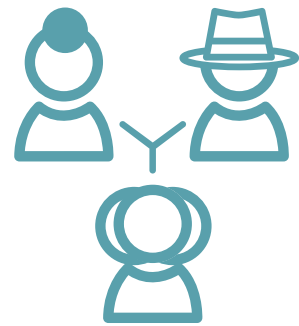
(2) Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad Sign Perm. 15 de abril de 2005;24(46) 30-50.

(3) Mignone, Bartlett, O'Neill, Orchard T. Det practices in Intercultural health five case studies in Latin America. J Ethnobiol Ethnomedicine, 5 de septiembre de 2007(1):31 (4) Carreño A, Cable D, Obach A, PC. Migros y me conceptos y debater parris aproximación drical salud en contenerouture Cud Médoc Chile. 2010;50(4):7-17.

En primer lugar, es relevante mencionar que una persona migrante internacional es una persona que sale de su residencia habitual y cruza una frontera internacional hacia un país del que no es nacional. Puede tratarse de un cruce de un país a otro, pero también puede tratarse de varios cruces, en el curso del traslado. También es importante recalcar que hay una diversidad de personas migrantes, por ejemplo, en estatus migratorio: situación irregular o irregular. También hay personas

que son víctimas de tráfico de personas, hay personas que son solicitantes de asilo, personas que tienen el estatus de refugiado o refugiada. Adicionalmente, se debe considerar si se trató de una migración voluntaria o forzada, en este caso aparece el tema de las personas desplazadas. También hay otras personas fuera de su país de origen, que puedan necesitar protección y asistencia internacional. Por lo tanto, se trata de categorías variadas, que es necesario tomar en cuenta en el marco de este capítulo.

Por otra parte, es importante establecer cuál es la definición de interculturalidad que vamos a considerar en este capítulo. Utilizaremos la definición general de Catherine Walsh, que establece que la interculturalidad es un “conjunto de complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales de múltiples vías, que buscan desarrollar una interrelación equitativa entre pueblos”. Más específicamente, el encuentro de interculturalidad en salud debe estar basado en el respeto mutuo, el igual reconocimiento del saber, la disposición hacia el intercambio y la flexibilidad. Y, más concretamente, se deben desarrollar sistemas de salud que sean culturalmente competentes, que con el conocimiento y reconocimiento de las diferencias y necesidades culturales únicas, significan la adaptación de los servicios de salud.



### 3. Tipos de Marco

#### Tipos de marco

##### JURÍDICAMENTE VINCULANTES:

tratados multilaterales que implican una obligación legal de cumplir para los Estados

Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)

##### NO VINCULANTES O "SOFT LAW":

instrumentos que establecen una norma o un compromiso, pero no implican una obligación legal

Organización Panamericana de la Salud, CD53/5, Rev. 2, Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

Otro tema importante de recalcar, es que los marcos jurídicos a los que nos referiremos son de dos tipos. Primero, están los marcos internacionales, que son jurídicamente vinculantes. En esta categoría encontramos tratados multilaterales que implican una obligación legal de cumplimiento por parte de los estados que han firmado el tratado o el documento vinculante. Por ejemplo, está el convenio sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo, que es jurídicamente vinculante para los estados que lo han firmado y este es el caso de Chile.

También existen marcos que no son vinculantes, que se llaman “soft law”, que tienen que ver con instrumentos que establecen una norma, un compromiso, pero no implican realmente una obligación legal para los Estados. Un ejemplo de esto es la estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, que no es jurídicamente vinculante. Sin embargo, es importante revisarlo porque establece ciertas normas y ciertos compromisos con respecto a la salud de las personas.



4.

## Marcos normativos generales-definición del derecho a la salud:

### Marcos normativos generales - definición del derecho a la salud

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)

- Estado de completo bienestar físico, mental y social
- No solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

Declaración de los Derechos Humanos (1948)

- Derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, la salud y el bienestar
- Derecho a los seguros en caso de enfermedad e invalidez
- Derecho a la seguridad social

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)

- Derecho a la vida

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

- Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Principales tratados de Derechos Humanos UNIVERSALES

Los marcos normativos generales, definen el derecho a la salud de diferentes formas, por ejemplo, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1946 establece que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En la Declaración de los Derechos Humanos del año 1948, por otra parte, se establece que las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado, que asegure la salud y el bienestar. También existe el derecho a acceder a un seguro en caso de enfermedad, invalidez y también un derecho a la Seguridad Social. Luego, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es mucho más amplio en cuanto a la definición, porque habla simplemente del derecho a la vida.

Finalmente, un pacto muy importante es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dicho pacto establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Estos tres tratados, el de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son tres de los principales tratados de Derechos Humanos y son universales, esto significa que aplican para todas las personas, ya sean personas migrantes o no. Por lo tanto, todo lo establecido por esos marcos aplica para las personas migrantes.

## 5. ¿y la interculturalidad?

Ahora revisaremos brevemente al tema específico de la interculturalidad en los diferentes marcos normativos. Primero analizaremos los marcos generales que aplican para todos, no específicos para migrantes, pero que aplican a migrantes como a todo otro ciudadano.

### Interculturalidad en marcos normativos no específicos a los no-nacionales

#### Marcos generales (principio de universalidad)

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N°14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000)

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)

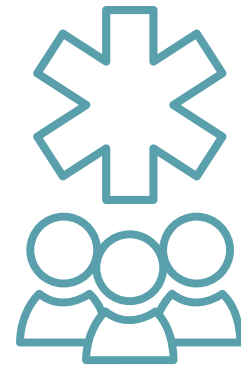
Organización Panamericana de la Salud, CD53/5, Rev. 2, Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014)

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N°22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016)

Regionales

El principio de la interculturalidad en salud se encuentra presente en esos cuatro de estos marcos generales. Por una parte, La observación general número 14 en el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. También se encuentra la interculturalidad en salud en el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.

Luego, el documento de la OPS titulado Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, se menciona elementos que son afines a la interculturalidad en salud. Y, finalmente, en el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En su Observación General número 22. Dicha observación es relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Cabe recalcar que en el caso del Consenso de Montevideo y del documento de la OPS, se trata de marcos que son regionales y que aplican para la región de las Américas.



6.

## *Interculturalidad en marcos no específicos a los no-nacionales:*

### Interculturalidad en marcos normativos no específicos a los no-nacionales

#### Marcos específicos - mujeres

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N°24, Artículo 12 de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud (1999)

Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 27, Las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010)

#### Marcos específicos - niños, niñas, y adolescentes

Observación General No. 3, Comité de los Derechos del Niño, El VIH/SIDA y los derechos del niño (2003)

Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos (2009)

Observación General No. 15, Comité de los Derechos del Niño, El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013)

#### Marcos específicos - pueblos indígenas y tribales, minorías étnicas

Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169) (1989)

Comité para la Eliminación de la discriminación Racial, Recomendación general No. XXVII relativa a la discriminación de los romanies (2000)

En cuanto a los marcos normativos no específicos a los no-nacionales, existen marcos jurídicos que son específicos de las mujeres, tanto migrantes como no migrantes. En este ámbito, hay dos documentos establecidos por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. El primero es la Recomendación General N° 24 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que dice relación con las mujeres en general y su salud. Y el segundo es la Recomendación General N° 27, que tiene relación con las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos.

También existen marcos específicos a los Niños, Niñas y Adolescentes, que establecen principios que son compatibles con la interculturalidad en salud. Encontramos, en primer lugar, la Observación General N° 3 del Comité de los Derechos del Niño y que se relaciona con el VIH/Sida. La Observación General N° 11 tiene que ver con los niños indígenas y sus derechos. En el año 2013 se establece la Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Dentro de los marcos no específicos, también hay marcos relacionados con los pueblos indígenas y tribales, y también con las minorías étnicas, que adoptan el enfoque de interculturalidad en salud. El primero, es el convenio de la OIT, sobre pueblos indígenas y tribales que, como vimos antes, es jurídicamente vinculante. El segundo, es la Recomendación General N° 27, relativa a la discriminación de los romaníes del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.

7.

## *Interculturalidad en marcos normativos específicos a los no-nacionales:*

### Interculturalidad en marcos normativos específicos a los no-nacionales

#### Marcos generales

Resolución de la OMS WHA61.17 sobre Salud de los Migrantes (2008)

Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (2016)

Organización Panamericana de la Salud, CD55/11 Salud de los Migrantes (2016)

Resolución de la OMS WHA70.15 sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes (2017)

Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular (2018)



No firmado por Chile

Regional

## Marcos específicos-trabajadores/as

Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) (N°143) (1975)

Recomendación de la OIT sobre los trabajadores migrantes, (N°151) (1975)

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migratorias (2008)

En lo que concierne los marcos específicos no-nacionales, encontramos, por una parte, la Resolución de la OMS sobre la salud, se trata de un documento específico a las personas migrantes y que contiene elementos claves del enfoque de interculturalidad en salud.

Luego encontramos la declaración de Nueva York para los refugiados y los migrantes. También del 2016, contamos con una resolución de la OPS sobre la promoción de la salud de las personas refugiadas y migrantes. Y, finalmente, el Pacto Mundial para una migración segura, ordenada y regular. El documento de la OPS es regional y específico a las Américas.

También es importante mencionar que el Pacto Mundial no está firmado por Chile, es relevante, pero en este momento no ha sido firmado.

Adicionalmente existen marcos normativos para no-nacionales que son específicos para los y las trabajadores y trabajadoras como son el Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes, tanto el documento general como las disposiciones complementarias. Y también el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que tiene una recomendación sobre las trabajadoras migratorias.

Es necesario aclarar que todos estos marcos adoptan el enfoque de interculturalidad en salud de forma diferente y en diferentes grados. No todos asumen las mismas dimensiones, pero dentro de los diferentes documentos se pueden encontrar dimensiones como:

- Adecuaciones basadas en diferencias y/o necesidades culturales
- Relevancia y adecuación lingüística y comunicación intercultural
- Promoción del diálogo, colaboración y/o participación.
- Enfoque local y/o comunitario
- Capacitación de los profesionales de la salud
- Enfoque intercultural en salud



## Dimensiones de la interculturalidad



En este sentido, algunos documentos integran sólo una de estas dimensiones, mientras otros documentos integran dos o más de ellas. Algunos hacen referencia al enfoque intercultural, mientras otros promueven la interculturalidad en salud, aunque no mencionen el enfoque específicamente.

8.

### ***Principales recomendaciones para integrar el enfoque de interculturalidad en políticas públicas de salud migrante según la normativa internacional***

A continuación, se presentan recomendaciones para integrar el enfoque de interculturalidad en las políticas públicas orientadas a asegurar el acceso a la salud y la aceptabilidad de los servicios de salud para las poblaciones migrantes internacionales. Esto, contribuye a hacer efectivos a nivel nacional los derechos humanos relativos a la salud garantizados en marcos normativos internacionales.

Algunas normativas internacionales y documentos de organizaciones internacionales integran el enfoque intercultural en el marco del derecho a la salud y la promoción de la salud de las personas migrantes. Es necesario que, asimismo, se integre el enfoque en las políticas públicas a nivel nacional para poder derribar barreras de acceso y aceptabilidad de la atención de salud, y así contribuir a garantizar el derecho a la salud en personas migrantes internacionales.

Primero, se recomienda, a nivel tanto de políticas públicas como de instrumentos de política a nivel nacional, considerar todas las dimensiones de la persona migrante bajo un principio de interseccionalidad. Segundo, a partir del enfoque intercultural que adopta la OIT para los Pueblos

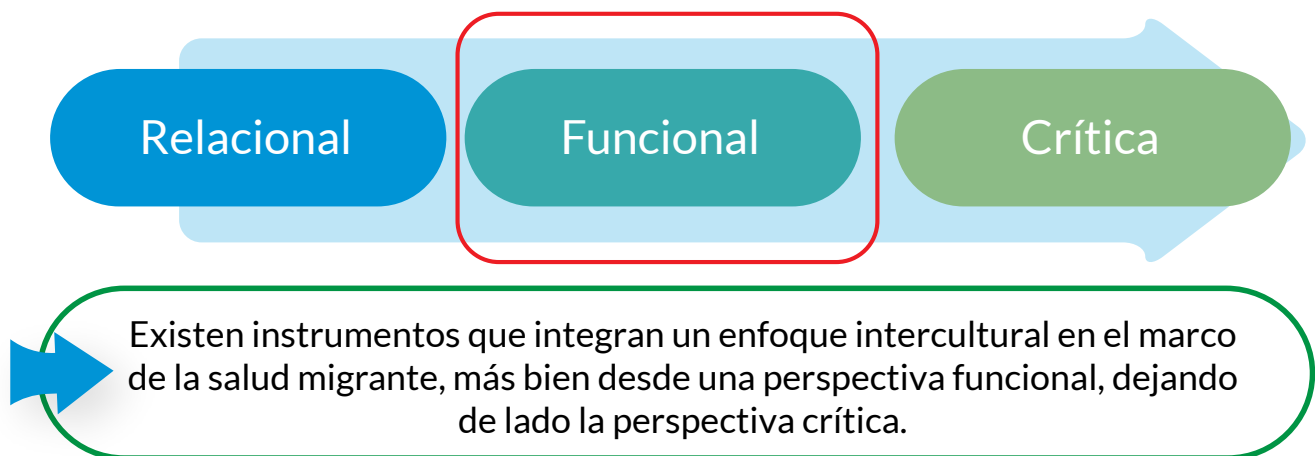
Indígenas, se sugiere impulsar reflexiones en los procesos de diseño de políticas públicas e instrumentos de políticas en torno a los intercambios entre enfoques biomédicos y los enfoques de medicina tradicionales en contextos de encuentros interculturales en salud migrante. Tercero, se recomienda la inclusión de las poblaciones migrantes, cualquier sea su estatus migratorio, en la elaboración de programas y tomas de decisiones relacionadas con el acceso a la salud. Cuarto, además de las medidas formales que se impulsen a nivel de gobierno para la inclusión del enfoque intercultural en salud, se pueden fortalecer las actividades de incidencia desde la sociedad civil, en particular las que nacen de iniciativas impulsadas desde las comunidades migrantes, para hacer valer la importancia del enfoque intercultural en salud en las políticas públicas. Quinto, se recomienda impulsar iniciativas de incidencia que permitan poner énfasis en la necesidad de un enfoque intercultural en salud para los refugiados, solicitantes de asilo y apátridas, tanto a nivel nacional como en el marco de la cooperación multilateral.

Estas recomendaciones permiten integrar el enfoque de interculturalidad en salud de personas migrantes en los marcos nacionales a partir de lo recomendado por la normativa internacional. Esto permite, a su vez, garantizar que el sistema de salud pueda hacer efectivo el derecho a la salud en esa población.

## 9. *Conclusión:*

El enfoque intercultural en salud se incluye en las normativas internacionales y regionales en diferentes grados y las normativas abarcan diferentes dimensiones.

La interculturalidad se puede entender desde tres perspectivas:



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Blukacz A. Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud. En Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. 1era edición. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2021. 51-86. Accesible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- International Organization for Migration. Migration and the Right to Health: A Review of International Law. Geneva, Switzerland: United Nations Publications; 2009. (International Migration Law). Report No.: 19
- Ruiz Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria. Bol Mex Hist Filos Med . 2007;10(2):99-107.
- Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. 1era edición. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2021. 51-86. Accesible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- Walsh C. Interculturalidad y (de) Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. 1era edición. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2021. 51-86. Accesible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>

## ESTUDIO DE CASO:

El enfoque intercultural en salud en la “Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos, 2009”

### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Se muestran los desafíos a los que se puede enfrentar una niña migrante de nacionalidad boliviana perteneciente al pueblo Aymara en Antofagasta en torno a acceso a atención de salud y (des)encuentro intercultural en la atención.
- Se relaciona el caso con las recomendaciones de la “Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos, 2009”, el cual integra 5 dimensiones de la interculturalidad en salud.

### Descripción narrativa del caso

Niña de 8 años, escolarizada sistema público, ingresos del hogar \$350.000, Antofagasta.

Es de nacionalidad boliviana, lleva 8 meses en Chile y está en situación irregular. Vive con su madre soltera y su hermana mayor de allegadas con unos familiares, pertenecen al pueblo Aymara.

### Situación o necesidad de salud del caso:

Infección respiratoria

### Atención recibida por el caso (atención, orientación, dentro del sistema de salud y/o fuera – comunitario; otro)

Es la segunda vez que acude al CESFAM con su madre, la primera vez se les había negado la atención por su estatus migratorio irregular. Luego de recibir asesoría con el Servicio Jesuita a Migrantes sobre su derecho a acceder a la atención de salud, vuelven y logran la tramitación de su NIP.

En el momento de la atención, la madre explica que antes de acudir al CESFAM intentó sanar a su hija con medicina tradicional Aymara mientras se gestiona el acceso a la atención de salud, lo cual lleva a un conflicto con el médico, quien le afirma que actuó de manera irresponsable. Se recetan antibióticos, sin embargo, no se le explica a la madre de manera adecuada por qué es imprescindible que su hija lo tome según lo indicado, llevando a una baja adherencia. La madre evita volver al CESFAM por miedo a recibir malos tratos nuevamente y prefiere seguir usando remedios de la medicina tradicional Aymara.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

El mencionar el uso de medicina tradicional no biomédica, surgió un desencuentro con el profesional de salud, quien tampoco tomó en consideración las dificultades para acceder a la atención de salud por el estatus migratorio. Por otra parte, al recetar antibióticos, el profesional de salud no se aseguró de las instrucciones fuesen entendidas, llevando a baja adherencia.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Considerando que la niña es migrante boliviana en Chile y pertenece al pueblo Aymara, en el caso descrito, deberían aplicarse las recomendaciones de la “Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos, 2009”, las cuales incluyen 5 dimensiones de la interculturalidad en salud: Adecuaciones basadas en diferencias y/o necesidades culturales, Relevancia y adecuación lingüística y comunicación intercultural, Promoción del diálogo, colaboración y/o participación, Enfoque local y/o comunitario, Capacitación de los profesionales de salud.

Los párrafos relevantes de la observación son los siguientes:

---

“El Comité insta a los Estados partes a que adopten medidas especiales para que los niños indígenas no sean objeto de discriminación en el disfrute del nivel de salud más alto posible”

“Los Estados partes deberían adoptar las medidas necesarias para facilitar el acceso de los niños indígenas a los servicios de salud. Los servicios de salud deberían, en la medida de lo posible, planearse y organizarse a nivel comunitario y administrarse en cooperación con los pueblos interesados. Se debería tener especial cuidado de que los servicios de salud tengan en cuenta el contexto cultural y de que la información correspondiente esté disponible en los idiomas indígenas. Se debería prestar particular atención a la necesidad de que los indígenas que viven en zonas rurales y de difícil acceso o en zonas de conflictos armados, o los indígenas que sean trabajadores migratorios, refugiados o desplazados, tengan acceso a los servicios de salud.”

“El personal sanitario y médico de las comunidades indígenas desempeña una importante función porque actúa como vínculo entre la medicina tradicional y los servicios médicos convencionales, por lo que se debería dar preferencia al empleo de personal de la comunidad indígena local. Los Estados partes deberían promover la función de ese personal proporcionándole los medios y la formación necesarios para que las comunidades indígenas puedan utilizar la medicina tradicional de forma tal que se tengan presentes su cultura y sus tradiciones.”

## Referencias (si corresponde):

---

Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos, 2009 (OHCHR), Accesible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/investigacion/3207/observacion-general-11-2009-ninos-indigenas-sus-derechos-virtud-convencion>.



# *¿Qué propuestas teóricas y empíricas existen sobre enfoques socio antropológicos de la interculturalidad en salud con migrantes y refugiados?*

Autora: Alexandra Obach

## CAPÍTULO

9

En este capítulo aprenderás a identificar las propuestas teóricas y empíricas que existen sobre enfoques socio antropológicos de la interculturalidad en salud con migrantes y refugiados. Esto te ayudará a tener mayor solidez a la hora de seleccionar tus enfoques de trabajo.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Crees que en Chile se ha avanzado en la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud con migrantes y refugiados? ¿Cómo?

¿Qué aspectos consideras que falta desarrollar para una plena incorporación de este enfoque en los diversos ámbitos de la sociedad, y en el sistema de salud en particular?

## 1. *Globalización:*

En primer lugar y como marco de referencia, es importante comprender que los procesos migratorios actuales a nivel mundial se dan en un marco de globalización. En este sentido, sabemos que la migración no es un fenómeno nuevo, sino que acompaña a la humanidad desde siempre; pero hoy en día estos movimientos se dan estos flujos, estos movimientos transnacionales se dan en un espacio de interconexión mundial como nunca hubo.

La globalización es entendida como un proceso de integración mundial, que se da en los ámbitos políticos, económicos, sociales, culturales y tecnológicos. Así, la globalización ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado, lo que lleva a algunos autores a plantear que hoy vivimos en una aldea global. Junto a este proceso, han aparecido ciertas reacciones, como la reivindicación de las identidades locales, que se opondrían a la tendencia globalizadora que nos acompaña hoy en día. Estas identidades locales pretenden reivindicar aspectos propios y únicos que tendrían ciertos grupos humanos, en relación a su manera de habitar el mundo. Reivindicación de las distintas fases de la vida humana y también de valores y cosmovisiones particulares, que diferencian a unos grupos de otros grupos. Por lo tanto, actualmente nuestra vida social y los flujos migratorios se dan en la tensión entre lo global y lo local.

## 2. *Modelos de integración social y cultural:*

### 2.1 *Modelo asimilacionista*

---

El primer modelo es el asimilacionista, que ha sido el más extendido en el tiempo. Si bien ha tenido una serie de críticas y algunas personas lo dan por superado, la idea es reflexionar cómo este modelo sigue operando hasta el día de hoy en nuestra sociedad, cuáles son algunas características.

Por una parte, este modelo se sustenta sobre la noción de homogeneidad, es decir, las sociedades homogéneas son las metas de las sociedades asimilacionista. Bajo este enfoque, no interesa la existencia de la diversidad social y cultural, sino que busca generar sociedades homogéneas en términos valóricos, en términos de comportamiento, en términos de cosmovisión y en distintos ámbitos de la vida. Por lo tanto, se entiende que cuando alguien se integra a la sociedad mayoritaria, en este caso poblaciones migrantes internacionales, son estas poblaciones “minoritarias”, quienes deben cambiar y asimilarse a la sociedad mayor.

Por ende, existe bajo este modelo una unilateralidad en el proceso de cambio. No son quienes componen la sociedad mayor, quienes deben transformarse al recibir a los grupos migrantes, sino

que se espera es que sean solamente los grupos migrantes quienes se transformen, cambien y asimilen, abandonando todas sus tradiciones culturales.

Asimismo, se entiende la integración cultural hacia este grupo mayoritario como una integración global, aquel que logre integrarse a este grupo mayoritario, va a poder integrarse a esta globalización, a esta integración global occidental. Del mismo modo, se supone que aquellos que logran hacer una asimilación efectiva a la cultura mayoritaria, van a poder evitar mecanismos de discriminación. Por ende, bajo este enfoque, se responsabiliza a los migrantes internacionales de las discriminaciones que pudieran sufrir, ya que estarían vinculadas a su incapacidad para asimilar los valores y la cultura propia de la sociedad mayor.

Junto con esto, la última característica que queremos puntualizar, es que desde el enfoque asimilacionista, se entiende el proceso de asimilación como algo natural e inevitable, es decir, todos quienes efectivamente migran hacia un lugar, deben natural e inevitablemente asimilarse a la cultura de este lugar.

Distintos autores han reflexionado en torno a las consecuencias que el modelo asimilacionista tiene en los ámbitos de la salud de personas migrantes internacionales, sobre todo, pensando en la presión que este enfoque asimilacionista ejerce sobre los grupos migrantes. Pues, este enfoque pone a los migrantes en la situación de tener que asumir incondicionalmente pautas culturales que les son totalmente ajenas e, incluso, muchas veces contradictorias con sus valores de base y, al mismo tiempo, les exige renunciar a sus propias pertenencias culturales, llegando incluso a desvalorizarlas, ya que se consideran inferiores. Esto tiene consecuencias en la salud en distintos planos, sobre todo en los ámbitos de salud mental, donde el modelo asimilacionista impone procesos aculturativos muy violentos, que desarraigan a las personas de sus pertenencias, de sus pautas culturales propias.

## 2.2 Modelo multicultural

---

El modelo multicultural, que tuvo un gran auge desde la segunda mitad del siglo XX, surge como una reacción a la tendencia de uniformidad cultural que conllevan la globalización y el enfoque asimilacionista. Podríamos decir que el multiculturalismo es el primer modelo de integración, que valora la expresión del pluralismo cultural. Este modelo postula la no discriminación por razones de etnia o de cultura y postula también el reconocimiento de la diferencia cultural y el derecho que tienen los grupos humanos a dicha diferencia cultural.

Este enfoque se basa en la tolerancia hacia comunidades etnoculturalmente diversas en las sociedades. El concepto de tolerancia va a ser muy importante, ya que define el modelo multiculturalista. Es decir, yo tolero la existencia de un otro, pero no necesariamente la acepto plenamente, sino que tolero el que convivamos en esta diversidad. Se le debe reconocer, que la identidad de los valores culturales del grupo, son el pilar básico sobre el que se sostiene esta filosofía multiculturalista.

Por una parte, se le critica que promueve una segmentación de la sociedad, ya que desde el enfoque multiculturalista lo que se fomenta es la conformación de guetos que son difícilmente permeables. Pensemos en el ejemplo en Estados Unidos, con las comunidades latinas, donde, si bien se “tolera” su existencia, éstas están en una posición de gueto, donde hay ciertos territorios, ciertos espacios físicos donde habitan, pero no necesariamente interactúan plenamente con la cultura mayoritaria.

Lo mismo sucede en el caso del Reino Unido con muchas comunidades de la India, donde por procesos poscoloniales llega mucha población de la India a vivir en el Reino Unido, pero no se integran plenamente, no hay una interacción efectiva, sino que se constituyen guetos. Estos guetos crean diferenciaciones económicas y de poder entre las comunidades. Es decir, las comunidades latinas o las comunidades indias, están más empobrecidas en estos países que las sociedades mayoritarias y además también tienen menos poder que personas pertenecientes a la sociedad mayoritaria. Esto ha llevado a que algunos autores han llegado a calificar al modelo multiculturalista como un modelo de racismo encubierto. En resumen, el multiculturalismo hace un reconocimiento de la coexistencia de grupos culturales diferentes dentro de un mismo estado nacional. Pero, además de esto, es considerado como una ideología social, política de la globalización y de la masificación de la migración internacional; en tanto efectivamente reconoce el valor de la diversidad cultural, pero trata a los grupos diferentes como minorías. Si bien reconoce los derechos de la diversidad cultural y la formación de nuevas comunidades y vincula esos derechos con la igualdad social y la no discriminación, no genera o no fomenta una integración plena y en igualdad de condiciones de los distintos componentes culturales y sociales que conforman los estados nacionales.

### 2.3 Modelo intercultural

---

El tercer enfoque es la interculturalidad, que es el enfoque más aceptado en la actualidad. Sin embargo, la interculturalidad es aún una quimera en la mayoría de las sociedades actuales, ya que pocas han podido concretar efectivamente este enfoque de integración sociocultural. La interculturalidad hace referencia a la dinámica de las relaciones que se establecen en el contexto de la diversidad cultural. El concepto relacional va a tener una importancia clave dentro de la interculturalidad, ya que lo intercultural tiene que ver con prácticas culturales y modos de vida concretos de las personas pertenecientes a una sociedad, que se ponen en interacción. Es decir, no es solamente que se busque que el “otro” se integre a los modos de vida de la mayoría, como en el modelo asimilacionista. No es que se tolere que el “otro” exista con sus propios modelos de vida, de manera alejada de la mayoría, que no interfiera, como sería el enfoque multiculturalistas. Por el contrario, la interculturalidad apela a un encuentro efectivo entre personas diferentes y que ese encuentro sea a través de la interacción, la comunicación y el diálogo intercultural, como fruto de un producto social nuevo, es decir, de la síntesis que se produce del encuentro entre personas diferentes.

Por ende, se postula que el campo de lo intercultural no está fuera de nosotros, sino que estamos todos involucrados en esta interacción intercultural. Tanto migrantes internacionales como nacionales pertenecientes a la cultura mayoritaria. Así, el espacio de lo intercultural se va creando mediante el diálogo y la comunicación entre personas pertenecientes a diferentes culturas. Por lo mismo, el diálogo intercultural aparece como eje central dentro de este enfoque, ya que se postula que va a ser el mecanismo que pone en acción la interculturalidad. Asimismo, se postula que este diálogo intercultural es la forma más desarrollada del diálogo de las culturas y de las civilizaciones y que fomenta y permite esta comunicación intercultural.

La interculturalidad también se postula como una meta a ejercer en todos los ámbitos de la vida social, tanto en los ámbitos políticos, económicos como también sociosanitarios. Además de eso, se entiende, desde el enfoque de la interculturalidad, que ningún grupo cultural está por encima de otros, por ende, no se concibe al otro como una minoría, sino que lo que se favorece es la horizontalidad, la integración y la convivencia, y se potencian el valor al respeto a la diversidad y el enriquecimiento entre culturas. De esta manera, la interculturalidad apela al contacto real entre culturas y apela, también, a la construcción de un nuevo espacio cultural que se daría gracias a esta síntesis. El encuentro entre diferente es a la vez una ideología y una política, porque apela a una manera de vivir y de convivir en el mundo. Asimismo, es una dinámica de las relaciones entre diferentes culturas en un contexto multicultural, es decir, entendemos que existen diferentes culturas, existen diferentes bagajes sociales que habitan un mismo territorio, pero lo que nos interesa no es solamente que lo habiten de manera diferenciada, sino que se relacionen entre ellos.



### 3. *Interculturalidad en salud:*

#### Interculturalidad en salud o salud intercultural:

- Designa al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.
- Valoración de la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.



Ahora bien, en América Latina existe una escasa concreción de la interculturalidad efectiva, al igual que en la mayoría de los territorios mundiales. ¿Cómo bajamos este enfoque de interculturalidad a los ámbitos de la salud a través de este concepto de salud intercultural? Este concepto designa al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura de los usuarios y las usuarias dentro del proceso de atención de salud. Por lo mismo, desde la interculturalidad en salud hay una valoración tanto de la diversidad biológica como la diversidad cultural y social del ser humano, como un factor importante en todo el proceso de salud y enfermedad.

#### PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN COMO CONSTRUCCIONES CULTURALES

Cada cultura tiene tradiciones, costumbres y creencias, las cuales influyen en las percepciones que los individuos tienen acerca del mundo, del orden social, y las estrategias que utilizan para enfrentar sus problemas.

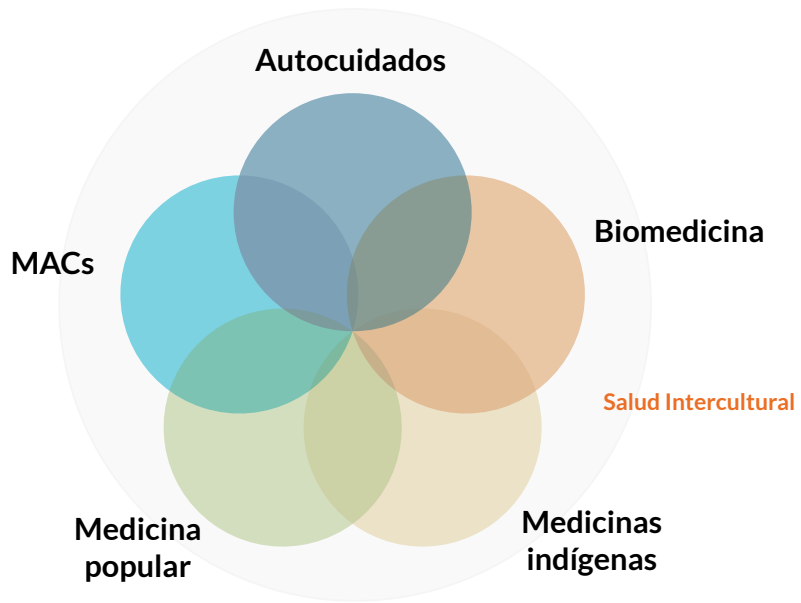
Asimismo, la interculturalidad en salud entiende que cada cultura tiene tradiciones, costumbres y creencias; las cuales influyen directamente en las percepciones que los individuos tienen acerca del mundo, del orden social y de las estrategias que cada grupo social utiliza para enfrentar sus problemas de salud. Por lo tanto, se comprende que los procesos de salud, enfermedad y atención, son construcciones culturales y que dichas construcciones deben ser incorporadas y valoradas, dentro de la atención de salud. Así, se respeta y se integra dentro de la atención de salud, el hecho de que cada cultura ejecuta decisiones particulares y únicas acerca de la salud, enfermedad y la búsqueda del cuidado. Esto significa que la salud y la enfermedad son fenómenos que reflejan la

construcción social y que, por ende, cumplen un rol muy importante en los procesos de atención de salud de usuarios y usuarias. Asimismo, desde la interculturalidad en salud, entendemos que existen múltiples sistemas médicos para poder canalizar y dar respuesta a los padecimientos de quienes pertenecen a esos grupos culturales.

Si bien nosotros hemos tendido a pensar que existe un único sistema médico, que en nuestro caso occidental sería la biomedicina. La biomedicina es el sistema hegemónico, con poder y es el oficial dentro de las sociedades occidentales. La interculturalidad en salud, por su parte, nos invita a reconocer que existen diversos sistemas médicos, entendidos éstos como un conjunto institucional organizado de prácticas, procedimientos, elementos, materiales y simbólicos, personas y normas respecto al ámbito de la salud y la enfermedad humana. En Chile, por ejemplo, vemos que el sistema biomédico coexiste junto con los sistemas médicos propios de nuestros pueblos originarios, tanto mapuche como aymara y rapa nui. Pero también coexiste con todo un saber en relación al establecimiento de la salud de la medicina popular, propio del mundo rural. Adicionalmente, y de forma más tardía, se han incorporado las medicinas alternativas y complementarias que vienen muchas de ellas, por ejemplo, del mundo oriental, pero también de Europa como la homeopatía. Adicionalmente está el universo de autocuidados, ya que son todas aquellas estrategias de restablecimiento de la salud, que se han ido socializando dentro de las familias y de las comunidades, a través de los relatos orales, principalmente a través de las mujeres. Entonces, la intersección entre estos distintos sistemas médicos da cuenta del pluralismo médico en el cual habitamos y conforma la salud intercultural.

## Sistema Médico

Conjunto institucional organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana



### **DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SALUD INTERCULTURAL EN AMÉRICA LATINA Y CHILE**

- En América Latina la mayor parte de las estrategias de salud intercultural implementadas hasta la fecha han estado centradas en la relación entre los pueblos originarios y la sociedad mestiza
- Responden a razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas particulares de cada contexto.

En América Latina, la mayor parte de las estrategias de salud intercultural implementadas hasta la fecha, han estado centradas principalmente en la relación entre los pueblos originarios y la sociedad mestiza, y responden a razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas particulares de cada contexto. Es decir, la mayoría de las iniciativas y la mayoría de prácticas que existen en relación a salud intercultural en nuestra región, están muy vinculadas a pueblos originarios y tienen que ver con demandas que vienen haciendo los pueblos originarios desde los años 90.

Uno de los procesos de reivindicación que ha habido en todo el continente, de distintos pueblos originarios, ha sido la validación de sus sistemas de salud. En el diálogo con los Estados, se han generado distintas iniciativas de salud intercultural, aunque muchas están cruzadas por el enfoque asimilacionista, pues en muchos casos se han reproducido las asimetrías de poder.

En Chile se han vivido los mismos procesos que en el resto de América Latina. Así, la interculturalidad aplicada a los ámbitos de la salud comenzó a articularse a partir del reconocimiento de la situación de subordinación de las poblaciones indígenas en relación a la población mayoritaria del país. Esto implicó la constatación de que en Chile existe una medicina de prestigio, con poder y reconocimiento (la biomedicina), y otras medicinas, como las indígenas y las populares, que no son reconocidas, no son oficiales y no son valoradas desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto.

## 5. *Interculturalidad en salud y migración:*

### INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y MIGRACIÓN

- Países con altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural.
- Esto ha hecho que los sistemas de salud desarrollen estrategias que faciliten la relación médico-paciente.
- Iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

En los países con alta tasa de inmigración internacional, se han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural. Esto ha hecho que los sistemas de salud hayan ido desarrollando distintas estrategias que faciliten la relación médico paciente. Muchas de estas iniciativas, han buscado evitar que la identidad étnica y cultural del usuario/a se constituya en una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. Es decir, se ha intentado ampliar las fronteras de la salud intercultural más allá de lo que se ha hecho hasta la fecha con los pueblos originarios, hacia poblaciones migrantes internacionales.

#### 5.1 conceptos esenciales para el desarrollo de la interculturalidad en salud y migración

Existen dos conceptos clave: Cultura y Diversidad Cultural. Por una parte, el concepto de Cultura, porque como hemos dicho cada grupo cultural tiene sus propias estrategias, sus propios procedimientos y especialistas para hacer frente a los procesos de salud y enfermedad. Por otra parte, el concepto de diversidad cultural, que es la valoración de la diversidad cultural entendida no desde el enfoque asimilacionista o multiculturalista, es decir, como una amenaza; sino que es entendida como una riqueza que debe ser incorporada y valorada dentro de nuestro sistema de salud.

¿Cuáles han sido las principales acciones que se han llevado a cabo en el ámbito de la interculturalidad en salud con migrantes internacionales en Chile? La estrategia con mayor notoriedad ha sido la implementación de la figura o el rol de mediadores o facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales. Esto se ha hecho de acuerdo a distintos lineamientos internacionales y en base a la política de salud de migrantes internacionales de nuestro país. Así, se ha planteado la necesidad de fortalecer la figura de estos facilitadores o mediadores interculturales, para que hagan de puente y también de traductores lingüísticos y también traductores culturales en el encuentro en salud entre los equipos de salud y migrantes internacionales.

## MEDIADORES INTERCULTURALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES

De acuerdo a los lineamientos internacionales, dentro de las estrategias desarrolladas en Chile para mitigar las barreras de acceso y uso del sistema de salud, se ha incorporado la figura de mediadores interculturales para la atención de salud de población migrante internacional, acción que está respaldada por la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile



Por lo tanto, uno de los principales roles que cumplen los facilitadores o mediadores interculturales tiene que ver, por ejemplo, con la traducción lingüística. Pensemos en aquellas comunidades migrantes internacionales que no necesariamente hablan en español y que necesitan una traducción lingüística para tener una efectiva atención en salud. Pero no sólo eso, sino que también se postula la necesidad de la mediación intercultural para que las comunidades migrantes internacionales puedan navegar de manera eficiente por el sistema de salud.

Nuestro sistema de salud que puede ser muy diferente al de sus países de origen. A esto se suma que puede haber diferencias internas en el trato, en la aceptabilidad. La idea es generar encuentros entre los trabajadores de la salud y los usuarios, donde no sean solamente los usuarios quienes deben asimilar el sistema de salud, sino que se produzca este encuentro y este diálogo intercultural, para que finalmente haya una transformación de todos los actores sociales involucrados.

Esto nos lleva a enfocarnos en la importancia de la validación cultural dentro de la interculturalidad en salud, que significa aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario/a, considerando el contexto cultural en que ella emerge. Ahora bien, la validación cultural no significa necesariamente que el profesional o el trabajador de la salud comparta el mundo simbólico completo del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación de los usuarios/as. Es decir, se busca la transformación en conjunto en esta dinámica de comunicación y diálogo intercultural.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Urrutia, C. Propuestas socio-antropológicas de interculturalidad en salud aplicables a poblaciones migrantes internacionales. En: Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2021: 87-110.
- Barabas, A. Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios, Configurações [En línea], 14; 2014, Publicado el 25 marzo 2015. URL: <http://journals.openedition.org/configuracoes/2219>; DOI : <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2219>
- Vansteenbergh Waeterschoot, Guillermo Pablo COEXISTENCIA DE LOS TRES MODELOS DE INTEGRACIÓN EN ESPAÑA BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales, núm. 13, 2012, pp. 225-237 Asociación Castellano Manchega de Sociología Toledo, España.

## ESTUDIO DE CASO:

### Análisis de Atención de Salud desde perspectiva de enfoques de integración cultural

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Los enfoques de integración social permean los distintos niveles de la vida social y sus instituciones, incluido el sistema de salud.
- Aun cuando existan lineamientos respecto a la atención de salud para migrantes internacionales desde enfoques de salud intercultural, en muchos establecimientos la cultura institucional y los valores propios del personal de salud promueve una atención basada en modelos asimilacionistas.

#### Descripción narrativa del caso

María es una mujer de 23 años, de origen ecuatoriano, tiene 30 semanas de gestación. Ingresó a Chile por paso no habilitado en el año 2021 junto a su hijo de 5 años. Actualmente vive en el campamento Lobito, de la ciudad de Iquique.

Este campamento, organizado por la autoridad regional en tanto medida para contener a la población migrante internacional en situación de calle en dicha ciudad, se encuentra a varios kilómetros del centro de Iquique. El acceso a este campamento es por la carretera que une la ciudad con el aeropuerto, por lo que circula poca o nula locomoción colectiva, y tampoco existe comercio donde poder abastecerse de elementos de primera necesidad.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

María requiere de controles de gestación en CESFAM de Iquique. La distancia entre Lobito y el CESFAM donde debe realizarse los controles es de varios kilómetros, y dada la falta de recursos de María y de locomoción colectiva que una a Lobito con el centro de la ciudad, María debe caminar esos kilómetros junto a su hijo de 5 años, ya que no tiene con quien dejarlo en cuidado.

María indica que varias veces le ha sucedido que llega atrasada a sus controles, por lo que el personal de salud del CESFAM la encara diciéndole que aquello es una irresponsabilidad, ya que son muchos los casos que deben atender y que no pueden esperarla. Además, la castigan con palabras por llegar tan exhausta a sus controles, diciéndole que pone en riesgo la salud de su bebé en gestación y la de su hijo.

En su último control que indican que en los próximos días debe acudir al hospital para que la revise directamente la doctora. María pregunta las razones de esta derivación, pero no recibe mayor información.

## Atención recibida por el caso:

En la fecha indicada, María comienza su peregrinar para asistir a su control hospitalario. Son varios los kilómetros que debe recorrer a pie junto a su hijo. Es primera vez que María asiste al hospital, no conoce bien la ciudad y, por lo mismo, se pierde. Llega nuevamente atrasada a su control.

En el hospital es recibida con mala gana por una funcionaria, quien le advierte que la doctora está muy ocupada y que no se puede jugar con su tiempo. Le indican que debe pasar a un box y esperar. Su hijo debe esperar en la sala de espera. Pasan largos minutos antes de ser llamada por la doctora.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Al ingresar a la sala de atención de la doctora, esta le indica que se saque la ropa y se ponga una bata, le indica la silla donde está la bata. María observa la tela arrugada sobre la silla, titubea, luego la toma y se percata que tiene varias manchas de sangre y de materia. Le reporta a la doctora la situación, quien sin levantar la vista de la ficha que está llenando, le vuelve a indicar, con tono molesto, que debe ponerse la bata, que no tiene tiempo para perder, que la bata es para el uso de las pacientes. María obedientemente se quita su ropa y se pone, contra su voluntad, la bata cubierta de sangre. Luego, durante el examen, las preguntas de la doctora apuntaban constantemente a su origen extranjero, y las consecuencias a las que estaba exponiendo a sus hijos dada su situación de vulnerabilidad.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

El caso corresponde a la adaptación de un testimonio real de una mujer migrante levantado en la ciudad de Iquique en el marco de una investigación en torno a migración y salud. En el relato se deja entrever la falta de consideración, tanto del personal de salud del CESFAM como del hospital, respecto a los determinantes sociales que estaban afectando directamente la salud de la mujer y sus hijos (gestante y de 5 años respectivamente). Se observa una permanente culpabilización hacia la mujer por parte del personal de salud por su situación de vida y sus atrasos a los controles. Se observa una falta de empatía por parte del personal de salud, desinterés por el caso social que conllevaba esta mujer. Además, se observa un acto de maltrato por parte de la doctora al obligar a la mujer a usar una bata sucio, ensangrentada, lo cual afectó directamente la dignidad de la mujer migrante, menoscabando su salud en diversos ámbitos, incluida la salud mental.

Se recomienda generar más acciones de sensibilización y capacitación con el personal de salud en relación a la incorporación efectiva del enfoque de salud intercultural en el quehacer con migrantes internacionales. Asimismo, incorporar en las atenciones de salud enfoque de derechos humanos, y de género. Asimismo, trabajar el desarrollo de empatía y compasión para con población culturalmente diversa.



# *Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes en lac*

Autor: Daniel Larenas Rosa

## CAPÍTULO

# 10

En este capítulo aprenderás a reflexionar sobre la importancia del desarrollo de políticas de salud culturalmente sensibles, para responder a las necesidades de salud de la población migrante. También aprenderás a reconocer acciones culturalmente sensibles, a partir de políticas públicas desarrolladas en la región de América Latina. Esto te será de mucha utilidad en el trabajo con personas migrantes internacionales, pues te dará herramientas para aplicar el enfoque intercultural.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿De qué manera se puede responder de manera sistémica con pertinencia cultural a las necesidades de salud de la población migrante internacional?

¿Qué tipo de iniciativas de políticas públicas con perspectiva intercultural se han desarrollado en la región de América Latina

## 1. *La Región de América latina:*

Cambios en las dinámicas migratorias

---

Diversidad cultural:  
cosmovisiones, lenguas y prácticas

---

América Central

---

América del Sur



América Latina, en cuanto a sus dinámicas migratorias, ha vivido un cambio. Esto, porque históricamente había sido una región emisora, es decir, que envía flujos migratorios hacia afuera, por ejemplo, hacia Norteamérica o Europa.

Sin embargo, en las últimas dos décadas se ha visto un gran cambio en el perfil migratorio de la región. Ya no se trata solamente de emisión de flujos migratorios fuera de la región, sino que ha aumentado la dinámica migratoria dentro de la región, es decir, los flujos intrarregionales. Actualmente existen flujos de personas que cambian de país de residencia dentro de la región. Así, encontramos flujos migratorios desde los países de Centroamérica hacia México o hacia Guatemala o hacia Costa Rica. También existen flujos migratorios que se han desplazado durante el último tiempo desde Venezuela, hacia los otros países de América del Sur.



Este cambio en los flujos migratorios, genera nuevos desafíos. Existiendo un desafío que requiere particular atención, que es el de la diversidad cultural. La diversidad cultural no solamente es un desafío, sino que también es una oportunidad de enriquecimiento. La región cuenta con una gran diversidad de colectivos que viven en sus diversos territorios y, por tanto, podemos identificar una

gran variedad de cosmovisiones, de lenguas, de prácticas culturales, que la hacen ser una región muy rica. Dentro de esta diversidad, los movimientos migratorios generan intercambios culturales que hay que saber cómo favorecer. La diversidad es una característica importante de la región y hay que tener en cuenta como ésta interactúa con la migración y con la salud.

En este sentido, es necesario incorporar políticas que enfrenten los desafíos de la interculturalidad. Existen distintos tipos de políticas, aquí encontraremos unas breves definiciones:

- Política pública: Una política pública puede ser entendida como un instrumento que organiza un curso de acciones que permiten abordar una problemática de interés público.
- Políticas multiculturales e interculturales: Son aquellas que construyen condiciones para favorecer los procesos de inclusión de diversos colectivos y que a la vez permiten que dichos colectivos puedan mantener su matriz identitaria y legado cultural.
- Políticas públicas de salud culturalmente sensibles: Se refiere a las políticas que contemplan e incluyen las prácticas, creencias y tradiciones en salud de los diversos colectivos que pueden ser beneficiados por el sector salud.

Por otra parte, y para magnificar la diversidad de América Latina y el Caribe, es necesario señalar que la región está compuesta por tres sub regiones. Por una parte, el Caribe, con 26 países y territorios. Por otra parte, América Central con 8 países y, por último, América del Sur con 13 países.

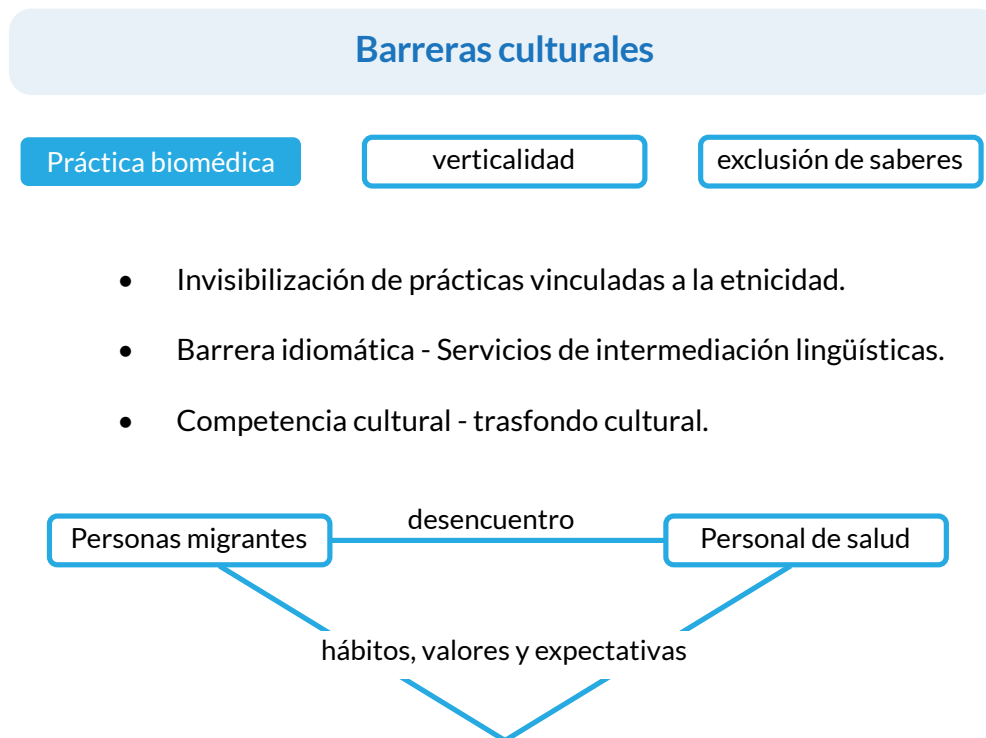
## 2.

# Resultados revisión bibliográfica sobre políticas con perspectiva intercultural en América:

## 2.1 Barreras culturales

La población migrante se ha enfrentado constantemente a barreras culturales en distintos aspectos relacionados a la búsqueda y obtención de servicios de salud; lo que ha limitado su ejercicio del derecho a la salud. Características y prácticas de los prestadores de salud, tales como negar saberes distintos al modelo biomédico, la verticalidad en la atención, la ausencia u obstaculización de la entrega de servicios de intermediación lingüística, la falta de competencia cultural y de trato empático y sensible, son algunas de las barreras culturales identificadas.

A continuación, revisaremos brevemente los resultados de un pequeño estudio que realizamos sobre revisión bibliográfica, respecto a qué tipo de políticas con perspectiva intercultural dirigida a la salud de migrantes, se han desarrollado en la región. El estudio abarca sólo a América Central y América del Sur. En nuestra investigación hallamos que sobre el concepto de “barreras culturales” se han hecho algunos estudios. Aquí presento una síntesis de la evidencia.



Primero, se ha visto que en la región existen sistemas de salud que están dominados por la práctica biomédica. Una de las características principales de esta práctica biomédica, es la verticalidad en la atención. En este sentido, la práctica biomédica entiende que hay un sólo es saber válido, que es el que opera dentro del sistema de salud. Eso define una relación de verticalidad, donde hay

una persona que conoce y otra persona que desconoce; alguien que tiene la verdad y otra persona que tiene que acatar esa verdad. Por tanto, se genera una serie de exclusiones de saberes, que son distintos a la práctica biomédica, que son los saberes que existen en esta gran diversidad cultural.

¿Qué consecuencias genera esa exclusión de saberes? Primero, existe una invisibilización de prácticas vinculadas a la etnicidad, en donde el sistema médico no logra reconocer esas prácticas y las personas que tienen un *background* cultural distinto y asisten al sistema de salud, tampoco las comparten. Por lo tanto, se pierde la oportunidad de generar un encuentro, lo que implica que se pierde mucha información para entender las situaciones de salud.

En segundo lugar, está la barrera idiomática. Existe evidencia de que hay diferentes resultados en las atenciones de salud, cuando existe intermediación lingüística de cuando no la hay. Aun así, también existe evidencia de que, aunque haya intermediación lingüística, puede haber dificultades en la atención en salud producto de los diferentes *backgrounds* culturales, de las diferencias de los valores culturales. También se ha visto que, aunque existan servicios de intermediación lingüística, suele haber barreras para acceder a ellos, ya sea porque hay muy pocos centros en la zona o porque los profesionales de la salud no facilitan estos servicios.

En segundo lugar, en distintos estudios personas migrantes relevan el valor de la competencia cultural o trasfondo cultural. Es decir, prefieren tener atenciones con personas que comparten su trasfondo cultural y señalan que existe un desencuentro en la atención cuando no se comparte ese trasfondo cultural con quien atiende. Esto se produce por el desencuentro entre el profesional y el usuario cuando hay distintos hábitos, valores y expectativas, lo que hace que se pierdan grandes oportunidades para poder abordar las situaciones de salud de manera integral, de manera efectiva. El gran desafío del sistema de salud es cómo evitar ese desencuentro y cómo resolverlo para evitar que se produzcan barreras culturales en el acceso a la salud.

## 2.2 Desarrollo de sistemas sanitarios culturalmente sensibles:

### Desarrollo de sistemas sanitarios culturalmente sensibles



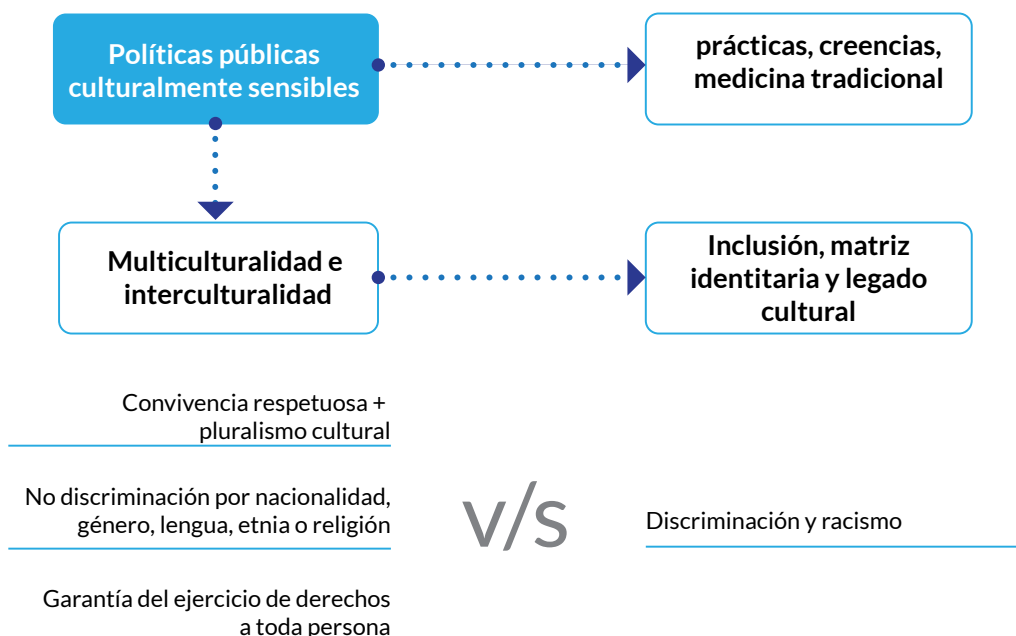
Los sistemas sanitarios culturalmente sensibles reconocen el concepto de diversidad cultural. El concepto de diversidad cultural en salud, permite evitar la desigualdad social; desigualdad social que se produce por la diferencia de prácticas culturales, de cosmovisiones, de creencias, que, al ser distintas a las mayoritarias, hace que se invisibilicen las prácticas de la población que no tiene este saber dominante. Por tanto, se generan desigualdades en resultados de salud, inequidad y desigualdad sociales, ya que se distribuyen de distintas formas en los resultados de salud. ¿Cómo se puede resolver esto y cómo se puede fomentar la diversidad cultural?

Primero, dentro de los sistemas de salud se ha visto que la mejor vía es la sensibilización y la capacitación de quienes conforman ese sistema y de quienes estructuran estos sistemas y de quienes los diseñan. Por tanto, si un sistema de salud tiene una perspectiva de diversidad cultural, va a poder facilitar los encuentros de los pueblos dentro de sus distintas características culturales y eso, va a generar como resultado la comprensión de la cultura, de las costumbres y el lenguaje. Así, se va a generar un trato paritario, respeto mutuo, sea cual sea el pueblo del que provenga la persona que se integra al sistema de salud. Un resultado concreto de esto que es muy importante para el sistema de salud, es que aumenta el acceso a los servicios y aumenta la adherencia. Por el contrario, cuando no existe la perspectiva de diversidad cultural, se genera más desigualdad social en la medida que disminuye el acceso y disminuye la adherencia.

3.

### *Sistemas culturalmente sensibles a través de políticas públicas:*

#### Sistemas culturalmente sensibles a través de políticas públicas



A continuación, nos enfocaremos en los sistemas culturalmente sensibles logrados a través de las políticas públicas. Como mencionamos anteriormente, es algo que se tiene que instalar en la lógica del diseño y la implementación, la planificación del sistema y la forma de hacerlo, es a través de la normativa de las políticas públicas. Primero, se reconoce este concepto de políticas públicas culturalmente sensibles, como aquellas que reconocen las prácticas, las creencias, la medicina tradicional y las incorporan en su diseño. Por tanto, tienen una perspectiva que puede ser de multiculturalidad, que es cuando reconocemos que en el territorio en donde diseñamos las acciones existen diversas culturas; o puede ser multicultural e intercultural, es decir, que se reconocen diversas culturas y se fomenta su intercambio, su diálogo, su encuentro. Esto genera, por tanto, resultados de inclusión de la población migrante, ya que se fomenta su matriz identitaria, entendiendo que la población se puede incluir en el territorio y a la vez puede conservar el legado cultural de su territorio de origen y las creencias que ha tenido su familia, su entorno. Las políticas públicas culturalmente sensibles fomentan la convivencia respetuosa, aumentan el pluralismo cultural, favorecen la no discriminación por nacionalidad, por género, por lengua, etnia o religión y, en concreto, garantizan el ejercicio del derecho a salud de toda persona, independiente del colectivo al cual pertenezca.

Por su otra parte, se ha visto y se ha constatado que los sistemas que no son culturalmente sensibles y en los cuales la diversidad cultural no es un tema que se instala desde la política pública, desde la normativa, tienen, como consecuencia, la presencia sistemática de la discriminación y el racismo. Entonces son dos vías con resultados distintos y esta es la relevancia de las políticas públicas culturalmente sensibles.

## 4. Políticas con perspectiva intercultural en la Región:

### 4.1 Iniciativas

#### Políticas con perspectiva intercultural en la región



A continuación, nos referiremos a políticas con perspectiva intercultural en la región de América Latina. En la revisión de literatura sobre políticas públicas en la región que realizamos, pudimos identificar 22 iniciativas, dentro de las cuáles la política pública se puede clasificar en diversos instrumentos. Estos instrumentos son: políticas, planes, programas, proyectos y acciones. Son cinco tipos de instrumentos distintos.

Así, hasta el año 2019 identificamos 22 iniciativas de política pública desarrolladas en la región; 18 en América del Sur, específicamente en Argentina (4), Brasil (4), Chile (7), Colombia (1), Ecuador (1) y Uruguay (1), y 3 en América Central, específicamente en Costa Rica (2), Honduras (1) y México (1). La mayoría corresponden a iniciativas de los gobiernos centrales (55%), luego de organismos descentralizados (27%) y en menor medida iniciativas lideradas por instituciones no gubernamentales como universidades y centros de salud (18%).

Se identificaron mayoritariamente iniciativas dirigidas a la capacitación de personal de salud y formación de estudiantes de la salud. Así también, se identificaron diversas iniciativas que consideran la dotación de servicios de salud con facilitadores culturales o intérpretes. Otras iniciativas declaran la entrega de servicios de salud con perspectiva intercultural. También, existen iniciativas dirigidas a la educación y difusión de una visión de salud intercultural entre la comunidad. Finalmente, se encontraron algunas iniciativas que buscan instalar una perspectiva intercultural en los procesos de planificación de los servicios y fomentar la participación de las comunidades migrantes en estos.

Observamos que la mayor parte de las iniciativas se generan desde el Gobierno central, pero de todos modos, es interesante observar que hay iniciativas que surgen desde los gobiernos locales, cuando quizás no hay suficientes desde el Gobierno Central o bien cuando se busca innovar, ofrecer otras perspectivas.

En cuanto a las características de estos instrumentos, hay instrumentos que están exclusivamente dirigidos a la salud de la población migrante y dentro de éstos van a ser incorporadas perspectivas interculturales; mientras que hay otros que tienen una sección puntual dentro de políticas que son más amplias. Así, solamente el 27% son instrumentos exclusivamente dirigidos a la salud de la población migrante con una perspectiva intercultural, mientras que la gran mayoría representa una sección de un instrumento de política pública más grande.

## 4.2 Dimensiones



¿Qué tipo de dimensiones podemos encontrar en estas políticas públicas desarrolladas en la región? Principalmente estas políticas fomentan o facilitan la capacitación de los equipos de salud, de los funcionarios de salud que ya están instalados en el sistema, en este ámbito encontramos 11 iniciativas. Por otra parte, 7 de esas políticas están dirigidas a la atención intercultural, a la dotación de nuevo personal que se forma con perspectiva intercultural. 6 políticas están dirigidas a la formación, 2 a fomentar la participación social y 2 a la planificación con una perspectiva intercultural. 1 de estas iniciativas dice relación con la educación, 1 con la difusión, 1 con la evaluación y 1 con el financiamiento.

Se puede observar como destaca la capacitación, como aquella característica que se puede ver más desarrollada dentro de todas las políticas. Por otra parte, destacan la educación, la difusión, la evaluación y el financiamiento, como aquellas características que se puede encontrar menos en las políticas.

Es necesario mencionar que en el análisis no se ha ubicado una dimensión en cada política o iniciativa, sino que una misma política, por ejemplo, puede desarrollar acciones que tributan a cuatro de estas dimensiones.

## 4.3 Ejemplos

### a) Argentina: Formación de profesionales en salud mental

- Argentina – Formación de profesionales en salud mental

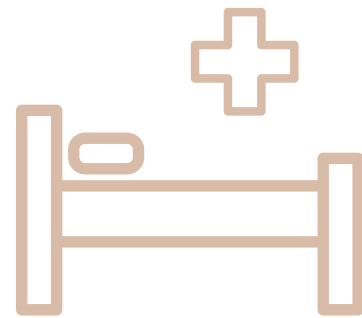
Diseño curricular – eje inclusión social – perspectiva intercultural.

Metas de aprendizaje – Experiencias de aprendizaje – Descriptores de logro.

formación



En el caso de Argentina, revisaremos los lineamientos que tributan a la dimensión de formación de profesionales en salud mental. Son lineamientos que están pensados para incidir en el diseño curricular de distintos profesionales que participan de procesos vinculados a la salud mental. Por lo tanto, se busca planificar o proponer lineamientos para incidir en el diseño curricular con un eje de inclusión social y dentro de la inclusión social, incluir la perspectiva intercultural. Estos lineamientos se organizan con metas de aprendizaje, con experiencias de aprendizaje y descriptores de logro. Dentro de estas metas de experiencias y descriptores, se propone la relevancia de que las personas que se forman en estos ámbitos reconozcan la perspectiva intercultural y que fomenten la identificación y el reconocimiento del saber popular y de las prácticas propias de los distintos pueblos; que faciliten el diálogo intercultural. Estos lineamientos se proponen a partir de una ley que plantea que debe haber nuevos diseños en todas las acciones de política pública que emerjan en el tema de la salud mental, en donde se piensa en esta dimensión particular en la formación.



## b) Brasil

---

- Brasil – Clínica intercultural

atención

capacitación

Proyecto de extensión universitario – atención psicológica para inmigrantes.

Actividades – atención, grupos de apoyo, grupos de acogida, capacitaciones red psicosocial.



### *Brasil: Clínica intercultural desarrollada desde un espacio local*

A continuación, compartiremos el caso de Brasil con una experiencia que tributa a las dimensiones de atención y capacitación. Se trata de una clínica intercultural que emerge como un proyecto de Extensión Universitaria, que está dirigido a la atención psicológica para migrantes y que propone distintas actividades. Lo interesante de esta clínica intercultural, es que este proyecto que surgió como Extensión Universitaria fue creciendo y logró generar esta clínica intercultural que propone actividades de atención directa con una perspectiva intercultural en salud mental.

Se trata de grupos de apoyo que reúnen a distintos actores de la sociedad civil, pero también actores políticos y actores de espacios religiosos que tienen mucha incidencia y pueden organizar respuestas de apoyo desde una perspectiva intercultural. Los grupos de acogida se componen de personas que diseñan espacios para las personas migrantes; para que se puedan encontrar y favorecer el rescate de prácticas culturales y la capacitación en la red psicosocial de atención con una perspectiva intercultural. Esto es interesante, porque desde un espacio local, se genera incidencia y sensibilización a la red de salud en general, a toda la red dirigida a la atención psicosocial.

## c) Chile: política de salud migrantes internacionales

---

- Chile – Política de salud de migrantes internacionales

capacitación

planificación

Objetivos específicos – lineamientos de acción – ejes de acción.

formación

evaluación

Desarrollo de estrategias de salud pertinentes (cultural, lingüística).

Diálogo intercultural + Sistema sensible (accesibilidad y aceptabilidad)

Transversalización enfoque intercultural en planificación.



En Chile, la experiencia que compartiremos se trata de un instrumento más complejo, porque es una política nacional, es la Política de Salud de Migrantes Internacionales. Esta política está estructurada en objetivos específicos, en lineamientos de acción y luego en ejes de acción, algunos de ellos relacionados con la interculturalidad. Así, existe un objetivo dirigido al desarrollo de estrategias de salud pertinentes, reconociendo las características particulares culturales y lingüísticas de la población migrante. También hay un objetivo pensado en el diálogo intercultural.

Adicionalmente encontramos un lineamiento de acción que se enfoca en el diálogo intercultural, que busca fomentar los sistemas sensibles, que piensa en la accesibilidad, es decir, en las distintas características que debe tener el sistema, para que la población migrante puede acceder. En este ámbito, uno de los elementos fundamentales es la capacitación del personal en materia de interculturalidad y otro es la aceptabilidad, la aceptabilidad de la atención y para eso en la política se propone la formación de intérpretes y mediadores interculturales.

Por otra parte, encontramos la transversalización del enfoque intercultural en la planificación del sistema de salud. En este ámbito, se reconoce un elemento como la planificación, desde una perspectiva intercultural. También se propone la evaluación de las prácticas del sistema, a modo de autoevaluación, desde una perspectiva intercultural, a través de un instrumento medible. Por tanto, existe una política dirigida particularmente a la salud de la población migrante, que tiene que responder a estas cuatro dimensiones: Capacitación, formación, planificación y evaluación.

Al ser una política un instrumento amplio, tiene aún el desafío de incorporar elementos más prácticos, que permitan revisar cómo se han implementado estos distintos lineamientos.

#### d) Costa Rica: política nacional para una sociedad libre de racismo

- Costa Rica – Política nacional para una sociedad libre de racismo

Enfoque: interculturalidad.

Eje temático: Derecho a la salud y a la seguridad social.

Lineamiento: Modelo intercultural en salud integrado y culturalmente sensible.

Objetivo específico: pertinencia cultural y respeto a las particularidades.

atención



En Costa Rica, expondremos el caso de una política más amplia que la anterior, pues no es específica del ámbito de la salud, sino que se trata de una política nacional, para promover una sociedad libre de racismo. Esta política está estructurada en enfoques sistemáticos, lineamientos y objetivos específicos. Dentro de los conceptos que inspiran la política, encontramos la noción de interculturalidad. Adicionalmente, uno de sus ejes temáticos es el derecho a la salud y a la Seguridad Social, y aquí encontramos un lineamiento que tiene que ver con cómo instalar un modelo intercultural en salud, integrado y culturalmente sensible. Por otra parte, dentro de los objetivos específicos encontramos la pertinencia cultural y el respeto a las particularidades, a las características específicas de trasfondo cultural, que pueda tener la población migrante que recibe atención en salud y, por tanto, está dirigido principalmente a la dimensión de atención.



e) México: programa especial de migración que tiene una sección referida al tema.

- México – Programa especial de migración

Objetivos: Integración y reintegración

Estrategias: Salud integral con criterios diferenciados

Líneas de acción: Enlaces comunitarios con pertinencia cultural y lingüística

Atención intercultural y lingüística

formación

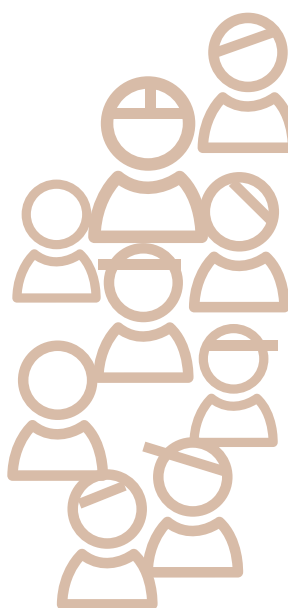
participación

atención



En el caso de México, encontramos un instrumento, que es el programa especial de migración. Este programa tiene objetivos, estrategias y lineamientos de acción en su diseño. Dentro de los objetivos, podemos reconocer un objetivo de integración y reintegración de la población migrante, aquella población migrante que pasa por México, que llega a México o aquella población que se fue y retorna al país. Se debe recordar que México es un lugar de mucho tránsito de población migrante, por lo tanto, hay acciones dirigidas a la integración y a la reintegración. Una de las estrategias que propone el plan, es la salud integral con criterios diferenciados en lo cultural. En términos de lineamientos de acción, contiene un lineamiento que está centrado en la formación de enlaces comunitarios con pertinencia cultural y lingüística. Con esto se busca favorecer la atención intercultural y lingüística.

Consideramos importante mencionar esta iniciativa, porque presenta la perspectiva de la participación social desde la salud, con la formación de los enlaces comunitarios. Esta experiencia tributa a las dimensiones de formación, participación y atención.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Larenas Rosa, D (2021) Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes internacionales en América Latina. En Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo. Páginas 211-230 <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/435>
- Zapata Barrero, R. (2015), Exploring the foundations of the intercultural policy paradigm : a comprehensive approach . Identities , Vol. 23 (2). doi : 10.1080/1070289X.2015.1006523
- Arocena F, Sobottka EA. Diversidad cultural en América Latina. Civ Rev Ciênc Sociais. 2017 Aug 23;17(2):205.

## ESTUDIO DE CASO:

### Mapa de políticas con perspectiva intercultural en América Latina

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- En América Latina se han desarrollado diversas iniciativas de políticas públicas dirigidas a la salud de migrantes internacionales con una aproximación intercultural.
- La mayor parte de las iniciativas están dirigidas a sensibilización, capacitación y formación del personal de salud y de estudiantes

#### Descripción narrativa del caso

- 13 países conforman América del Sur y 8 países América Central. De acuerdo a la OIM el año 2019 en América Latina habitaban 10,1 millones de migrantes internacionales.
- El mismo año, la CEPAL daba cuenta del cambio de perfil migratorio en la región. Países que históricamente fueron emisores, pasaron a tener perfiles receptores.
- La región es poseedora de una gran diversidad cultural, dado el importante número de colectivos que habitan en ella, dotándola de una heterogeneidad de cosmovisiones, lenguas y costumbres.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

La población migrante se ha enfrentado constantemente a barreras culturales en distintos aspectos relacionados a la búsqueda y obtención de servicios de salud, lo que ha limitado su ejercicio del derecho a la salud. Características y prácticas de los prestadores de salud tales como negar saberes distintos al modelo biomédico, la verticalidad en la atención, la ausencia u obstaculización de la entrega de servicios de intermediación lingüística, la falta de competencia cultural y de trato empático y sensible, son algunas de las barreras culturales identificadas.

## Atención recibida por el caso (atención, orientación, dentro del sistema de salud y/o fuera – comunitario; otro)

Los países de América Latina se han visto desafiados a revisar y rediseñar sus sistemas de salud, de manera que sean culturalmente sensibles e inclusivos con los diversos colectivos. De esta manera, se pueden identificar distintas iniciativas con perspectiva intercultural dirigidas a favorecer la salud de migrantes internacionales desarrolladas en la región.

Hasta el año 2019 identificamos 22 iniciativas de política pública desarrolladas en la región; 18 en América del Sur, específicamente en Argentina (4), Brasil (4), Chile (7), Colombia (1), Ecuador (1) y Uruguay (1), y 3 en América Central, específicamente en Costa Rica (2), Honduras (1) y México (1). La mayoría corresponden a iniciativas de los gobiernos centrales (55%), luego de organismos descentralizados (27%) y en menor medida iniciativas lideradas por instituciones no gubernamentales como universidades y centros de salud (18%).

Se identificaron mayoritariamente iniciativas dirigidas a la capacitación de personal de salud y formación de estudiantes de la salud. Así también, se identificaron diversas iniciativas que consideran la dotación de servicios de salud con facilitadores culturales o intérpretes. Otras iniciativas declaran la entrega de servicios de salud con perspectiva intercultural. También, existen iniciativas dirigidas a la educación y difusión de una visión de salud intercultural entre la comunidad. Finalmente, se encontraron algunas iniciativas que buscan instalar una perspectiva intercultural en los procesos de planificación de los servicios y fomentar la participación de las comunidades migrantes en estos.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

### Fortalezas:

- En América Latina se han desarrollado diversas iniciativas de políticas públicas dirigidas a la salud de migrantes internacionales con una aproximación intercultural, lo que es un aspecto fundamental para la construcción de sistemas de salud culturalmente sensibles.

### Desafíos:

- La gran mayoría de las iniciativas se encuentran como una sección específica de un instrumento de política pública no dirigido exclusivamente al desarrollo de una perspectiva intercultural. Es importante que se desarrollen instrumentos que aborden el tema con profundidad, destinando recursos y desplegando una diversidad de actividades que favorezcan la construcción de sistemas culturalmente sensibles.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

### Recomendaciones:

- Establecer una perspectiva intercultural en salud dirigida a migrantes internacionales desde una política pública de alcance nacional que incluya a distintos sectores del Estado.
- Desarrollar programas de formación y capacitación en interculturalidad para el recurso humano en salud, así como formación de mediadores interculturales en salud.
- Facilitar la participación de las comunidades migrantes en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas que favorezcan una perspectiva intercultural en salud.

### Referencias:

---

Larenas Rosa, D (2021) Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes internacionales en América Latina. En Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo.



# Política de salud de migrantes en Chile

Autor: Daniel Molina

## CAPÍTULO

# 11

En este capítulo conocerás las implicancias de los lineamientos de la Política de Salud de migrantes internacionales en la atención de salud de personas migrantes en las redes asistencias y aprenderás a identificar brechas. Todo esto te será de utilidad para poder proponer y ejecutar estrategias para disminuir las barreras de acceso a la atención de salud de personas migrantes en el marco de los lineamientos de la Política de Salud de Migrantes Internacionales.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

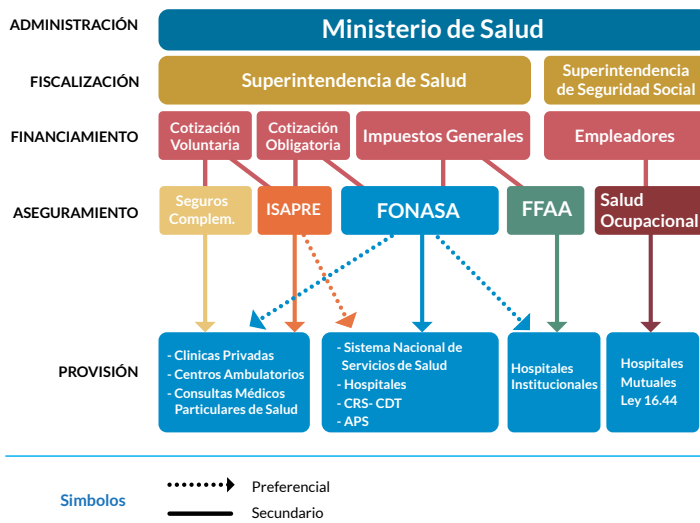
¿Conoces la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud?

¿Cuáles son los derechos que tienen las personas migrantes en el sistema de salud?

¿Cuáles son los principales problemas de las personas migrantes en el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad?

# 1. ¿Cómo funciona el sistema de salud en Chile?

El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, que se denomina FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, y uno privado denominado ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional.



Vemos en la imagen como las distintas instituciones tienen roles diferenciados. Por una parte, el Ministerio de Salud que está a cargo de la administración del sistema. Por otro lado, están la superintendencia de salud y la superintendencia de seguridad social, que tienen la labor de fiscalizar, sobre todo en la temática del régimen de licencia médica.

En un tercer nivel se encuentra el financiamiento, que puede ser por aporte estatal, por los aportes de los cotizantes que realizan la cotización legal o voluntaria.

También puede ser por gasto privado de las personas o por financiamiento de las empresas, con una cotización variable. En un cuarto nivel encontramos el aseguramiento, que es responsabilidad de Fonasa, de las Isapres, de las Fuerzas Armadas y de las mutuales.

Por último, la provisión de servicios o la provisión de atención está a cargo de los hospitales de las Fuerzas Armadas, los hospitales de la red pública, los centros de salud de la red pública, los prestadores privados y también los hospitales de las mutuales.

En FONASA existen 4 grupos de clasificación diferenciados por letras. La diferenciación se produce de acuerdo al nivel de ingreso del usuario/a. Letra A: Son consideradas en este grupo las personas indigentes o carentes de recursos y los causantes de subsidio único familiar, por lo que se atienden de manera gratuita en Hospitales y Consultorios públicos. Letra B: ingreso igual o inferior al sueldo mínimo. Letras C y D de acuerdo a ingresos progresivos superiores al sueldo mínimo.



## En FONASA existen 4 grupos de clasificación

A

Son consideradas en este grupo las personas carentes de recursos y los causantes de subsidio único familiar, por lo que se atienden de manera gratuita en Hospitales y Consultorios públicos.



B

Son consideradas en este grupo las personas cuyo Ingreso Imponible Mensual sea menor o igual a \$400.000 y las personas beneficiarias de Pensiones Básicas Solidarias, por lo que se atienden de manera gratuita en Hospitales y Consultorios públicos.



C

Son consideradas en este grupo las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$400.000 y menor o igual a \$584.000, por lo que pagan un 10% del arancel en Hospitales públicos.



Con 3 o más cargas familiares, pasará al grupo B.

D

Son consideradas en este grupo las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$584.000, por lo que pagan un 20% del arancel en Hospitales públicos.



Con 3 o más cargas familiares, pasará al grupo C

También es importante señalar que en Fonasa existen dos modalidades de atención. Por una parte, la modalidad de atención institucional (MAI), donde las prestaciones de salud se otorgan a los beneficiarios en los establecimientos públicos que conforman la red asistencial que incluye postas de salud rural, consultorios, hospitales, centros especializados y la red de urgencia. Por otra parte, existe la modalidad libre elección (MLE) que permite, además de la

atención en el sistema público, la atención con profesionales y establecimientos privados en convenio con FONASA. Bajo esta modalidad pueden atenderse las personas de los grupos B, C y D. Para ello, pueden acceder a la compra de un bono de atención cuyo valor está relacionado con el nivel de inscripción del profesional o establecimiento donde se realiza la atención y que puede ser nivel 1, nivel 2 nivel o nivel 3.

### Modalidad de Atención Institucional (MAI)



En esta modalidad, las prestaciones de salud se otorgan a los beneficiarios en los establecimientos públicos que conforman la red asistencial:

- CESFAM (Centros de Salud Familiar)
- SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia)
- C.R.S. (Centros de Referencia de Salud) .C.D.T. (Centros de Diagnóstico Terapéutico)
- Hospitales Públicos

### Modalidad Libre Elección (MLE)



#### ¿Quiénes pueden atenderse en esta modalidad?

Pueden atenderse en esta modalidad las personas de los grupos B, C y D. Para ello pueden acceder a la compra de un Bono de atención.

#### ¿Cuál es el valor de ese Bono de atención?

El valor de la atención está relacionado con el nivel de inscripción del profesional o establecimiento donde se realiza la atención y que puede ser Nivel 1, 2 y 3.

## 2. Población migrante en el sistema público de salud:

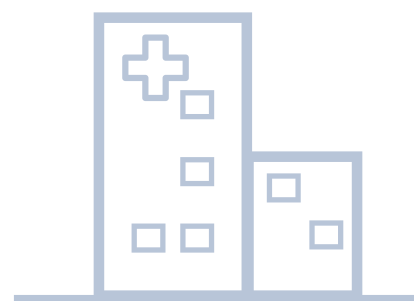
¿Cuál es la magnitud de la migración en el sistema público de salud?

La última actualización de Fonasa, con corte al 31 de Diciembre del 2021, da cuenta que el 8% de su población beneficiaria son extranjeros, esto es 1.195.967 personas.

Como se puede observar en la lámina en los gráficos del centro, el de arriba corresponde a población nacional y el de abajo a población extranjera. Al observar los gráficos se puede constatar la diferencia en la conformación de los grupos etarios entre chilenos y extranjeros. Se puede apreciar que la población chilena es más envejecida que la extranjera. La población extranjera tiene una concentración entre los 25 y 39 años, es decir, plena edad productiva y fértil, lo que nos plantea grandes desafíos desde la demanda de salud.

En cuanto a los tramos, podemos observar cómo la población chilena se concentra claramente en el tramo de la letra B, seguido bastante más lejos por el D y el A. En población extranjera, en cambio, la distribución es bastante más homogénea, podríamos decir, llamando la atención que el principal tramo es el B, seguido por el D.

Esto demuestra que es falsa la creencia generalizada de que la mayoría de las personas migrantes estaría en el tramo A, como carentes de recursos o indigentes. En este sentido es importante resaltar que también es falsa la creencia de que la mayoría de las personas migrantes están en situación migratoria irregular en nuestro país. Lo cierto es que los migrantes están generando ingresos y están pagando sus cotizaciones al día. Eso es siempre importante recalcarlo, porque ayuda a derribar algunos mitos.



### 3. *Política de salud de migrantes internacionales:*

En Chile, todas las personas que residen en el país tienen acceso a la atención de salud, sin importar su origen étnico, nacionalidad o situación migratoria. Así, las personas migrantes sin permisos de residencia o indocumentadas y que sean carentes de recursos, pueden acceder en forma gratuita a todas las prestaciones de la red pública de salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Los establecimientos de salud pública a los que se puede acceder son todos aquellos centros de salud primaria (CESFAM o Consultorio), servicios de urgencia, postas y hospitales públicos (por tanto, se excluyen clínicas, centros médicos, laboratorios y consultas médicas privadas). En este sentido, las personas migrantes en situación migratoria regular tienen acceso al sistema de salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Por su parte, las personas migrantes en situación migratoria irregular (que carecen de documentos o permisos de residencia) y que sean carentes de recursos, pueden ser consideradas beneficiarias del Régimen de Prestaciones de Salud, en Tramo A de FONASA.

En nuestro país, existen tres grandes hitos en la historia de la adecuación normativa y en el desarrollo de la temática de salud y migración en el Ministerio de salud. Uno de ellos, es la publicación de la política de salud de migrantes internacionales en 2017, cuyo propósito es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales con equidad, enmarcado en el enfoque de Derechos Humanos. La política está disponible en la web para descargar y revisar.

En la política de salud de migrantes internacionales, encontrarán en el marco conceptual, los enfoques y principios rectores. Un aspecto que destacar es el último capítulo sobre los lineamientos estratégicos, ya que brinda directrices a los equipos de salud para que puedan planificar acciones en su territorio. Dentro de éstos, es importante destacar la transversalización de la salud de los migrantes internacionales en todos los programas, subprogramas, intervenciones, estrategia de salud. En este sentido, no se busca fragmentar ni segmentar. No se trata de implementar un programa específico de salud para la población migrante vulnerable, por ejemplo, las embarazadas o los niños, niñas y adolescentes. Lo que se pretende es evitar que se formen guetos o grupos separados del equipo de salud general.



El segundo de los hitos antes mencionados es el decreto 67 y la circular N° 4. El decreto 67 otorga protección financiera en las prestaciones de salud a las personas migrantes sin permiso de residencia o indocumentadas y que sean carentes de recursos, asignándoles un número de identificación provisoria de Fonasa en el tramo A. A esto muchos le llaman un run provisoria de Fonasa, pero es un error porque el número que se asigna no es un run, sino un número de identificación provisoria para modalidad institucional. Para acceder a esta protección financiera, los migrantes deben acercarse al Cesfam y hacer el trámite con el calificador de derechos. Si no se cuenta con documentos de identificación o no se puede comprobar domicilio, se derivará a un trabajador social, quien emitirá un informe social. Este informe debe adjuntarse al formulario de carencia de recurso. Esta información envía a un correo de Fonasa, institución que emitirá -previa revisión de los antecedentes- este número de identificación provisoria.



Para conocer en mayores detalles el procedimiento, se sugiere leer la circular A1504 del año 2016. Es importante destacar que para acceder a este beneficio no se requiere ni tarjeta de PDI ni comprobante de solicitud de permanencia transitoria, ni ningún otro documento. Sólo se exige lo que establece la circular.

El tercer hito es la implementación del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes en la Atención Primaria. A este programa se le conoce comúnmente como programa migrante. Se trata de un programa de refuerzo para aquellas comunas que tienen mayores indicadores de población migrante vulnerable. Su objetivo es implementar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso en la atención, prevención y promoción de la salud que afecta a la población migrante, en especial la más vulnerable.

La evaluación que se ha hecho de este programa ha sido bastante positiva, ha habido mejoras sustanciales en el acceso a salud y ésta es una percepción que comparte la comunidad migrante. Así, se ha producido una sensibilización de funcionarios del sistema de salud, y se ha llevado a cabo una capacitación permanente, por un lado, en relación a la normativa vigente y, por otro lado, en temáticas que tienen que ver con la no discriminación, el enfoque de interculturalidad en salud, pertinencia cultural y no al estigma, entre otras materias. El programa también ha permitido el desarrollo de diagnósticos participativos con participación de la comunidad migrante. Adicionalmente, el programa ha permitido la gradual implementación de la figura del facilitador intercultural. De acuerdo al último levantamiento de información, en el año 2019 contábamos con 104 facilitadores interculturales a lo largo de todo el país, el 80% trabaja en la APS y un 20% en Hospitales. Actualmente se está trabajando en una actualización de este catastro.

Es importante señalar que ha habido una mejora en los sistemas de registro, principalmente sobre la variable nacionalidad y país de origen. De todas formas, aún se percibe que existe sub registro, por lo que no obstante los avances, se debe seguir trabajando en la materia de registros.

## 4. *Desafíos*

Es necesario comprender que los desafíos son siempre permanentes y, al mismo tiempo, dinámicos, porque la movilidad humana es así, no siempre es predecible, es multicausal y cambiante. Por tanto, se requiere de una adaptación permanente. Es importante recordar que actualmente contamos con un nuevo cuerpo legal, existe una nueva Ley de Extranjería y migración, por lo que es necesario adaptarse a esta nueva normativa y a la nueva institucionalidad. Esto, ya que el Departamento de Extranjería y Migración ahora ha pasado a ser el Servicio Nacional de Migraciones (SNM). También es necesaria una adaptación a las nuevas demandas integrales y los nuevos perfiles de inmigrantes. Hemos pesquisado que el perfil de las personas que ingresan al sistema de salud es cada vez más amplio, adultos mayores, crónicos, descompensados, personas con multimorbilidad, problemas de salud mental severo, situaciones de violencia de género, niños, niñas y adolescentes no acompañados por sus padres o por adultos responsables.

Adicionalmente hemos atendido casos de embarazadas adolescentes, es decir, existe un abanico diverso de personas migrantes traspasando las fronteras que no estábamos acostumbrados a ver. Por otra parte, se requiere de una adaptación a un cambiante escenario global: movilidad por cambio climático, por crisis sociales y políticas. Esto devela la necesidad de coordinación internacional o regional en el contexto latinoamericano, ya que hay cada vez una mayor diversidad de causas por las cuales las personas se mueven, que incluyen la inseguridad, la violencia, la dificultad para acceder a servicios básicos o la escasez económica. También crisis sanitaria como la que hemos vivido, crisis sociales, económicas, entre otras.

Es necesario, entonces, hacer una revisión del del programa, una actualización de sus componentes, sus productos esperados, sus indicadores y esta es una revisión que se debe realizar con los equipos locales de salud, dado que cuando se gestó este programa había otro contexto en Chile. Nuestro país ya no es el mismo que hace 10 años atrás o hace 5 años atrás. Por tanto, debemos adaptarnos al nuevo contexto. Es necesario, también, revisar la figura del facilitador. Hoy estamos transitando hacia un nuevo rol de esta figura, ya estamos denominándolo mediador intercultural y tenemos que ver cómo avanzamos en cuanto a su formalización dentro del equipo de salud, pero también en cuanto a su formación. Se debe propender a una línea base de formación y de competencia y debemos trabajar para eso.

Como se señaló anteriormente, se está trabajando en la actualización del catastro y se espera contar con esa información y transmitirla a toda la red asistencial, cuando esté en sus conclusiones.

También se debe seguir trabajando en el aumento y mejora en la formación a los funcionarios de salud y también en iniciativas a grupos específicos. Sin embargo, es necesario que estas iniciativas no se desmarquen de la integralidad de la atención de salud centrada en las personas. Los grupos específicos a los que se hace referencia son grupos en los que existe inequidad en el acceso sistema de atención como, por ejemplo, víctimas de violencia de género o víctimas de tráfico ilícito de migrantes o de trata de personas.



## Desafíos

---

Adaptación con nueva política migratoria y nueva institucionalidad (SNM).

---

Adaptación a nuevas demandas (integrales) y nuevos perfiles.

---

Adaptación a un cambiante escenario global (movilidad por cambio climático, crisis sociales, políticas, coordinación internacional).

---

Revisión del Programa. Actualización  
(Componentes, productos esperados, indicadores).

---

Revisión figura del Facilitador/Mediador Intercultural.

---

Aumento y mejora en la formación a los funcionarios de salud.

---

Iniciativas a grupos específicos.

---

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de Salud. 2017.
- Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes. Ministerio de Salud. 2022.
- Decreto N67. Ministerio de Salud. 2016.
- Circular N A 15/04. Ministerio de Salud. 2016.

## ESTUDIO DE CASO:

---

### Gestión de casos complejos en la red asistencial

---

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Acceso a la salud a personas migrantes en situación irregular
- Determinantes Sociales de la Salud
- Atención de salud con pertinencia cultural.

#### Descripción narrativa del caso

Ariel es un joven venezolano de 25 años que ingresó por paso no habilitado al país hace 9 meses, junto a su esposa e hija de 8 años. Salió de su país para resguardar su vida y asegurar la subsistencia de su familia. En Venezuela se desempeñaba como técnico mecánico automotriz hasta que comenzó a ser acosado por una banda delictual para suministrar vehículos a ser utilizados en la comisión de diversos delitos. Como se negó a esta solicitud, empezó a recibir diversas amenazas a su integridad física. Cuando éstas se extendieron a su familia, y considerando la crítica situación económica y social que estaban viviendo hace años, Ariel decidió planificar el éxodo de su familia hacia el sur del continente con un destino no definido aún, pero con Perú o Chile como los puntos de llegada más probables en su mente.

Luego de salir a Colombia, continuaron su trayecto por Ecuador, Perú y Bolivia por un periodo de 2 meses viviendo serias dificultades de alimentación, alojamiento y transporte. Durante el trayecto recibieron información de que a pesar de que en el último tiempo el ambiente estaba hostil para las personas migrantes, Chile seguía siendo una buena opción para asentarse y asegurar un mejor futuro para su hija.

Luego de establecerse en Antofagasta, Ariel consiguió trabajo como repartidor de comida rápida lo que le permitió comenzar a arrendar una mediagua de material ligero en un campamento en la salida de la ciudad. Sin suministro de agua potable ni alcantarillado. El acceso a electricidad es a través de una conexión ilegal sin ninguna regulación técnica, en un sector de viviendas precarias con material altamente inflamable.

En un día de trabajo Ariel sufrió un grave accidente de tránsito en su moto. Pese a no contar con RUN, recibió atención de urgencia en el Hospital. A pesar de los esfuerzos del equipo médico, lamentablemente recibió amputación de su pierna izquierda. Debido a que no fue posible definir su situación contractual (probablemente estaba usando la identidad y cupo de otro compatriota), no fue posible activar el seguro de accidentes laborales. Una vez superada la urgencia vital, Ariel se mantuvo hospitalizado en el Hospital regional. Por no contar con previsión de salud, le hicieron firmar un pagaré lo que fue generando una deuda día tras día.

Por indicios de algunas complicaciones y considerando el largo proceso de rehabilitación que va a requerir, fue derivado a Santiago al Instituto Nacional de Rehabilitación. Este traslado se vio dificultado en varias oportunidades ya que en los sistemas no figuraba como beneficiario Fonasa. El Hospital tampoco contaba con la figura del “Calificador/a de Derechos” para que evaluara su situación.

Luego de una intervención de una Organización de Migrantes que fue presencialmente a interponer un reclamo en el Servicio de Salud, la situación se pudo resolver con la sucursal zonal de Fonasa. Pero se perdieron valiosas semanas en su necesidad de rehabilitación especializada.

Luego de 4 días desde su traslado efectivo, su esposa no ha sabido nada de su marido, de su estado de salud, de su evolución, ni del tiempo que permanecerá en Santiago.

La angustia de ella aumenta cada día, dado que, junto con la muy escasa información sobre Ariel, no cuenta con recursos para continuar cubriendo la alimentación, arriendo y otros gastos de manutención de ella y su hija. Ya lleva 1 semana con insomnio. Durante el día su ánimo es muy variable, lábil emocionalmente y sin apetito. Está siendo irritable con su hija, la que, al no estar yendo al colegio, se encuentra todo el día en casa extrañando mucho a su padre.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

- Atención de salud oportuna y de calidad con pertinencia cultural.
- No discriminación.
- Sistema de salud sensible a las personas migrantes.
- Procesos clínico-asistenciales vs procesos administrativos.
- Apoyo psicosocial.
- Trabajo intersectorial (apoyo social, económico, laboral, etc.).

## Atención recibida por el caso

- Atención de urgencia.
- Cirugía de trauma.
- Rehabilitación.
- Orientación en acceso salud (No).
- Intervención psicosocial a paciente y familia (No).
- Apoyo social (No).
- ¿Otros?

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

### Problemas:

---

- Barreras de acceso en cuanto a cobertura en salud.
- Falta de acogida y orientación en salud.
- Gestión tardía de NIP con sus implicancias en la evolución de la salud del paciente.
- Procesos administrativos por sobre la atención de salud.
- No respeto al derecho de información en salud (Ley de Deberes y Derechos).
- Ausencia de atención en salud mental.

### Aspectos positivos:

---

- Atención de urgencia.
- Derivación a servicios de especialidad a centros de referencia nacional (articulación de macrozonas).

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Formación al personal de salud en cuanto a:

- Normativa de acceso a la atención de salud a personas migrantes.
- Sensibilización al personal de salud sobre enfoque intercultural, respeto a derechos humanos y atención de salud sin estigma ni discriminación.
- Gestión integral de casos complejos en contexto de migración.
- Abordaje sectorial e intersectorial de casos en contexto de migración.



# *Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes*

Autora: Báltica Cabieses

## **CAPÍTULO**

# 12

Al finalizar este capítulo conocerás la evidencia científica disponible en la actualidad sobre interculturalidad en salud, con foco en mediación intercultural en la atención de salud a migrantes. Esta información te permitirá planificar y realizar tu trabajo sustentado en el saber actualizado.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cómo se define la mediación?

¿Qué evidencia hay sobre mediación intercultural en salud y con grupos migrantes en particular?

## 1.

## Definiciones de interculturalidad en salud. Revisión de literatura científica 2020:

Para empezar, quisiéramos presentar una tabla de definiciones de interculturalidad en salud que realizamos a partir de una revisión de literatura científica que como equipo de investigación del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD hemos realizado en el año 2020 y que fue publicado en un libro sobre interculturalidad en salud para personas migrantes de descarga gratuita y que aparece en el link que está abajo en esta lámina.

**Tabla 4: Definiciones de interculturalidad en salud.** Revisión de literatura científica 2020.

Autor	País	Metodología	Definición
Bermejo, 2001	Alemania	Estudio transversal	La interculturalidad considera clave el concepto de sensibilidad cultural en la comprensión de las enfermedades y en la valoración clínica y cultural de la atención al usuario
Sarmiento, 2011	México	Ensayo Clínico	La interculturalidad implica reconocer diferentes características de la atención en salud, consciencia de los encuentros y diálogos, que se potencian a través de la educación médica diversa culturalmente
Van Loon, 2011	Holanda	Caso y control	La interculturalidad se basa en la conciencia de las nociones de salud y enfermedad, contando con una capacitación para la atención y la interpretación de las expectativas de los usuarios.
Jain, 2013	Estados Unidos	Caso y control	La interculturalidad integra la capacidad de los interactuantes para transformarse no solo afectivamente sino también cognitiva y conductualmente, en un proceso que no es lineal.
McCalman, 2016	Canadá	Caso y control	La interculturalidad en salud fomenta la relación cercana con un profesional de salud en la toma de decisiones, una correcta comunicación, flexibilidad y capacidad de respuesta en la terapia de salud

<https://repositorio.udd.cl/handle/e/11447/4357>

De las definiciones de interculturalidad expuestas, a partir de artículos científicos disponibles en el mundo, se puede encontrar, por ejemplo, que la interculturalidad se considera clave para el concepto de sensibilidad cultural en la comprensión de enfermedades y en la valoración clínica y cultural de la atención al usuario. También, implica reconocer diferentes características de la atención en salud, consciencia de los encuentros y diálogos que se tienen con las personas migrantes y que se potencian a través de la educación médica diversa culturalmente.

Adicionalmente, la interculturalidad se basa en la conciencia de las nociones de salud y enfermedad, contando con una capacitación para la atención y la interpretación de las expectativas de los usuarios/as. Así, existen autores que indican que la interculturalidad integra la capacidad de los interactuantes para transformarse. El rol de la transformación es muy importante, no sólo afectivamente en términos de empatía, de encuentro humano, de sensibilidad al otro, sino que también cognitiva y conductualmente, en un proceso que no es lineal. Por último, se declara que la interculturalidad en salud fomenta la relación cercana con un profesional de la salud en la toma de decisiones, una correcta comunicación, flexibilidad y capacidad de respuesta en la terapia de salud.

## 2. *El rol de la comunicación e el encuentro intercultural. Revisión de literatura científica 2020:*

Una cosa importante en la literatura internacional, referida interculturalidad de salud con población, tiene que ver con la comunicación entre el trabajador de salud y el usuario/a. En este sentido, también hay literatura sobre el rol de la comunicación en el encuentro intercultural. De esta manera, se dice que la atención de salud al usuario/a, se ve obstaculizada por barreras de comunicación. Esto, porque en su formación, los profesionales de salud no adquieren entrenamiento para la comunicación efectiva. También se señala que el médico y el paciente deben intercambiar las percepciones de cada uno sobre la enfermedad que cursa el paciente, para una mejor comunicación.

**Tabla 5: El rol de la comunicación en el encuentro intercultural.**  
Revisión de literatura científica 2020.

Autor	País	Hallazgos
Kron F, 2017	Estados Unidos	La atención de salud al usuario se ve obstaculizada por las barreras de la comunicación que no adquieren los profesionales de la salud en su formación.
Harmsen H, 2005	Holanda	El médico y el paciente deben intercambiar las percepciones de cada uno sobre la enfermedad que cursa el paciente.
Bhui K, 2011	Inglaterra	Una falla en las comunicaciones terapéuticas puede explicar la menor satisfacción del usuario, la desconexión de los servicios y las variaciones étnicas en el acceso a una atención de salud
Sarmiento I, 2013	México	La comunicación usuario y personal de salud es relevante, pero en paralelo se debe mejorar la comunicación interna entre estos últimos para un encuentro cultural efectivo.
Bermejo L, 2013	Alemania	Las barreras de comunicación y habilidades del lenguaje influyen de manera directa en conjunto con factores socioculturales de los migrantes en la atención de salud.

<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>

Se señala que una falla en las comunicaciones terapéuticas puede explicar la menor satisfacción del usuario, la desconexión con los servicios y las variaciones étnicas en el acceso a una atención de salud, desde una perspectiva de desempeño de los sistemas. La comunicación usuario y personal de salud es relevante, pero en paralelo se debe mejorar la comunicación interna entre estos últimos para un encuentro intercultural efectivo, es decir, el personal de salud también tiene que fortalecer su comunicación al interior de su equipo. Y por último, las barreras de comunicación y habilidades de lenguaje influyen de manera directa, en conjunto con factores socioculturales de los migrantes, en la percepción de la atención de salud.

La salud con enfoque intercultural hacia poblaciones migrantes y la comunicación en dicho encuentro son esenciales, no sólo para que la adherencia de los migrantes y las comunidades migrantes al sistema de salud, sino que también para el desempeño y cumplimiento de metas sanitarias y también para la percepción de calidad y satisfacción de parte de migrantes que lo utilizan. De manera general, se puede decir que existen importantes necesidades de formación experta en materia migratoria para construir sistemas de salud sensibles y pertinentes a los procesos migratorios. Esto se conoce en la literatura internacional como sensibilidad de los sistemas de salud a la población migrante del inglés “Health systems awareness in health of migrants”.

En este sentido, los profesionales y los establecimientos de salud deben estar preparados y capacitados en habilidades interculturales, para promover una atención digna y de calidad para los migrantes internacionales en Chile y en cualquier país del mundo. ¿Cómo podemos avanzar para lograr esto?

### 3.

## *Cuerpo de conocimiento sobre competencias esenciales en salud y migración para trabajadores de la salud, desarrollado por la oms:*

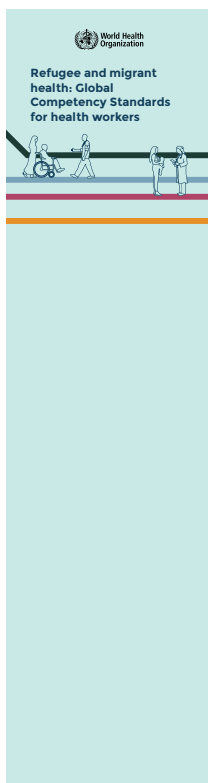
Reconociendo que hay evidencias de los desafíos y de la importancia del encuentro intercultural en salud hacia poblaciones migrantes para una atención de calidad y efectiva, la OMS ha desarrollado recientemente un cuerpo de conocimiento sobre competencias esenciales en salud y migración, para trabajadores de la salud.

La OMS ha desarrollado recientemente un cuerpo de conocimiento sobre competencias esenciales en salud y migración para trabajadores de salud:



En la lámina, pueden encontrar cuatro portadas de cuatro documentos muy interesantes sobre: estándares globales de competencia de trabajadores de la salud; revisión de literatura sobre las necesidades de salud más frecuentes de migrantes y refugiados; una guía de conocimiento para apoyar la operacionalización de las competencias globales esenciales de trabajadores de la salud hacia poblaciones migrantes; y una guía curricular para apoyar la operacionalización de estándares de competencia global de trabajadores de salud para poblaciones migrantes. Las láminas que presentaremos a continuación contienen algunos textos en inglés puesto que están tomadas de manera exacta de los documentos antes señalados, que son de libre acceso por la web. En el documento sobre estándares globales de competencia para trabajadores de la salud en la atención de salud de migrantes y refugiados, aparecen una serie de estándares muy interesantes y esenciales. Estos estándares están organizados en distintos dominios.

## Refugee and migrant health: Global Competency Standards for health workers



### **Domain 1: people-centredness**

Competency standard 1: provides people-centred health care to refugees and migrants

Competency standard 2: promotes the agency of refugees and migrants at individual and community levels

### **Domain 2: communication**

Competency standard 3: engages safe and appropriate aids to meet language and communication needs of refugees and migrants

Competency standard 4: supports refugees and migrants to understand information about their health care

### **Domain 3: collaboration**

Competency standard 5: engages in collaborative practice to promote the health of refugees and migrants  
Competency standard 6: responds to migration- and displacement-related surges in demand for services

### **Domain 4: evidence-informed practice**

Competency standard 7: promotes evidence-informed health care for refugees and migrant

### **Domain 5: personal conduct**

Competency standard 8: engages in lifelong learning and reflective practice to promote the health of refugees and migrants

Competency standard 9: contributes to a culture of self-care and mutual support when providing health care in the context of migration and displacement

El primer dominio tiene que ver con la atención centrada en la persona y aquí hay dos estándares de competencia. El primero es proveer cuidado de salud centrado en la persona para migrantes y refugiados. El segundo es promover la agencia, la capacidad propia de migrantes y refugiados para su cuidado de salud a nivel individual y comunitario.

El segundo dominio refiere a la comunicación y tiene dos competencias, la competencia 3 que dice que se debe incluir ayudas seguras y apropiadas para satisfacer las necesidades lingüísticas y de comunicación de migrantes y refugiados. Aquí encontramos la importancia de la comunicación y del lenguaje, que sea un lenguaje que se acerque apropiadamente y que invite al migrante y refugiado a integrarse a la atención de salud. La competencia estándar 4 dice relación con apoyar la entrega de información comprensible para migrantes y refugiados en referencia a su cuidado en salud. El dominio 3 está referido a la colaboración y también tiene dos competencias estándares la 5 y la 6.

La competencia estándar 5 se refiere a invitar a prácticas de promoción colaborativas con poblaciones migrantes y refugiadas que promuevan la salud. La competencia estándar 6 refiere al desarrollo de respuestas a la migración y al desplazamiento de personas migrantes, que responden a sus necesidades específicas de atención de salud.

El dominio 4 se refiere a la práctica basada en evidencia. Aquí encontramos el estándar de competencia 7 que implica promover el cuidado de la salud basado en evidencia para poblaciones migrantes y refugiadas.

El último dominio es el 5 y dice relación con la conducta personal. Este dominio cuenta con dos competencias estándares. La 8 que dice relación con invitar a los profesionales de la salud al aprendizaje permanente y la práctica reflexiva para promover la salud de los refugiados y migrantes. La competencia estándar 9 que se refiere a contribuir a una cultura de cuidado y de apoyo mutuo cuando se provea atención de salud en el contexto de migración y desplazamiento.

Estas son las 9 competencias estándares esenciales y globales que propone la OMS. Voy a detenerme brevemente en dos competencias que tienen especial pertinencia en este capítulo número 12.

La primera es la competencia estándar 1 de proveer cuidados en salud centrado en la persona para migrantes y refugiados. En esta competencia hay una definición muy importante, que tiene que ver con entrega de cuidados sensibles culturalmente (Culturally sensitive care). Un cuidado sensible debe ser respetuoso a las necesidades religiosas, culturales y lingüísticas de la persona y debe prestar atención a la inmensa diversidad que representan las poblaciones migrantes y refugiadas. En este sentido, los trabajadores de la salud deberían mantener una sensibilidad abierta al rol que tiene la religión y la cultura de la persona en torno a sus sistemas de creencias y sus prácticas en salud.



Los aspectos culturales y religiosos, informan sobre las preferencias de las personas en cuanto a sus cuidados de salud, a su interpretación de por qué enferman y de cómo deben cuidarse para sanar y también tienen, generalmente, concordancia con perspectivas de género particulares de estas personas. Tenemos el desafío como sistema de salud, como trabajadores de la salud, de aprender esto de manera amplia para poder generar entregas de cuidado sensibles culturalmente.

El segundo punto en el que quiero detenerme, tiene que ver con la competencia estándar 3 sobre la entrega de ayuda segura, cuidadosa y apropiada de cuidados que realmente respondan a las necesidades de lenguaje y comunicación de las personas migrantes y refugiados. Para lograr eso, emerge el concepto de los mediadores culturales. En Chile les llamamos mediadores interculturales. Si bien los mediadores culturales y los intérpretes o facilitadores lingüísticos tienen algunos elementos en común, la verdad es que los mediadores culturales e interculturales tienen un rol mucho más activo, autónomo en la interacción entre el migrante o refugiado y el trabajador de la salud. De esta manera, los mediadores interculturales o culturales facilitan el entendimiento mutuo entre migrantes y trabajadores de la salud, no solamente interpretando o facilitando la interpretación lingüística, sino que, también ayudando con un contexto cultural y consejería asociada a este contexto cultural, toda vez que la población migrante o el trabajador de la salud así lo requieran. De esta manera, los mediadores culturales o interculturales están creciendo a nivel mundial, pero requieren de mayor estandarización sobre el entrenamiento que reciben, el rol que tienen y qué cosas tienen a cargo y qué cosas no y cómo se integran a los equipos de salud de manera efectiva y también respetuosa.

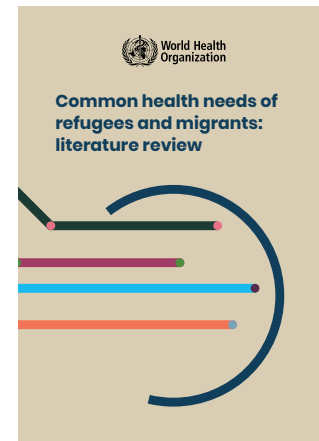
## 4.

### Modelo ASK:

El segundo documento presentado en la lámina 3 es un texto que emerge en Australia a partir de las recomendaciones del año 2016, y en él se sugiere adoptar los principios de una atención centrada en la persona bajo el acrónimo ASK, que en inglés significa “preguntar”. De esta manera se explicita de una forma bonita y virtuosa lo que se debe hacer para otorgar una atención centrada en la persona.

**In the Australian context, the 2016 Recommendations for Comprehensive Post-arrival Health Assessment for People from Refugee-like Backgrounds (17) suggest adopting people-centred care principles using the acronym ASK**

- **A**sk the client: discuss the person's country of origin, preferred language, occupation, interpreter preference, current stressors and priorities for health.
- **S**creen for medical and psychosocial issues: ensure informed consent and understanding of health assessments.
- **K**indness: coordinate care with the person's network, if appropriate, and ensure sensitivity as well as a "universal precautions approach" to a potential pre-migration history of violence or trauma.



En el acrónimo ASK, la letra A refiere a “Ask the client” que significa “Pregúntale al cliente” Si no se sabe algo, sencillamente preguntar, conversar con la persona sobre su país de origen, el lenguaje de preferencia, qué ocupación tiene, qué tipo de interpretación tiene para su proceso, qué cosas le estresan y cuáles son sus prioridades personales en salud. La segunda letra del acrónimo ASK es la S y refiere a “Screen for medical and psychosocial issues” que significa hacer un screening o tamizaje de los aspectos principales médicos y psicosociales de la persona. Es necesario asegurar el consentimiento en este proceso para que hacer una correcta evaluación de salud de la persona.

Por último, la letra “K” refiere a la palabra “Kindness” que significa “amabilidad” y tiene relación con trato bondadoso, gentileza, inofensividad. Coordinar el cuidado con las personas en su propio entorno de apoyo social. Garantizar la sensibilidad cultural, así como un “enfoque de precauciones universales” ante una posible historia previa a la migración de trauma y violencia. Esto permite comprender no solamente a la persona que se tiene en frente en su sistema de creencias, sino que también de qué proceso migratorio viene, qué riesgos y vulnerabilidades puede haber vivido, esto con el fin de derivar a tiempo y cuidar de manera correcta esa persona.

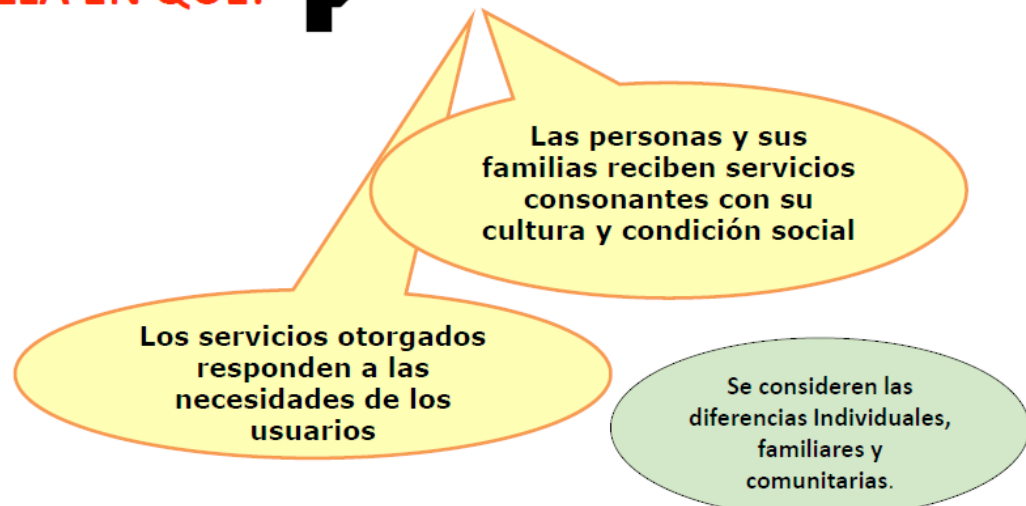
## 5.

### *Atención interculturalmente pertinente:*

Respecto de este tema quisiéramos otorgar algunas definiciones esenciales sobre atención interculturalmente pertinente. Estas definiciones están tomadas del trabajo de la experta Ana María Alarcón, quien también es parte de este curso. ¿Cómo se define una atención interculturalmente pertinente? Es aquella atención que, primero, las personas y sus familias reciben servicios consonantes, coherentes, acordes, adecuados o pertinentes con su cultura y condición social. En segundo lugar, los servicios otorgados responden a las necesidades de los usuarios, esto lo decide el usuario, no el trabajador de la salud. En tercer lugar, se consideran las diferencias individuales, familiares y comunitarias que en ese contexto puedan existir.

### ¿Qué es una atención interculturalmente pertinente?

**AQUELLA EN QUE:**



## 6.

### *¿Cómo se define y caracteriza un centro que incorpora elementos de pertinencia cultural?*

Siguiendo el planteamiento argumentativo anterior, es necesario preguntarse ¿Cómo se define y caracteriza a un centro de salud que incorpora elementos de pertinencia cultural o intercultural?

Es necesario tener presente que cualquier cambio o introducción de un elemento cultural o intercultural en la atención de salud debe ser siempre intencional y planificado por el equipo de salud. También debe ser informado y comunicado a todas las personas, no sólo a las que lo implementan, sino que a todas las personas que trabajan en ese centro. El cambio debe ser reexaminado y evaluado regularmente para chequear su pertinencia y mejoras necesarias. El cambio introducido debe ser asumido por la jerarquía de la organización, tes decir, las autoridades tienen que estar de acuerdo con el cambio a introducir o éste no va a perdurar en el tiempo. El cambio también debe ser aceptado por todo el personal, lo que puede requerir entrenamiento y sensibilización previa a todos los equipos de salud, incluyendo trabajadores administrativos y otros.

A su vez, el cambio tiene que ser celebrado simbólicamente, tiene que haber un ritual. Se recomienda que haya un ritual de inicio de este cambio cultural. Este cambio también debe ser integrado estructuralmente, que sea parte de las políticas y normativas estándares. Este cambio debe estar siempre presente en la discusión como enfoque. Por ejemplo, cuando se hable de metas, se debe hablar de metas en contexto cultural; cuando hablemos de mejoras en la atención, se debe hablar de ellas como un enfoque con enfoque cultural o intercultural. Y, por último, el cambio debe ser siempre informado en los resultados, productos y servicios por los cuales la organización es responsable o se evalúa.

**¿Cómo se define y caracteriza un centro que incorpora elementos de pertinencia cultural?. CUALQUIER CAMBIO O INTRODUCCION DE UN ELEMENTO CULTURAL EN LA ATENCION DE SALUD DEBE SER:**

- ✓ Intencional y planificado.
- ✓ Informado y comunicado.
- ✓ Reexaminado y evaluado regularmente.
- ✓ Asumido por la jerarquía de la organización.
- ✓ Aceptado por todo el personal.
- ✓ Celebrado simbólicamente.
- ✓ Integrado estructuralmente.
- ✓ Presente siempre en la discusión “como enfoque”.
- ✓ Informado en los resultados/productos/servicios por los cuales la organización es responsable o se evalúa.

Es un desafío enorme en Chile lograr esto, pero estos son elementos que pueden ayudar a asegurar que cualquier cambio cultural o intercultural, para mejorar la atención a poblaciones migrantes y otras diversas social y culturalmente, realmente funcione y se mantenga a largo plazo.

## 7.

## *Mediación intercultural:*

¿Qué es la mediación intercultural? Existen varias definiciones y diversos autores. Nosotros vamos a entender la mediación intercultural como un proceso que toma tiempo. En este proceso, las decisiones sobre el curso de acción en un tema de salud, se basan en la exposición de los axiomas culturales involucrados. Esto es, lo que los usuarios/as entienden por su proceso salud-enfermedad y lo que ellos entienden por cómo se cura y cómo se debe tratar de ambas partes: sistema de salud y persona migrante (usuario/a). Entonces, la mediación intercultural se basa en la exposición de los axiomas culturales involucrados en la dinámica de la enfermedad. Esto se realiza a través de un diálogo que activa un modelo de decisión interactiva no vertical ni unilateral. Este diálogo puede ser directo entre equipo y usuario o mediado por un agente, asesor o mediador intercultural o miembro de la familia que opere de manera informal como intermediario.

¿De qué se trata entonces? Se trata del desarrollo de ciertas habilidades como empatía, comprender la construcción de la alteridad. La alteridad tiene que ver con esta idea o sentimiento de que el otro es distinto a mí, que me puede generar resistencia. Hay que desarrollar estas habilidades de empatía y alteridad para generar una situación a resolver, que es el curso de acción en un tema de salud de la persona migrante tenga. Se requiere de un diálogo positivo, respetuoso y que objetive el problema y que es definido y consenso de igual manera por las dos partes, eso es lo primero, si no se logra eso no se puede seguir avanzando.

Segundo, la exposición de los fundamentos culturales sociales en el lado de la salud va a ser la evidencia empírica disponible, los protocolos y guías disponibles y las recomendaciones expertas del sistema de salud. Del lado del migrante, van a ser sus experiencias previas con otros sistemas de salud o con éste; su apreciación de cuanta confianza siente con lo que el sistema de salud le ofrece; y también su propio sistema de creencias de por qué se enfermó y cómo se cura.

En tercer lugar, comunicación mutua, entendimiento, que puede no resolverse en la primera atención. Esto es todo un desafío para un sistema de salud altamente estructurado que debe resolver en 15 minutos un curso de acción, simplemente dando indicaciones. Es un desafío enorme el poder crear espacios donde esto se pueda hacer, y por último, en la restauración de integridad-solución, es decir, llegar a un acuerdo mutuo que queda por escrito y que luego se chequea a lo largo del tiempo.

### ¿Qué es la mediación intercultural?

Es un proceso en que las decisiones sobre el curso de acción en un tema salud, se basa en la exposición de los axiomas culturales involucrados en la dinámica salud-enfermedad. Se realiza a través de un dialogo que activa un modelo de decisión interactiva. Este dialogo puede ser directo entre equipo y usuario o mediada por un agente, asesor Intercultural, o miembro de la familia que opera como intermediario.



14

## 8.

### *A modo de conclusión:*

A modo de conclusión, quisiéramos referirnos a cuatro ideas centrales:

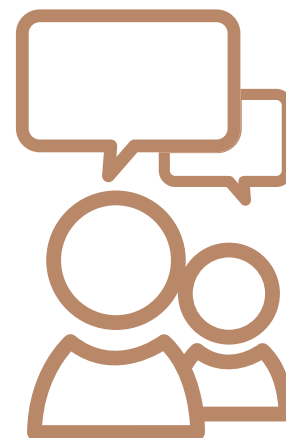
---

- Estudios internacionales proponen que la mejora de la comunicación migrante-trabajador de salud es el camino necesario para un encuentro intercultural en salud efectivo, que asegure que los usuarios migrantes comprendan, acepten y valoren las indicaciones que reciben en común acuerdo con el equipo de salud.
- Se recomienda avanzar en la comprensión del encuentro intercultural en la atención directa en salud hacia migrantes internacionales, de tal forma que se reconozca el escenario completo donde este encuentro tiene lugar y todos sus actores clave, en particular personas migrantes y trabajadores de salud. Cada uno de ellos cuenta con su propio sistema de creencias, códigos, valores y prácticas en salud que impactan en la forma en la cual la atención directa de salud tiene lugar.
- Una forma concreta de mejorar el encuentro intercultural en salud con esta población es a través del reconocimiento de cada uno, en especial del trabajador de salud que es quien tiene la posición de poder en este encuentro, de sus propias creencias y prácticas, de manera de permitirse cuestionarlas y revisarlas, en favor de una aceptación y reconocimiento del usuario como otro que es experto en su propia realidad y experiencia de vida.
- Un encuentro intercultural efectivo es el paso necesario para la adherencia al sistema de salud y a cualquier tratamiento médico que se indique a personas migrantes internacionales y población general.

La comprensión que tiene el paciente respecto de los cuidados en salud que debe seguir está fuertemente influenciado por la relación que establece con el médico o trabajador de la salud y la comunicación efectiva entre ambas partes. En el caso de los pacientes migrantes internacionales, en este encuentro de salud se suma la barrera idiomática y del lenguaje, así como las diferencias culturales, las cuales proponen una serie de desafíos para la atención en salud a esta población. En este escenario, se recomienda una relación de mutualidad, la cual propone una atención centrada en la relación trabajador de salud-paciente como un espacio de comunicación horizontal de relación basado en el respeto y reconocimiento mutuo.

En general los sistemas de salud tienen como meta mantener cercana a su población beneficiaria, sea para prevenir, diagnosticar a tiempo o tratar y cuidar enfermedades. Esto se conoce en general como adherencia al sistema de salud y a los servicios y tratamientos que se ofrecen. En Chile no se ha estudiado la adherencia de los pacientes migrantes a tratamientos en general, sin embargo, a nivel internacional existen algunos estudios en la materia. Una investigación realizada en Grecia encontró que la adherencia a las recomendaciones de seguimiento es igualmente deficiente para los pacientes migrantes como para los pacientes nativos con Hepatitis B (Voulgaris et al., 2017). Un estudio publicado el 2018 presentó una revisión sistemática y meta-análisis sobre la adherencia al tratamiento para la tuberculosis multirresistente (MDR-TB) en migrantes en países con altos ingresos y baja incidencia de tuberculosis (Nellums y cols., 2018). Los autores encontraron que la tasa de adherencia a tratamiento en pacientes migrantes fue del 71% (IC 95%= 58- 84%), con un incumplimiento del tratamiento del 20% (IC 95%= 4-37%) de parte de pacientes migrantes. Sin embargo, no encontraron diferencias en las tasas de incumplimiento (RR= 1.05; CI 95% = 0.82-1.34) o no adherencia (RR= 0.97; CI 95% = 0.79-1.36) entre migrantes y no migrantes. Los autores concluyen que los resultados encontrados apuntan a una necesidad por mejorar la adherencia en todos los grupos de pacientes, incluidos los migrantes.

Es relevante identificar aquellos elementos que podrían estar influyendo sobre la adherencia en esta población de acuerdo con la evidencia científica. En la población general se ha observado que una buena comunicación entre los pacientes y los trabajadores de la salud se asocia a una mayor adherencia al tratamiento y resolución de síntomas. Por lo tanto, al entregar indicaciones en salud, el trabajador de la salud tiene la tarea de dar a conocer un mensaje que se acomode al lenguaje y cultura del paciente, ya que se ha observado que los trabajadores que utilizan un lenguaje que se adapta a las necesidades y creencias del paciente migrante refuerza la calidad de atención percibida por este, aumentando la probabilidad de que adhiera al tratamiento. En contraste, aquellos trabajadores de la salud que hacen un uso excesivo de jerga médica pueden reducir la probabilidad de adherencia en migrantes internacionales y en población general. De esta manera, una mala comunicación entre el médico y el paciente se relaciona a una menor continuidad de la atención de los pacientes migrantes en comparación con los nativos y, a su vez, los pacientes migrantes están menos satisfechos con la atención que recibieron y tienen más probabilidades de posponer su cuidado de salud.



Hay varias investigaciones, incluyendo revisiones sistemáticas, en las que se ha estudiado los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en población migrante internacional, incluyendo estudios sobre tuberculosis (TB). En una investigación epidemiológica del año 2017 se encontró que contar con información y conocimientos respecto de la tuberculosis se asocia con una búsqueda de atención médica temprana y la posterior adhesión al tratamiento en migrantes internacionales (Lönnroth et al., 2017). En una revisión sistemática sobre las experiencias de tratamiento de la TB en población migrante se encontró que, además de la educación en salud para la adherencia al tratamiento, la relación terapéutica es fundamental para la comprensión del paciente migrante respecto de su tratamiento (Lin & Melendez - Torres, 2017). También se encontró que la discriminación estructural, en particular políticas restrictivas de inmigración, crea grandes barreras para la búsqueda y el mantenimiento del tratamiento en esta población (S. Lin & Melendez - Torres, 2017).

En relación con lo anterior, se ha visto que el estigma respecto de la TB es uno de los principales obstáculos para la búsqueda temprana de atención médica y para la adherencia al tratamiento. Asimismo, la falta de conciencia sobre la tuberculosis entre los trabajadores de la salud en los países de baja incidencia, la falta de servicios especializados y las barreras culturales y de idioma son las razones que mencionan los trabajadores de la salud para el diagnóstico tardío y la adherencia al tratamiento deficiente entre migrantes internacionales.

Desde una perspectiva de inclusión y diálogo con personas diversas socio-culturalmente, el debate debe centrarse en cómo promover la comunicación efectiva como principal estrategia que facilite la adherencia de los pacientes migrantes a los tratamientos de salud. Si bien los estudios apuntan a que hay migrantes y nativos que presentan resultados similares respecto a la adherencia, es importante observar que hay una serie de factores que están influyendo el nivel de adherencia y que son propios de la población migrante. Por lo tanto, la alianza terapéutica que se establezca es de gran relevancia para avanzar en la adherencia en esta población. Para ello, los trabajadores de la salud deben ser capaces de explorar las creencias de salud y enfermedad de sus pacientes, así como sus prácticas culturales, ya que estas representan una base a partir de la cual se puede promover la adherencia al tratamiento en cualquier población y especialmente en la migrante internacional.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Urrutia, Molina, Obach, Cabieses. 2021. Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales. En: Cabieses, Obach, Urrutia: INTERCULTURALIDAD EN SALUD Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. UDD: Páginas 177 a 210. En <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- Urrutia, Correa-Matus, Cabieses, Obach. 2022. ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. Revista CUHSO: 493-513. <https://cuhsu.uct.cl/index.php/cuhsu/article/view/2408/2527>
- Garcia y Barragán. 2004. MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN SOCIEDADES MULTICULTURALES: HACIA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN. PORTULARIA 4, 2004, [123-142], ISSN 1578-0236. © UNIVERSIDAD DE HUELVA [https://www.academia.edu/31108838/MEDIACION\\_INTERCULTURAL\\_EN\\_SOCIEDADES\\_MULTICULTURALES\\_HACIA\\_UNA\\_NUEVA\\_CONCEPTUALIZACION\\_1](https://www.academia.edu/31108838/MEDIACION_INTERCULTURAL_EN_SOCIEDADES_MULTICULTURALES_HACIA_UNA_NUEVA_CONCEPTUALIZACION_1)
- Alarcón, Ana María, Aldo Vidal y Jaime Neira Rozas. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile 131 (9): 1061-1065 (<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>)
- Menéndez, Eduardo L. 2008. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y sociedad 20 (número especial 2): 5-50 (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10209802>).
- Cabieses, Báltica; Libuy, Matías; Dabanch, Jeannette; Cabieses, Báltica; Libuy, Matías; Dabanch, Jeannette. COLMED UDD y SOCHINF. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/2813>

## ESTUDIO DE CASO:

Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes.

### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Entregar a las personas una atención en salud con base en el respeto del idioma, cultura, ciclo vital y el género, desencadena una mayor percepción de la satisfacción del proceso de atención.
- Generar un proceso de atención en salud basado en la comprensión del otro como ser humano, permite establecer una relación cercana y basada en la confianza. Con lo cual, las barreras como las creencias personales o la mediación de voluntades para la entrega de prestaciones disminuyen.

### Descripción narrativa del caso

María Isabel tiene 45 años, alcanzó a estudiar hasta 3 año de preparatoria, trabaja de asesora del hogar en el centro de la comuna de Santiago, recibiendo un sueldo de \$365.000, no posee contrato y tiene temor de regularizar su situación legal en Chile por temor a ser deportada. Tiene dos hijos (el menor de 3 años y el mayor de 5 años), es casada y vive con su familia en una pieza arrendada, en el mismo domicilio residen otras familias compartiendo baño y cocina. Llevan 7 meses en Chile, migraron desde Perú y su estado es irregular, debido a que su ingreso fue por un paso no habilitado.

### Situación o necesidad de salud del caso:

El menor de sus hijos presenta dificultad para comunicarse y la mayor parte del tiempo juega solo estableciendo contacto visual por tiempo limitado. María ha notado que además cuando juega ordena los juguetes de forma alineada y por colores disgustándose cuando algunos de los integrantes de la familia desordenan. Otro elemento que ha despertado preocupación ha sido la negativa de su hijo a utilizar cierto tipo de ropa que presenta una textura irregular como ropa de lana, poleras apretadas o de manga corta.

Por lo cual, ha tratado que su hijo no salga a jugar con los otros niños ya que siempre el pequeño se aísla. Al consultar a las otras madres que viven en el lugar ha recibido comentarios positivos y negativos sobre las atenciones de salud, quedando en su memoria el realizado por su amiga Carmen quien le indicó que nunca entiende las indicaciones por las palabras raras que usan.

## Atención recibida por el caso

María Isabel se acerca al Cesfam y recibe un número para atención con médico, al llegar a SOME solicitan sus antecedentes para ingresar en la agenda del médico, pero ella indica no estar inscrita en el centro de salud y no contar con documentos. En ese momento, le solicitan pasar donde la asistente social primero antes de recibir la atención. Durante la espera María comienza a recordar lo conversado con sus amigas y comienza a sentir temor a ser denunciada y que puedan llevar a sus hijos a otro lugar.

Luego de una hora María decide irse porque su hijo estaba inquieto y llorando, el ruido desencadenó una pataleta y María trataba de contener a su hijo en todo momento. La Enfermera del sector se acercó a María y se percató del uso de una lengua que no conocía. Tras esto le solicita a María la acompañe a la sala de estimulación donde estaba la Educadora de párvulo y lograr ahí contener al menor en un lugar más amigable para él. En ese momento ambas explican a María el funcionamiento del Cesfam y cómo puede solicitar atenciones, al pedir a María que explicara lo entendido se percatan que no comprendió mucho, por lo cual la Enfermera sugiere integrar al mediador intercultural.

Al llegar el mediador las profesionales explican la situación y le solicitan el apoyo, al conversar con María el mediador se percató del uso de lengua aimara, lo que dificulta la comprensión de la información entregada. Por lo cual, explica la información a María en aimara y la tranquiliza respecto a sus miedos a ser deportada o denunciada.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso?  
O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

En primer lugar, encontramos como problema la información entregada por SOME, en donde la orientación fue mínima y solo se limitaron a indicar esperar por la atención de la asistente social. Si bien, es una consulta espontánea, los tiempos de espera prolongados para los niños son elementos estresores y sobre todo cuando son niños que presentan necesidades especiales. Por lo anteriormente expuesto, es relevante poder anticipar a las personas el tiempo probable y cuáles son las alternativas que ofrece el sistema.

En segundo lugar, es positiva la contención realizada por las profesionales, en donde procurar un ambiente seguro para el menor y la madre permite generar confianza y apoyo en el personal sanitario. Otro aspecto positivo fue la adecuación idiomática que permite la comprensión de la información e indicaciones, permitiendo con ello mayor adherencia al tratamiento y al sistema.

En tercer lugar, tener presente al momento de la interacción entre personal sanitario y personas solicitantes de la atención, el beneficio mutuo que se produce. El personal de salud al poner en práctica sus conocimientos refuerza o aprende de ello entregando a las personas una respuesta que satisface las necesidades de salud. Por lo cual, la mirada del otro como ser humano me entrega la base fundamental para el respeto de los derechos.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

El problema se relaciona con la adecuación idiomática al momento de entregar información. Una forma de solucionar esta barrera es generar insumos con información básica en distintos idiomas. Además, la incorporación como parte del equipo de salud del mediador intercultural, permite no sólo abordar problemáticas del idioma sino también elementos culturales.



# ***Mediación intercultural en salud de migrantes y refugiados ¿qué es lo intercultural del encuentro en salud con migrantes?***

## ***Elementos de la mediación***

Autora: Alexandra Obach

### **CAPÍTULO**

# 13

En este capítulo aprenderás a identificar los antecedentes y el contexto de mediadores interculturales en la atención en salud. También conocerás las principales discusiones en torno a la figura de los mediadores interculturales, las características de esta figura en el sistema de salud, y las proyecciones. Todo esto te permitirá relacionarte de buena manera con el quehacer del mediador intercultural, reconociendo y valorando su aporte en la atención de salud.

#### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cuáles son los antecedentes con que cuenta Chile en facilitación intercultural, que han dado pie a la incorporación de mediadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en el país?

¿Cómo consideras que ha sido el proceso de instalación de esta figura en el sistema de salud?

## 1.

## *Introducción y antecedentes:*

Comenzaremos con una breve introducción y antecedentes en relación a la mediación intercultural dentro de la atención de salud en Chile. En nuestro país, existe hace bastantes años una tradición en salud intercultural asociado a la figura del facilitador intercultural, vinculada principalmente a la validación y la integración de los sistemas de salud de los pueblos originarios de nuestro país, dentro de la atención de salud del sistema de salud oficial. El origen de las acciones en salud intercultural se remonta a los años 90 en el servicio de salud Araucanía sur, donde se conformó la figura del facilitador o facilitadora intercultural, con el objetivo de readecuar la atención de salud primaria y hospitalaria a la realidad multiétnica de la región de la Araucanía. Posteriormente, con la creación del programa especial de salud y pueblos indígenas (PESPI) en el Ministerio de Salud en el año 1996, los y las facilitadores interculturales comenzaron a institucionalizarse. Este hecho se acrecienta aún más con la promesa presidencial a finales del año 1999, de insertar esta figura de facilitadores interculturales en todos los establecimientos de salud ubicados en territorios con población indígena significativa.

Ahora bien, la mediación intercultural vinculada población migrante internacional es reciente y con escaso desarrollo histórico en el país. Podríamos decir, que estamos viviendo una experiencia inédita en este momento, a través de ciertas prácticas de instalación de facilitadores y mediadores interculturales para migrantes internacionales dentro de nuestro sistema de salud.

La política de salud de migrantes internacionales del año 2018 establece y reconoce la necesidad de un enfoque intercultural, que reconozcan las diferencias y avance en estrategias que permitan obtener mejores resultados sanitarios y lograr la inclusión social de la población migrante, fomentando así la igualdad y dignidad humana.

Dentro del desarrollo de estrategias de aceptabilidad que respondan adecuadamente a las dificultades que enfrentan los migrantes internacionales para acceder al sistema de salud, se mencionan

- a) la facilitación lingüística para poder disminuir las barreras idiomáticas con traductores presenciales, traducción o intermediación lingüística remota y otras estrategias digitales.
- b) acciones de mediación intercultural que se desarrollarán en el ámbito de la salud, con el objetivo de disminuir barreras que se generan en la interacción con diversas instituciones del sector salud, funcionarios de salud y actores sociales, generando un diálogo intercultural que facilite la comunicación y comprensión mutua, la resolución de conflictos, la transformación de prácticas relacionales, la adecuación institucional, y la convivencia intercultural.

## 2.

## *Mediación intercultural:*

### ¿Qué significa la mediación intercultural?

A nivel internacional, existe escasa literatura referida a la mediación intercultural de migrantes internacionales. Suele hacerse referencia a las figuras de mediadores interculturales, intérpretes o facilitadores lingüísticos de manera no diferenciada. Nosotros tomaremos una definición del autor Giménez, quien dice que “la mediación intercultural es definida como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados”.

En esta definición encontramos varios conceptos que son muy significativos para comprender lo que es la mediación intercultural. Lo primero, es que tenemos que estar en un contexto de multiculturalidad significativa, luego el reconocimiento del otro y, en tercer lugar, el acercamiento de las partes. Es decir, no se espera cómo serían enfoque asimilacionista que simplemente los migrantes se tengan que asimilar al quehacer del sistema de salud, sino que haya un acercamiento entre las partes que configuran esta interculturalidad significativa y, por último, la importancia de la comunicación y la comprensión mutua para el aprendizaje y desarrollo de una convivencia en igualdad de condiciones, para un sistema de salud más justo y más equitativo.

En este sentido, la mediación intercultural se diferencia de otras modalidades de mediación por el contexto multicultural en el que tienen lugar, y esto es muy importante. También por su propósito, que va desde el acercamiento entre sujetos a la reconfiguración de las instituciones. Es decir, todo esto cumple parte de sus objetivos, tanto el acercamiento entre trabajadores de salud y los usuarios/as, pero también reconfigurar el sistema de salud completo para que haya una plena incorporación de un enfoque de salud. La mediación intercultural generalmente se produce en condiciones de asimetría y desigualdad, toda vez que es parte de la representación de las relaciones interétnicas que se producen en las sociedades contemporáneas, y que están marcadas por el desconocimiento, rechazo, discriminación y prejuicio. Por ende, instalar un enfoque de interculturalidad en salud y además una mediación intercultural dentro de nuestra atención de salud, es un gran desafío en las sociedades actuales. Ya que, somos sociedades altamente desiguales y que tendemos a la discriminación y el rechazo de las culturas diferentes, como en este caso de los grupos de migrantes internacionales.

### 3.

## Rasgos distintivos de la mediación intercultural:

### ¿Cuáles son algunos rasgos distintivos de la mediación intercultural?

Lo primero es la naturaleza etnoculturalmente diferenciada de las partes involucradas, es decir, se entiende que por una parte hay una cultura que sería la propia del sistema biomédico, representada por trabajadores de la salud y, por otra parte, otras culturas que estarían representadas por migrantes internacionales y que hay un desencuentro entre ellas.

La segunda característica de esta mediación intercultural, es la incidencia de dicha diferenciación en la relación existente entre las partes. Es decir, hay una relación de poder desigual, donde en posición de poder estaría el sistema de salud, en este caso el sistema biomédico, mientras que los grupos migrantes estarían en una posición de subordinación.

La tercera característica es la figura del mediador intercultural, donde la relevancia del propio bagaje cultural del mediador intercultural va a ser muy importante. En general, se tiende a pensar es que el facilitador o la facilitadora, el mediador o mediadora intercultural haga de puente entre estos dos mundos, tanto para poder comunicarlos, como también para poder balancearlos en términos de poder.

La cuarta característica es el objetivo de la interculturalidad, entendida como un proyecto de establecer relaciones interpersonales y sociales, en las cuales no se discrimine por motivos de raza, cultura, etnicidad, lengua, religión y nacionalidad, y en las cuales los sujetos se reconocen como interlocutores, se comunican adecuadamente y se enriquecen mutuamente.

### Rasgos distintivos de la mediación intercultural

Cuatro rasgos distintivos de la mediación intercultural:



## 4.

### *Mediadores interculturales:*

Con relación a la figura de los mediadores o facilitadores interculturales, existen diversas posiciones respecto a quiénes deberían realizar esta labor. Por una parte, hay quienes sostienen que este rol debieran ejercerlo personas que, siendo migrantes o no, sean reconocidas y aceptadas por la comunidad migrante, y que además conozcan los recursos sanitarios y el tejido y estructura asociativa de las personas migrantes.

Por otra parte, hay quienes sostienen que los mediadores interculturales deben necesariamente ser personas migrantes internacionales, biculturales y bilingües, suficientemente familiarizados con la cultura biomédica y la cultura dominante del país de acogida. Estas personas además deben tener una formación teórico práctica, con una duración de varios meses, con el objetivo de que puedan formar parte del equipo de atención sanitaria. Es decir, que se incorpore a alguien que ya tenga una capacitación dentro de los equipos de salud.

Por otra parte, encontramos autores que hacen una diferenciación entre lo que son los mediadores interculturales y los facilitadores lingüísticos. Los facilitadores lingüísticos se asocian, principalmente, a personas que suelen pertenecer a la comunidad migrante, que son bilingües, que están integrados socioculturalmente al ámbito de servicios socio sanitarios, y cuyo principal objetivo es el de reducir las barreras lingüísticas e idiomáticas entre el personal sanitario y el usuario/a. Pensemos, por ejemplo, en usuarios y usuarias que no hablen español y que puedan contar con una traducción lingüística por parte de alguien que venga de la comunidad migrante y que puede hacer las veces de traductor.

Esto se diferencia de los mediadores interculturales, cuya función principal no sería solamente traducir idiomáticamente la atención de salud para usuarios y usuarias, sino que hacer de puente cultural entre dos ámbitos culturales diferentes. Y, de esta manera, ayudar y fortalecer la navegación de migrantes internacionales por nuestro sistema de salud, así como también hacer traducciones no solamente lingüísticas, sino que también valóricas y simbólicas de lo que se quiere comunicar por cada una de las partes, dentro de la atención de salud. También existe una gran discusión en torno a si la figura de los mediadores o facilitadores interculturales debiera ser un rol que este profesionalizado o debiera quedar en el ámbito comunitario.

Por lo tanto, existe una discusión en torno a la profesionalización del mediador intercultural, así como las competencias y la formación con la que debe contar para ejercer este cargo. Hay posiciones encontradas entre quienes sostienen que esta figura debiera institucionalizarse y profesionalizarse, y quienes argumentan que esto generaría una distorsión respecto a la figura del mediador, ya que esto conlleva necesariamente un cierto proceso de asimilación, y que esto iría en contra de aquellos principios que postula la interculturalidad en salud.

## 5.

### *Desafíos de la mediación intercultural:*

La mediación intercultural, a través de la figura de mediadores o facilitadores interculturales, conlleva una serie de desafíos para su plena instalación en los sistemas de salud. Entre los principales desafíos en relación a la figura de mediadores interculturales, la literatura internacional menciona principalmente los siguientes:

1. Necesidad de capacitación continua a Mediadores interculturales en diversos temas, incluyendo relación entre trabajador de la salud-paciente; términos y lenguaje médico, para superar la barrera de literacidad en salud; a Equipos de salud tanto en temas de interculturalidad y sensibilización, como en el trabajo con mediadores y facilitadores.
2. Definición de funciones y roles específicos y generales de los mediadores interculturales. Se observa que muchas de las dificultades en la atención es el desconocimiento del rol que cumple esta figura en las atenciones, más allá de la traducción lingüística. Asimismo, se identifica una falta de reconocimiento del/a mediador intercultural como un trabajador de la salud, lo que muchas veces dificulta la relación entre éste y los otros trabajadores de la salud.
3. Intérprete profesional, ad hoc, informal o improvisado: la literatura da cuenta de las diferencias que hay entre estos tipos de intérpretes/mediadores/facilitadores. El primero es una persona que se ha capacitado para realizar su trabajo como intérprete, desarrollando competencias que van más allá de la traducción y que involucra lo que es la mediación intercultural. Los intérpretes ad hoc, informales o improvisados son familiares o amigos del paciente, o también pueden ser otros pacientes o trabajadores de la salud que son bilingües.
4. Necesidad de contar con mediadores interculturales que trabajen en áreas de salud específicas, como oncología, salud mental etc. Estos mediadores, además de capacitarse en sus funciones y roles generales, se formarían en los temas específicos en los que van a trabajar, adquiriendo conocimientos específicos y un lenguaje médico más preciso.
5. Código ético: necesidad de desarrollar un código ético o de buenas prácticas, que permita guiar el accionar de los/as mediadores interculturales. Este código ético es complementario a cualquier documento que detalle los roles y funciones de los/as mediadores interculturales.

6. Derecho a mediador/facilitador/intérprete: si acceder a esta figura es un derecho, por lo tanto, es esencial que se informe al paciente al respecto.
7. Ejercicio del rol de mediador intercultural: i) contar con un espacio físico adecuado para las atenciones de salud. ii) El tiempo de atención debe ser apropiado para llevar a cabo la atención de salud. iii) Atención centrada en el paciente y en sus necesidades, por lo que una coordinación previa entre trabajador de la salud e intérprete es esencial para evitar situaciones complejas en las atenciones.

Contar con mediadores interculturales en el sistema de salud facilita la instalación del enfoque intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales. Se requiere potenciar a estas figuras, dignificar el rol y facilitar su quehacer tanto dentro del sistema de salud como con las comunidades migrantes.



## 6.

## *Situación actual de mediadores culturales en el país*

Si bien en la política de salud de migrantes internacionales en Chile se declaran estrategias generales como, por ejemplo, que existan facilitadores interculturales y que se creen equipos de salud interculturales; en la política no queda establecido las prácticas específicas que deben efectuar los centros de salud, los servicios de salud y tampoco las autoridades sanitarias para lograr prestaciones con enfoque de interculturalidad en salud. Asimismo, tampoco se especifica el perfil específico de los mediadores interculturales. No existen especificaciones del cargo de un facilitador o mediador intercultural dentro de la atención de salud, ni las labores que debe cumplir dentro del sistema de salud ni de la comunidad. Tampoco se especifica los registros que debe realizar, ni las competencias que requiere el cargo.

De esta manera, en Chile contamos con muchas y variadas experiencias de incorporación de facilitadores y mediadores interculturales dentro de la atención de salud, principalmente en atención primaria, pero también en atención hospitalaria para migrantes internacionales. Los equipos de salud evalúan, en general, positivamente la incorporación de facilitadores y mediadores interculturales para migrantes internacionales dentro del sistema de salud, ya que consideran que cumplen una labor que no pueden cumplir los funcionarios/as de atención de salud y que es un apoyo importante para la atención de la salud de la población migrante. La comunidad migrante, por su parte, también valora la presencia de facilitadores y mediadores interculturales dentro de la atención de salud.

En este sentido, ¿cuáles son las proyecciones de la mediación cultural en el sistema de salud chileno?

Las proyecciones tienen que ver, principalmente, con las demandas de los mismos mediadores interculturales, que dicen que es un rol que debiera estar más especificado y declarado y a la vez que sea un rol validado dentro de los equipos de salud. Que se cuente con espacio físico, por ejemplo, para poder realizar sus labores, que tengan un cargo y un rol reconocido dentro de los equipos de salud, que no sea solamente aquella persona migrante que traduce para migrantes que no hablan español, sino que pueda tener un rol que esté reconocido dentro de los equipos de salud.



## 7.

### *Desafíos de la interculturalidad en salud:*

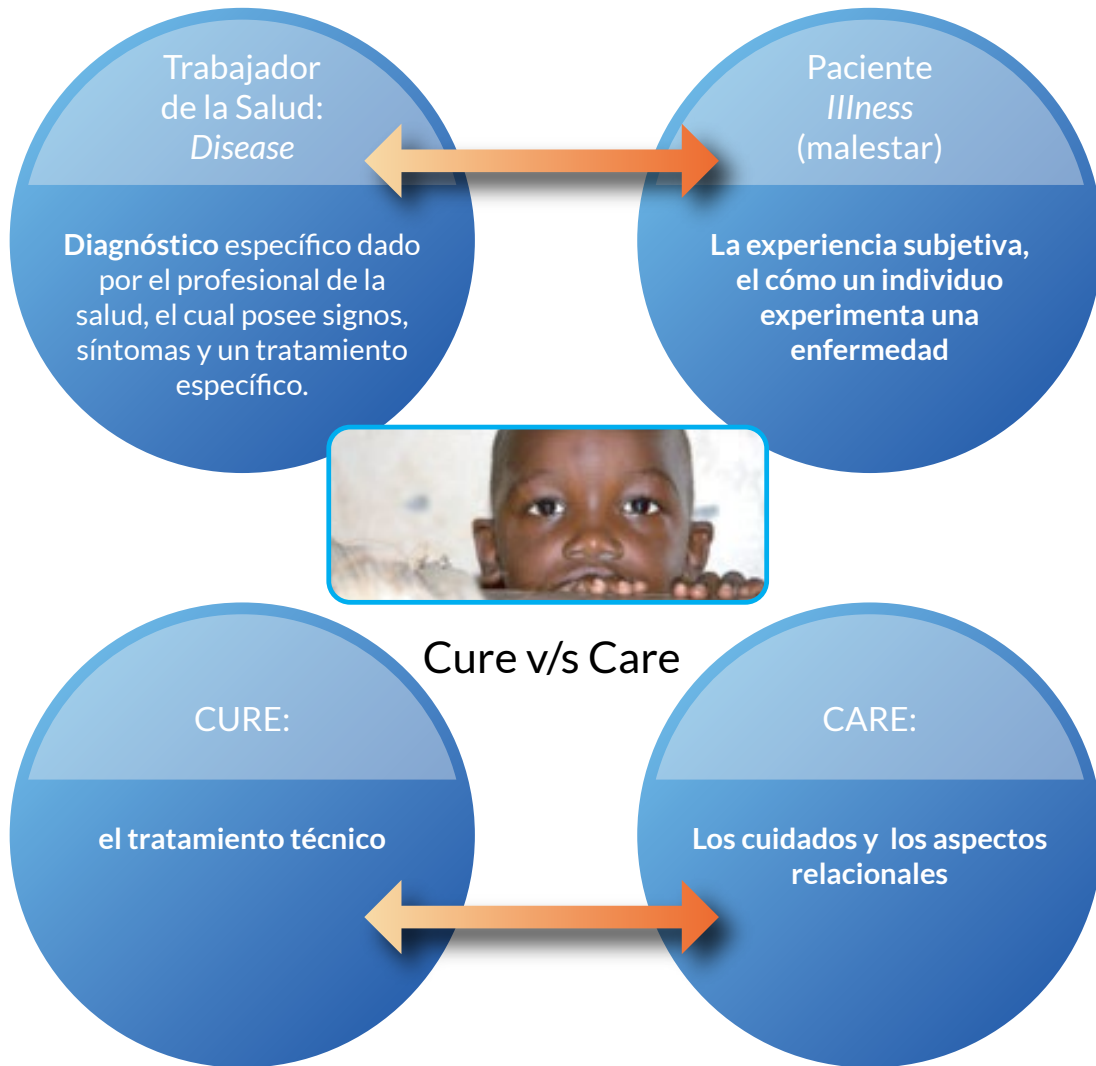
El encuentro intercultural supone una serie de desafíos en la atención de salud de usuarios/as:

- Usuarios/as migrantes internacionales, que hablan un idioma diferente al del profesional de salud y donde interactúan mediadores/as interculturales, que cumple el rol de apoyar mediante la generación de un puente comunicacional, se impone la complejidad de llevar a cabo esa atención con el mismo límite de tiempo que la atención a nacionales.
- La interpretación cultural va más allá lo idiomático. Este aspecto muchas veces no es bien comprendido por los equipos de salud, por lo cual muchas veces restringen el rol de mediador cultural solamente a la traducción idiomática.
- Mediadores interculturales no cuentan con espacio real dentro del sistema de salud, ni simbólico ni físico. Tampoco cuentan con un espacio dentro los equipos de salud. Esto sucede ya que muchas veces existen resistencias administrativas y humanas respecto a su plena incorporación en el sistema de salud.
- Falta mayor sensibilización en los equipos de salud para pasar de un sistema basado en la cura, a uno que incorpore el cuidado como parte de su atención en salud y donde los facilitadores interculturales o mediadores interculturales puedan tener un rol central, principalmente en lo que es el cuidado psicosocial.

Por lo tanto, los desafíos de la interculturalidad en salud se encuentran, principalmente, en generar estos puentes entre el sistema de salud (representado por sus trabajadores y usuarios/as). El mediador o facilitador intercultural, quien cumple un rol central como mediador o como puente para la generación de un diálogo y una comunicación entre estos dos mundos que se presentan como disociados, apartes y distantes. El objetivo es poder acercar el diagnóstico que hace el sistema de salud a la interpretación que cada usuario y usuaria hace su propio malestar, a partir de su identidad cultural específica.

Esto, para poder acercar el tratamiento técnico, que es en lo que se basa el sistema biomédico en la actualidad, hacia un sistema de cuidados donde los aspectos relacionales cumplan una función primordial y donde facilitadores y mediadores interculturales puedan aportar al sistema de salud y a las comunidades migrantes en nuestro país.

## Desafíos de la interculturalidad en salud



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Giménez C. Modelos de mediación y su aplicación en mediación intercultural. *Migraciones*. 2001; 10: 59-110.
- Sepúlveda C, Cabieses B. Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(4):592-600. doi : 10.17843/rpmesp.2019.364.4683
- Urrutia C, Correa-Matus E, Cabieses B y Obach A. ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *Cuhsó*; 2022, VOL 32, N1: 493-513.

## ESTUDIO DE CASO:

“La figura de mediadores/as interculturales en la atención de salud a migrantes internacionales”

### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La mediación intercultural es un rol central dentro del quehacer de la salud intercultural.
- La figura de mediadores interculturales ejerce una labor única, ya que une mundos culturalmente diversos, y acerca a la población migrante al sistema de salud desde una actitud empática y solidaria.

### Descripción narrativa del caso

Carlos es un contador peruano de mediana edad. Siempre se interesó por los temas comunitarios, por lo que hace algunos años se acercó al centro de salud de su comuna para ofrecer sus servicios como mediador intercultural. De acuerdo a Carlos, la figura del mediador intercultural representa a la persona que facilita la comunicación y orienta la relación entre personas pertenecientes a diferentes culturas. Hoy en día ejerce este rol en el centro de salud.

Dice que muchas personas le preguntan por qué un peruano es mediador, si no sabe hablar otros idiomas, y los mediadores interculturales deben cumplir la función de traducir el idioma a migrantes que no hablan el español. Carlos sostiene que los mediadores interculturales no deben ser considerados solo en el ámbito de la traducción lingüística, sino que su función es mucho más amplia, siendo lo más significativo la facilitación en la vinculación entre personas pertenecientes a mundos culturales, simbólicos y sociales diferentes.

### Situación o necesidad de salud del caso:

Hace algún tiempo llegó un grupo de personas provenientes de Venezuela a vivir en la comuna de Carlos. Entre ellos hay mujeres, niños, niñas y adolescentes, y adultos mayores. De a poco, a medida que se asientan en la comuna, comienzan a acercarse al centro de salud. No tienen rut ya que ingresaron al país por paso no habilitado. Por lo mismo, temen ser deportados por algún trabajador de la salud, pero a la vez requieren de asistencia médica.

## Atención recibida por el caso:

Carlos detecta la presencia de las personas venezolanas cuando estas ingresan al centro de salud. Se acerca a ellos y les pregunta si requieren orientación. Los adultos del grupo dicen que si, que necesitan atención de salud para los niños y niñas del grupo ya que han viajado por varios meses y se encuentran en un mal estado. Carlos los invita a sentarse y le hace preguntas relacionadas a su proceso migratorio, condiciones del viaje, ingreso al país, recorrido hasta llegar a la comuna en la que se encuentran hoy.

También les pregunta por las condiciones de vida en las que se encuentran actualmente, situación laboral, etc., todo con un tono amable y fraternal. Las personas del grupo responden a sus preguntas y de apoco comienzan a sentir confianza con Carlos. Finalmente le preguntan si existe riesgo de deportación. Carlos les entrega información sobre sus derechos, los orienta respecto a la navegación en el sistema de salud, y los deriva para que soliciten hora para control de niño sano.

Posteriormente Carlos los acompaña a su vivienda, quiere conocer de cerca la realidad de estas familias. Con el pasar de las semanas y los meses los lazos entre Carlos y esta comunidad migrante se van estrechando, Carlos participa de las actividades comunitarias y continúa apoyándolos en sus requerimientos con el centro de salud. Asimismo, Carlos comparte con el equipo de salud las experiencias por las que han pasado estas familias migrantes, sensibilizando en la necesidad de no solo atender los aspectos físicos de estas familias, sino también considerando su salud mental y las condiciones de vida en las que se encuentran actualmente.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Carlos cumple un rol clave dentro de su territorio. Es un articulador de mundos, una bisagra que une a las comunidades migrantes con el centro de salud. Su labor no se queda solo en asistir en salud a personas migrantes, sino más bien en acogerlos, orientarlos para que puedan acceder al sistema de salud, pero a la vez se interesa profundamente por sus vidas. Es un trabajo integral el que realiza este mediador intercultural, uniendo al centro de salud con la comunidad.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

El trabajo que realiza Carlos constituye una buena práctica en salud intercultural. Es indispensable visibilizar estos casos y buscar mecanismos para que sean escalables a otros territorios y comunas del país. Carlos se esfuerza constantemente por estar al día en términos de regulaciones y normativas migratorias, por lo mismo, puede brindar una atención efectiva a sus usuarios migrantes.

Asimismo, se ha capacitado en interculturalidad en salud y en temáticas relacionadas a procesos migratorios actuales, por lo que puede comprender las experiencias que sus usuarios le relatan. Su interés por el trabajo comunitario hace que no solo se quede con aquella población migrante que accede al sistema de salud, sino que está en permanente búsqueda de quienes no acceden para derribar las barreras que obstaculizan el ingreso de estas personas al sistema de salud. Carlos es un ejemplo a rescatar para el desarrollo de la interculturalidad en salud en el país.



# *Interculturalidad y racismo ¿qué es el racismo y cómo se relaciona con la interculturalidad en salud?*

Autora: Alexandra Obach

## **CAPÍTULO**

# 14

En este capítulo aprenderás a conocer los mecanismos del racismo, el prejuicio y la discriminación, cómo es que llegan a establecerse y cómo operan. Ello te permitirá estar más alerta para evitar cometer actos racistas o discriminatorios en tu quehacer laboral.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿En qué consiste el racismo y cómo se expresa en nuestra sociedad hacia migrantes internacionales?

¿Cuáles son las bases del racismo en Chile?

## 1.

### ***Racismo:***

El racismo es una exacerbación del sentido racial de un grupo étnico, que suele motivar la discriminación o persecución de otros/as con los que se convive. Esta exacerbación del sentido racial, se ha utilizado históricamente para debilitar a ciertos grupos sociales y grupos étnicos, principalmente vinculando esta desvaloración de ciertos grupos en relación a sus aspectos biológicos o de raza. Es por eso hoy en día -después de ciertos traumas históricos que hemos vivido como humanidad desde la Segunda Guerra mundial- ya no hablamos de raza, sino que hablamos de etnia, porque es una construcción cultural y social que no limita a los seres humanos a sus características biológicas. Así, el racismo sigue operando, principalmente, a través de la vinculación de la de valoración del otro en términos biológicos e incluso llevándolo hacia la deshumanización.

## 2.

### ***Estereotipo:***

El estereotipo funciona muy vinculado al racismo. El estereotipo hace referencia a un conjunto de creencias, habitualmente erróneas, generadas por un constructo social a lo largo del tiempo, hacia un grupo social. Estas creencias condicionan las características, formas de actuar, de vestir, entre otras de dicho grupo social. Es decir, vamos creando ciertas imágenes del otro, que se proyectan en el tiempo, y esas imágenes generalmente son negativas. Ya que, no se basan en hechos concretos y reales y, generalmente, tienden a invalidar la existencia de los otros.

#### **Estereotipos sobre comunidades migrantes**

- Los/as/es migrantes vienen todos/as/es enfermos/as/es
- Son ladrones/as o criminales
- Son desobedientes, no saben cuidar de su salud

En la lámina observamos algunos estereotipos respecto a población migrante internacional a nivel mundial. Estos estereotipos dicen relación con que los migrantes internacionales son una avalancha de ilegales invasores, inadaptados, fanáticos, que son una amenaza, incultos, aprovechados, que son diferentes, entre otros. Vemos cómo respecto de los inmigrantes existe una serie de estereotipos, de etiquetas que solemos ponerles a las personas migrantes internacionales. Esas etiquetas se van reproduciendo en el tiempo y se van traspasando de grupo en grupo, generando cierta resistencia hacia quienes son los receptores de estas etiquetas.

### 3. *Prejuicio:*

Otro concepto importante para ver cómo se configura el racismo, es el prejuicio. El prejuicio da cuenta de una predisposición emocional, implica que las personas prejuzgan usualmente de manera negativa a miembros individuales o grupales, que coinciden con determinados estereotipos. En este caso sería, los migrantes internacionales. Entonces, no se trata sólo de una opinión o creencia, sino que principalmente de una actitud que incluye sentimientos como desprecio, disgusto, entre otros. El prejuicio hacia migrantes internacionales, por el estereotipo que se tiene, genera que se ejerza racismo sobre ellos.

### 4. *Discriminación:*

La discriminación implica poner a miembros de un grupo en desventaja o tratarlos injustamente, sobre la base de un estatus o atributo real o percibido, que generalmente es un error. A diferencia del prejuicio y de los estereotipos, el estigma se construye una vez que se establece una relación entre individuos, no en abstracto. A través del estigma es como se ejerce la discriminación. La principal característica de la discriminación es desvalorizar y establecer una relación de poder entre la persona que discrimina y aquel que es discriminado. Pensemos en todas aquellas escenas que hemos visto de discriminación con respecto a migrantes internacionales. En ellas se establece esa relación de poder entre quién discrimina, que sería aquel que ejerce fuerza, y aquel que es discriminado, en este caso, la víctima, que serían migrantes internacionales.

### 5. *Racismo y discriminación hacia población migrante:*

En relación al racismo, la discriminación a la población migrante internacional, Tijoux y Córdova (2015) nos dicen que las significaciones en relación a la migración, principalmente de aquellos grupos que en nuestra sociedad son devaluados debido a raza, clase, color y sexo (raza y color que son aspectos biológicos) construyen a los y las migrantes como sujetos de peligro, de contaminación e infección. Es decir, este constructo simbólico en relación a los migrantes internacionales, es que son sujetos de peligro, fuentes de contaminación e infección debido a su raza, etnia, clase, color o sexo. Esto hace que existan los estigmas, los prejuicios y las discriminaciones.

Estos atributos dejan a los migrantes internacionales expuestos a violentos hechos de discriminación, de xenofobia y de racismo, los que se pueden identificar desde los niveles estructurales, porque el racismo no solamente opera en las acciones individuales de los sujetos, sino que también opera, por ejemplo, en los marcos normativos, en nuestras leyes. Y, también opera en las subjetividades de la vida cotidiana, como en los espacios de trabajo, en las escuelas, los barrios y también dentro de los recintos de salud.

Los autores (Tijoux y Córdova) sostienen que es una acción deshumanizadora. Generalmente las acciones racistas y discriminadoras, buscan deshumanizar al otro. Ya que, cuando se deshumaniza, se tiene mayor poder sobre ese otro. Por lo tanto, se trata de una acción deshumanizadora que construye al otro, en general el no blanco, sobre la base de un imaginario civilizatorio y racializado. Donde la “supremacía” estaría puesto en lo blanco, como si lo blanco tuvieran una superioridad biológica. Esto nos lleva a acciones como las de los Nazi de la Segunda Guerra mundial.



Y este racismo y discriminación siguen operando en relación a la población migrante internacional, donde esta superioridad racial blanca, muy presente en América latina y en nuestro país, construye al no blanco como un ser deshumanizado, devaluado y que, por ende, puede ser receptor de aquellas prácticas racistas.

Adicionalmente, es importante señalar que no solamente existe una racionalización del sujeto migrante, sino que también opera una sexualización muy vinculada a lo anterior, sobre todo en relación a las personas de color. Es decir, hay una racionalización en términos de una desvalorización por el color de la piel, de raza, etcétera y además de eso hay -sobre todo con respecto a las mujeres de color inmigrantes- ciertos atributos de sexualización y también de objetivación sexual, como si fueran objetos sexuales y de deseo para esta “supremacía” blanca.

Desde la teoría postcolonial Quijano (1999), entre otros autores, esto se explica a través de la jerarquía racial de lo blanco “que ha permanecido en la base de las desigualdades sociales de Chile y América Latina (Barandiarán 2012; Gaune 2009; Walsh 2019). Entre otros expertos, Stefoni y Corvalán (2019), investigadores de nuestro país, sostienen que este relato nacional -donde se expresa esta “supremacía” de lo blanco- está construido sobre el imaginario de un pueblo blanco y homogéneo en términos culturales, que niega todo aquello que desde dicho imaginario ha sido inferiorizado, es decir, lo indígena, lo negro, entre otras categorías que se construyen como subalternas. Por lo tanto, el racismo consiste en la exacerbación del sentido racial de un grupo étnico que suele motivar la discriminación o persecución de otro u otros con los que convive. Así, racismo, estereotipos, prejuicios y discriminación hacia migrantes internacionales son sentires y conductas habituales hacia migrantes, las cuales impiden una sana convivencia entre las personas y afectan a quienes son víctimas de xenofobia.

## 6.

## Mitos sobre migrantes internacionales en Chile:

Como parte de estas conductas negativas, se generan una serie de mitos o “fake news” sobre migrantes internacionales, los cuales acrecientan los procesos de racismo y discriminación. Es importante derrumbar dichos mitos con evidencia científica, para sí facilitar un encuentro intercultural efectivo entre los grupos humanos.

Algunos mitos en torno a migrantes internacionales:

- a) Los migrantes son ilegales
- b) Los migrantes nos quitan el trabajo
- c) Llega lo peor a Chile, todos son mal educados y delincuentes

### a) Sobre el mito que los migrantes son ilegales: FALSO

---

- El término ilegal se ha usado como sinónimo de extranjero indocumentado, migración clandestina, migración regular, migrante irregular.
- Es importante aclarar que no existen personas ilegales.
- Migrante irregular es el término utilizado para designar a personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor (perspectiva administrativa) es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país.

### b) Sobre el mito que los migrantes les quitan el trabajo a los nacionales: FALSO

---

- Sep- Nov 2017 a 8.3721.908 personas ocupadas en Chile, de las cuales 184.399 declaran no ser chilenas (2,2% de la ocupación nacional).
- Categoría Ocupacional:
  - › 58% trabaja como asalariado del sector privado (similar a los empleados nacionales)
  - › 19% de los extranjeros trabajan por cuenta propia (de éstos, un 21% dice trabajar en la calle o vía pública y otro 16% lo hace en su propio hogar)

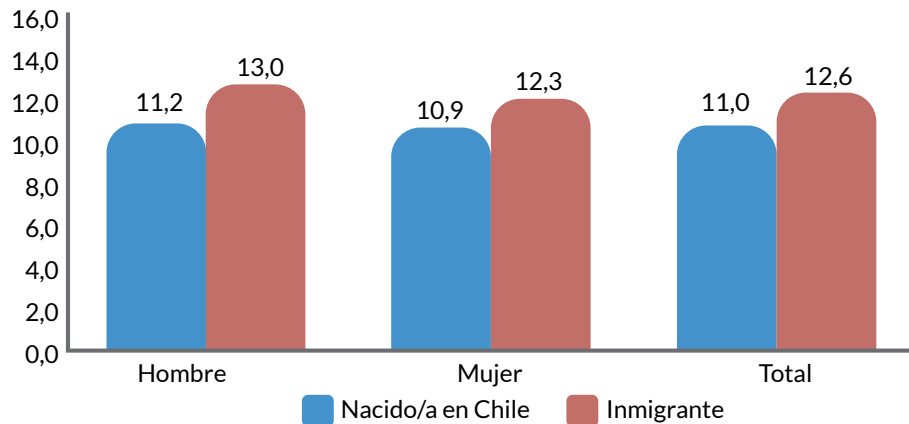
c) Sobre el mito sobre que a Chile llega lo peor, personas mal educadas: **FALSO**

los años promedio de escolaridad es mayor en población migrante que en población nacional

**Casen**  
2015

**Años promedio de escolaridad de la población de 18 años o más por lugar de nacimiento y sexo (2015)**

(Porcentaje, población de 18 años o más por lugar de nacimiento y sexo)



Diferencias entre hombres y mujeres: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas entre personas nacidas en Chile.

Diferencias entre inmigrantes y nacidos/as en Chile: Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2015.

Es importante mencionar que algunos de los factores que afectan, directa o indirectamente la salud de la población migrante, incluyen: los motivos para migrar, experiencias de discriminación y estigma, inadecuadas condiciones sociales, de vivienda y laborales, el desconocimiento de cómo funcionan los servicios sociales y la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los mismos en el lugar de destino.

El racismo, la discriminación y la xenofobia son temas que deben ser abordados desde una dimensión de salud, ya que afectan directamente la vida de migrantes internacionales.

## 7.

## *Actos racistas:*

En las imágenes siguientes, observamos acciones de racismo y discriminación hacia la población migrante, principalmente en la ciudad de Iquique, en el norte de Chile. En Iquique hemos observado actos de xenofobia hacia personas en situación de calle, migrantes en situación de calle que estaban instalados en algunos espacios públicos, que fueron víctimas de la quema de sus pertenencias. Había niños, niñas, mujeres gestantes, pero nada de eso importa, cuando lo que opera ahí es una deshumanización del otro.

En estas imágenes observamos ciertos titulares de prensa que dan cuenta de acciones xenófobas en contra de migrantes, quemando sus pertenencias. Esto ha sucedido en Iquique, pero también en otras ciudades, ya que en Chile ha habido tensión política y social ante la entrada de migrantes por el norte.

# Chile: la marcha contra migrantes que terminó con la quema de pertenencias y carpas de extranjeros

Redacción  
BBC News Mundo

26 septiembre 2021



Un ciudadano toma una imagen de la quema de ropa y pertenencias de los migrantes que han llegado a Iquique en los últimos meses.

Tomado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-58700359>

Estas son acciones extremas que se han podido visualizar, pero también existen acciones cotidianas, en las cuales vamos reproduciendo estos mismos patrones de racialización, de discriminación y estigma hacia los otros. Muchas de ellas suceden en los espacios institucionales, incluidos los boxes de atención de salud, los centros de atención de salud, los hospitales. Por eso es necesario reflexionar de cómo nosotros en nuestro quehacer, vamos reproduciendo estas mismas acciones simbólicas, estas construcciones que hacemos en relación a los cuerpos y los sujetos migrantes internacionales.

## 8.

## Ejemplos:

## Ejemplos



Porque como tú debes saber bien, la discriminación es mucho más profunda y a veces inconsciente. (I: Mhm), entonces, (pausa) me pasó hoy día en la mañana un señor que a propósito de no sé qué me dijo “claro es que, los peruanos y la basura y yo no sé qué”, y yo le dije “perdona pero, ¿cómo sabes tú que son los peruanos? O sea, yo estoy seguro de que hay peruanos que botan basura en la calle, y también chilenos (I: Mhm).(pausa) Bueno, entonces, primero que está esta como cosa media automatizada de responsabilizar al migrante de determinado fenómeno social...(toma aire). Lo segundo es que hay formas de expresión más profunda como por ejemplo eh... lo que pasa que el peruanito de eh calle. (toma aire) entonces yo le digo “¿Porque el peruanito?, le digo yo... “peruano poh...” “no es que”, entonces como como que como que lo empiezan a disfrazar y casi como que es de cariño... **Entrevista 5, Autoridad Local, Agosto 2014.**

A nosotros nos dan fuerte, nombran que nosotros venimos a vender droga, que somos ladrones. Si, entiendo que algunas personas no se portan bien, pero no todos, es una minoría. **Entrevista 27, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Es duro... sobre todo para las mujeres, lo tratan mal a uno (...) Yo buscaba así pega como para asesora del hogar cosas así y no y, no siempre me decían: vaya para allá en los topless hay trabajo. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Mira la otra semana entró un ecuatoriano, el ecuatoriano pasó y la niña que venía atrás por ser colombiana le dijeron; tú no vas a entrar, les dijo: pero si traigo mis papeles, no... porque tú vienes a ser puta. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En las láminas anteriores, encontramos ejemplos que están sacados de algunos textos que hemos producido como Programas de Estudios Sociales en Salud en el libro de descarga gratuita “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile”. En el ejemplo uno se puede leer: “porque como tú debes saber bien, la discriminación es mucho más profunda y a veces inconsciente. Me pasó hoy en día en la mañana un señor que a propósito no sé qué me dijo “Claro, es que los peruanos y la basura yo no sé qué” y yo le dije, “perdona, ¿pero ¿cómo sabes tú que son los peruanos? O sea, yo estoy seguro de que hay peruanos que botan basura en la calle y también chilenos”. Bueno, entonces primero está ésta como cosa media automatizada de responsabilizar al migrante de determinado fenómeno social. Lo segundo es que hay formas de expresión más profundas, como por ejemplo lo que pasa que el peruanito en la calle, entonces yo le digo “por qué el peruanito” le digo yo “peruano poh” entonces como que lo que empiezan a disfrazar, así como si fuera de cariño...” En este relato encontramos un acto de deshumanización del otro.

Dice también otra persona colombiana, “a nosotros nos dan fuertes, nombran que nosotros venimos a vender droga, que somos ladrones. Sí entiendo que algunas personas no se portan bien, pero no todos, es una minoría”. Entonces, lo que hacen los actos racistas y de discriminación, y también la generación de estereotipos, es que estas minorías las construimos en mayorías y etiquetamos finalmente a todas las personas pertenecientes de un grupo determinado con dicha categoría.

Otra mujer migrante colombiana nos dice. “Es duro, sobre todo para las mujeres. Lo tratan mal a uno. Yo buscaba así pega como para asesora del hogar, cosas así y no y siempre me decían: vaya para allá, en los topless hay trabajo”. Esto nos remonta al fenómeno de la sexualización del que estábamos hablando anteriormente, que generalmente está acompañado de los procesos de racionalización.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Tijoux ME, Palominos S. Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. Revista Latinoamericana, Volumen 14, N° 42, 2015: 247-275.

## ESTUDIO DE CASO:

“Racismo y migración en Chile: El caso de Joanne Florvil”

### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

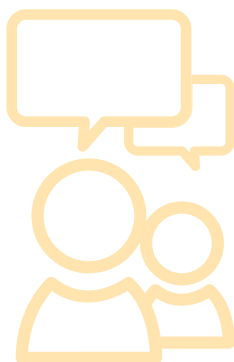
- La mediación intercultural es un rol central dentro del quehacer de la salud intercultural.
- La figura de mediadores interculturales ejerce una labor única, ya que une mundos culturalmente diversos, y acerca a la población migrante al sistema de salud desde una actitud empática y solidaria.

### Descripción narrativa del caso

*“A las cinco de la tarde del 30 de agosto de 2017, Joane Florvil acudió con su hija de tres meses de edad a las oficinas de la Municipalidad de Lo Prado para denunciar el robo de la mochila de su marido. Sin embargo, no logró hacerse entender debido a que su lengua materna era el creole haitiano y poseía limitado conocimiento de castellano. Según la versión de la municipalidad, el guardia trató de hacerle entender incluso mediante gestos que tenía que ir al Departamento de Desarrollo Social.*

*Florvil dejó a la bebé con el guardia y fue a buscar ayuda para hacerse entender, puesto que quería explicar bien lo que había acontecido con las pertenencias de su marido. Por lo tanto, acudió a una construcción cercana a las oficinas a buscar colaboración de algún trabajador haitiano. Al no lograr su objetivo, se dirigió a casa para buscar a su marido para que él reclamara las pertenencias y regresó a la media hora”.*

Fuente:CanteroM.SánchezJOANEFORVIL.UNABORDAJEINTERSECCIONAL DE LA RACIALIZACIÓN DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CHILE. Atenea 525; 2022: 11-29. <https://doi.org/10.29393/At525-1JFMC10001>



## Situación o necesidad de salud del caso:

*“Apenas funcionarios de la Municipalidad vieron a la guagua sin su madre emitieron una alarma de que había sido abandonada. A las 21 horas, se detuvo a Joane Florvil por presunto abandono de menor. Joane Florvil no comprendía el motivo de la detención. En la comisaría ya detenida empezó a golpearse la cabeza contra el muro del calabozo, por lo que fue enviada bajo arresto al Hospital Posta Central; y al día siguiente ingresó a la UCI por falla renal y cuadro epiléptico. Cabe señalar que hay voces disonantes en torno a la versión de la autolesión. Según fuentes, Joane Florvil era plenamente consciente de la discriminación de la que estaba siendo víctima por ser haitiana”.*

Fuente:CanteroM.SánchezJOANEFORVIL.UNABORDAJEINTERSECCIONAL DE LA RACIALIZACIÓN DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CHILE. Atenea 525; 2022: 11-29. <https://doi.org/10.29393/At525-1JFMC10001>

## Atención recibida por el caso

“El 27 de septiembre la joven fue trasladada nuevamente a la UCI sin tener aún un diagnóstico claro y sin mostrar ninguna mejora en su estado de salud. Durante la noche del 29 de septiembre fue trasladada a la sala de urgencias del Hospital Clínico UC, donde falleció horas después a causa de una insuficiencia hepática.

Joane Florvil fue declarada inocente de manera póstuma el 22 de noviembre del 2017 y su hija fue devuelta del Servicio Nacional del Menor a la familia. En el fallo del Quinto Juzgado Civil de Santiago se estableció que hubo “discriminación arbitraria” en el trato que la institución le dio a la madre migrante haitiana, pobre y que no hablaba castellano”.

Fuente:CanteroM.SánchezJOANEFORVIL.UNABORDAJEINTERSECCIONAL DE LA RACIALIZACIÓN DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CHILE. Atenea 525; 2022: 11-29. <https://doi.org/10.29393/At525-1JFMC10001>

Fuente: Cantero M. Sánchez JOANE FLORVIL. UN ABORDAJE INTERSECCIONAL DE LA RACIALIZACIÓN DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CHILE. Atenea 525; 2022: 11-29. <https://doi.org/10.29393/At525-1JFMC10001>  
[www.youtube.com/watch?v=U1fi9ntdzC8](http://www.youtube.com/watch?v=U1fi9ntdzC8)



# *La experiencia de facilitadores y mediadores interculturales para poblaciones migrantes en Chile*

Autora: Báltica Cabieses

## **CAPÍTULO**

# 15

En este capítulo aprenderás cómo se definen y cuál es el rol de facilitadores lingüísticos y de mediadores interculturales en salud. Podrás reconocer fortalezas y oportunidades de mejora en el trabajo de atención de salud hacia poblaciones migrantes, por parte de facilitadores lingüísticos y de mediadores interculturales. Esto te permitirá ayudar a fortalecer el importante trabajo que se realiza en la materia.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Qué es un facilitador lingüístico y mediador intercultural?

¿Cuáles son las fortalezas y oportunidades de mejora de facilitadores lingüísticos y de mediadores interculturales en la atención de salud hacia poblaciones migrantes en la actualidad en Chile?

1.

## ***Rol de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales. Revisión de literatura científica 2020:***

En primer lugar, es necesario diferenciar las figuras de los facilitadores lingüísticos y los mediadores interculturales (no profesionales). Los facilitadores lingüísticos pueden ser formales o informales, generalmente son personas de la misma comunidad o familiares, que se ofrecen para traducir de un idioma a otro. Su trabajo consiste en una traducción de idiomas, experto o informal. Por su parte, los mediadores interculturales (o mediadores culturales) pueden también desempeñarse formal o informalmente y su particularidad es que tienen un rol activo en la facilitación del contexto intercultural para que el intercambio de información se comprenda cabalmente.

El mediador intercultural es un puente para la toma de decisiones en el espacio de salud, ya que puede interpretar. Si es necesario. El mediador puede traducir, como el facilitador lingüístico, pero su alcance es mucho más amplio, puesto que también ayuda a crear contextos de entendimiento mutuo sobre los sistemas de creencias y axiomas o supuestos sobre los cuales las personas (desde su contexto cultural) están observando o definiendo la situación actual.

2.

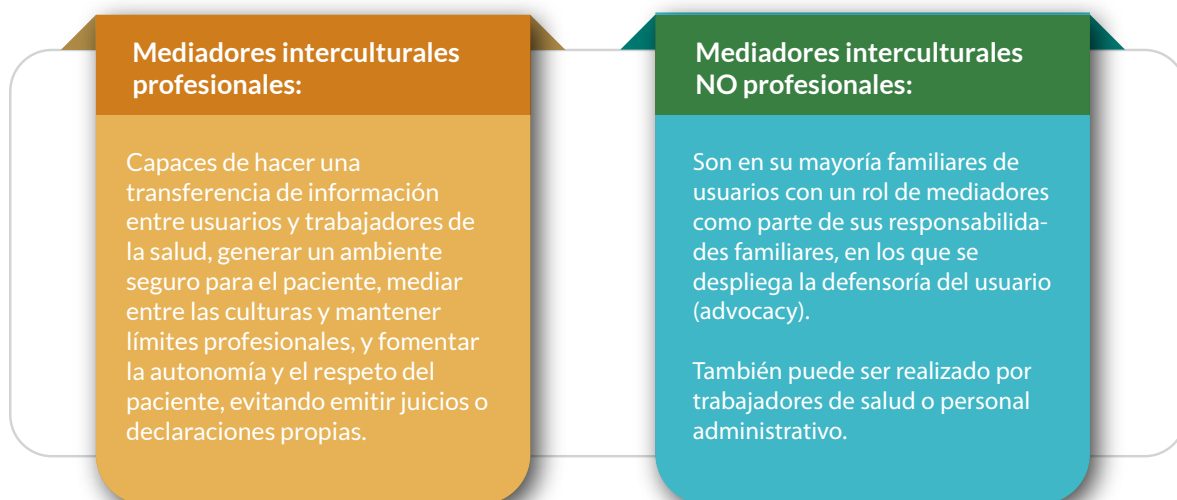
## ***Mediadores interculturales profesionales y no profesionales:***

En el equipo de investigación del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD realizamos en el año 2020 una revisión general de la literatura sobre roles de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales y encontramos algunas distinciones interesantes revisaremos brevemente. En el libro “Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales” (de libre acceso en <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>) se da cuenta de que existen mediadores interculturales PROFESIONALES formales, que son capaces de hacer una transferencia de información entre usuarios y trabajadores de la salud. Pueden generar un ambiente seguro para el paciente o usuario, mediar entre las culturas (que es muy complejo) y mantener los límites profesionales y fomentar la autonomía y el respeto del usuario o paciente, evitando emitir juicios o declaraciones propias. Para lograr todas estas cosas realmente se necesita algún grado de entrenamiento formal.

Por su parte, los mediadores interculturales NO PROFESIONALES son, en su mayoría, familiares de usuarios, con un rol de mediadores como parte de sus responsabilidades familiares. Lo hemos visto en Chile, por ejemplo, con hijos adolescentes que aprenden más rápido del idioma chileno español, y entonces hacen la traducción a sus padres o tíos o abuelos. En este caso se despliega la defensoría del usuario (advocacy), puesto que esta persona, además de estar traduciendo y de explicar el contexto cultural de ese usuario, también está implicado emocionalmente porque es un familiar. La labor de mediador intercultural no profesional, también puede ser realizado por trabajadores de la salud, personal administrativo que conozcan el idioma o la cultura, pero no han sido entrenados para este fin.

## ROL DE FACILITADORES LINGÜÍSTICOS Y MEDIADORES INTERCULTURALES

Revisión de literatura científica 2020.



3.

### ***Funciones generales de los mediadores interculturales, en especial los formales o profesionales:***

La primera función del mediador intercultural es la traducción lingüística, cuando sea necesaria. También, el acompañamiento del usuario en gestiones específicas de salud, apoyo durante los ingresos hospitalarios, apoyo a los trabajadores de la salud en determinados casos de seguimiento de usuarios, así como en planificación, prevención y promoción de la salud. Adicionalmente tiene la función de ayudar y apoyar a los usuarios a solucionar problemas en términos de adaptación e integración al sistema de salud, y explicar efectos adversos de los tratamientos que deben seguir o de los riesgos o de los beneficios. En tercer lugar, ayudar en la comunicación y generar confianza basada en su nivel de formación, buen conocimiento de los idiomas y de la terminología médica, con capacidad de traducción y compartir el mismo origen, dialecto y género del paciente.

Esto es recomendado, por ejemplo, en una atención a una población muy diversa con otro idioma y otra cultura. En atención prenatal (cuidado de un embarazo) se recomienda que idealmente quien haga de mediador sea también una mujer, para tener ese cuidado con enfoque de género

y respeto a esa cultura donde un hombre en ese espacio puede ser considerado ofensivo, o incorrecto. En cuarto lugar, el mediador debe ser altamente calificado en terminología y lenguaje médico, además de ayudar a resolver malentendidos entre trabajadores del usuario cuando esto ocurra.

4.

## ***Beneficios de contar con mediadores profesionales:***

Contar con mediadores profesionales tiene múltiples beneficios, tres de ellos son:

---

1. Menos posibilidades de errores clínicos en el momento de la traducción
2. Mejor comprensión de su rol en las consultas de salud
3. Mayor actitud profesional a través de aptitudes específicas que se adquieren a través del entrenamiento específico. Tener una actitud neutral frente a comentarios y opiniones de ambas partes, generar espacios de facilitación donde se reconocen las aficiones de cada uno y así de esa manera ir construyendo un espacio de mediación cultural o intercultural.

Es importante, además, reconocer la necesidad del entrenamiento de esta figura del mediador y su rol a todo el equipo de salud, puesto que ocupan un rol importante, reconocido a nivel mundial y nacional, pero no siempre son entrenados para eso. Por el contrario, van aprendiendo por ensayo y error en la práctica. Entonces, es necesaria la formación en interculturalidad en salud y que todos los trabajadores de salud sepan cómo realizar sus consultas conjuntamente con la figura del mediador, es decir, que sepan manejar el vínculo triádico paciente-mediador- personal de salud.

## 5.

### *La evidencia internacional sobre facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales en tres continentes:*

Evidencia de las Américas, de acuerdo con la revisión de literatura desarrollada el 2020, propone los siguientes temas principales: i) Rol del mediador intercultural y su formación; ii) Efectos negativos de la mediación intercultural; iii) Intérpretes telefónicos y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) aplicadas a la mediación intercultural y iv) Uso de intérpretes en atenciones de salud específicas: cuidados paliativos, odontología y salud sexual y reproductiva. Acerca de la formación profesional o capacitaciones para cumplir el rol de mediador, algunos estudios explicitan la necesidad que esto se concrete ya que el contar con mediadores interculturales entrenados conlleva una serie de beneficios, entre ellos, menos posibilidades de errores clínicos en el momento de la traducción; mejor comprensión de su rol en las consultas de salud; y mayor actitud profesional a través de aptitudes específicas que se adquieren a través de entrenamiento específico. Respecto al personal de salud, los hallazgos sostienen que es necesaria la formación en interculturalidad en salud y que los trabajadores de salud sepan cómo realizar sus consultas conjuntamente con la figura del mediador, es decir, que sepan manejar el vínculo triádico paciente-mediador-personal de salud. Finalmente, se propone un término que se considera importante, el de “interpreter assemblage”, que se refiere al conjunto de personas, recursos técnicos e ideas que son parte de la mediación intercultural transnacional y que tienen su forma propia de acuerdo a las realidades locales.

Evidencia de Europa ha desarrollado cuatro ejes principales: (i) Rol de los mediadores, (ii) Formación de los mediadores; (iii) Roles a cumplir en la triada usuario-mediador-personal de salud; y (iv) Barreras específicas de migrantes para acceder a mediadores. Sobre la formación en particular, la literatura apunta a que los mediadores deben estar formados en temas específicos como: conocimiento médico general, conocimiento sobre lenguaje técnico y de especialidades médicas. Además, es importante que estén al tanto del enfoque de género. A esto se suma la necesidad de formación en especificidades de poblaciones en distintas etapas del ciclo vital, en particular en población de adultos mayores, y en conceptos y principios de salud mental y métodos psicoterapéuticos. Sobre los tipos de formación existentes y propuestos se encontraron: clases formales, formación práctica y supervisión, así como tipos de formación universitarios o formaciones más cortas. Los estudios también proponen instancias compartidas para mediadores y personal de salud para entrega de información con la finalidad de generar una cultura de la mediación y un entendimiento clarificado de los roles a cumplir en la atención de salud. La formación de los mediadores interculturales tiene el efecto positivo de que los usuarios y personal de salud utilicen más sus servicios y se valgan menos de mediadores informales.

Evidencia de Oceanía y Asia propone estos cuatro ejes temáticos: (i) Barreras en el acceso efectivo a mediadores; (ii) Formación de los mediadores y sugerencias para una política de servicio de intérpretes; (iii) Dilemas que enfrentan los intérpretes y (iv) Mediación y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs). Sobre algunos desafíos y dilemas que enfrentan facilitadores y mediadores interculturales en salud hacia poblaciones migrantes destacaron: i) precisión versus comprensión; ii) sólo traducción versus abogacía y sensibilidad cultural; y iii) profesionalismo versus brindar apoyo. Algunos se veían a sí mismos simplemente como un conducto preciso de información, mientras que otros veían su papel en términos más amplios, que abarcaban la defensa (advocacy) del paciente, la interpretación intercultural y la entrega de apoyo emocional. Los intérpretes percibían como desafíos de su trabajo la falta de continuidad en la atención, el manejo de sus propias emociones especialmente después de las consultas de malas noticias, y el manejo de diversas expectativas que tienen los usuarios y sus familiares.

6.

## *Estudio en Chile: Sepúlveda 2019 (tesis de magíster en políticas públicas)*

El año 2019 pudimos acompañar a Camila Sepúlveda, como parte de su tesis de magíster en políticas públicas. Su tesis fue un estudio en contextos de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para poblaciones migrantes haitianos en Chile. Los resultados fueron publicados en un artículo de libre acceso disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n4/a06v36n4.pdf>

Quisiéramos referirnos brevemente a algunos resultados del estudio. Como contexto general, en Chile el término facilitador intercultural (FI) se describe por primera vez en el programa especial de salud de pueblos indígenas (PESPI) en los años 90. Se le reconoce como una persona que articula las necesidades de los usuarios con la red de salud y cuyo foco es resolver inequidades de acceso y trato efectivo en salud, que afectan a personas pertenecientes a pueblos originarios. Luego, con el paso del tiempo y el aumento de personas migrantes internacionales en el país, fue necesario también adoptar esta figura para poblaciones migrantes.

Así, con el nuevo escenario migratorio en Chile, se volvió necesario repensar la figura del mediador o facilitador para personas de cultura e idioma diferente, más allá de lo propuesto por el PESPI para pueblos indígenas. Por esta razón, el año 2014 se realizaron los primeros esfuerzos para la incorporación de facilitador intercultural para migrantes. Considerando estos antecedentes y el progresivo aumento de inmigrantes, la política de salud de migrantes internacionales en Chile, lanzada el año 2018, incluyó de manera formal la figura de mediadores interculturales y facilitadores de lingüísticos.

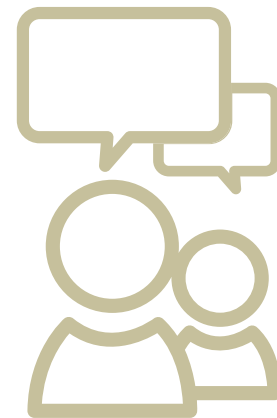
En cuanto a la tesis de magíster realizada por Camila Sepúlveda, el objetivo de esta investigación fue indagar la percepción de los distintos actores clave, en torno al rol de los facilitadores

interculturales en la atención de los migrantes haitianos en dos comunas de Chile. Se entrevistaron a distintos actores clave: a la autoridad sanitaria o referente de migrantes de estos centros, a trabajadores de la salud, administrativos y profesionales, a facilitadores o mediadores y a la población migrante haitiana.

Algunos de los interesantes resultados del estudio son, en primer lugar, se encontraron elementos importantes y distintivos sobre la experiencia de los facilitadores interculturales, primero, en la necesidad de comunicación efectiva entre el trabajador de la salud y el migrante haitiano/a. Y la importancia de definir claramente un perfil de facilitador intercultural. Además, se reconocieron ventajas y desventajas de contar con facilitadores interculturales. Por ejemplo, como ventajas aparecen: la disminución de gasto público, confidencialidad, comunicación efectiva, uso eficiente de la red de salud porque las personas se pierden menos en la navegación, reducción de estrés del equipo de salud al tener a alguien que les apoya y contribución a sentar necesidad de capacitación intercultural. Como posibles desventajas aparecieron: el costo asociado a tener a estas personas y la falta de entrenamiento, que más bien es una limitación, entre otras.

Como recomendaciones para la incorporación de facilitadores se encontró: la necesidad de contratación de más facilitadores; generación de sensibilidad del usuario interno -que es el equipo de salud- para que entiendan bien roles, funciones y límites de ese rol; evaluar la necesidad según realidad local particular de cada centro; y la incorporación de estas personas a las reuniones del sector y estudios de familia. Esto último, ya que los facilitadores no son incorporados y por lo tanto se van quedando atrás en decisiones del equipo, aunque son, de igual manera, parte del equipo.

Asimismo, los actores señalaron que no era un requisito obligatorio de los facilitadores la formación académica de salud, pero sí destacan beneficios de que la persona facilitadora maneje los programas de salud disponibles en el país y la terminología médica empleada para hacer mejor su labor. La disminución del gasto público es internacionalmente reconocida como ventaja de contar con estas figuras, pues las asignaciones de intérpretes permiten un tratamiento efectivo y específico, evitando cronicidad, mejorando la adherencia y promoviendo la satisfacción usuaria.



Se destaca como tema emergente de esta investigación, la salud mental de los facilitadores interculturales, pues se reconoce que este rol puede actuar como un riesgo laboral si no es bien definido, entrenado y apoyado, reforzando la importancia de formación temprana en este tema y sostenida en este tema. Se reconoce la oportunidad que ofrece para los sistemas de salud garantizar financiamiento gubernamental de servicios profesionales de traducción e interpretación y mediación en la atención médica o de salud, con normativas actualizadas y basadas en la evidencia.

7.

## ***Licitación minsal 2019: taller nacional facilitadores migrantes:***

Como Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD, desarrollamos el primer taller nacional de facilitadores y mediadores a poblaciones migrantes en Chile, junto con el Ministerio de Salud. Participaron 32 personas migrantes, cuyo trabajo era el de facilitador o facilitadora intercultural. De ellos, 14 eran hombres y 17 mujeres y una persona no indicó su sexo. El rango etario de estas personas era entre 23 y 47 años, con un promedio de edad de 33 años.



### **¿Qué encontramos cuando hablamos con estas 32 personas que en todo el territorio nacional -norte, centro y sur- ejercían de facilitadores y mediadores interculturales?**

En primer lugar, la percepción del rol de los facilitadores interculturales para la atención de salud de migrantes internacionales está relacionada con funciones específicas en traducción, interpretación, educación del sistema sanitario en Chile, mediación intercultural y colaboración con labores administrativas. Además, colaboran en actividades educativas para migrantes que requieren apoyo con el abordaje de diferencias culturales. Esta visión es compartida por diversos actores clave considerados para el estudio y concordante con la política de salud vigente. Los facilitadores interculturales se han transformado en un integrante del equipo de salud, relevante en Chile, para superar barreras idiomáticas y culturales existentes entre los equipos de salud y los usuarios migrantes internacionales, incluyendo población haitiana, pero también otras que, aunque compartan idiomas, pueden tener diferencias de experiencias culturales y de visiones de cómo funciona un sistema de salud. Los facilitadores y mediadores interculturales un recurso escaso y con elevada carga laboral y sin descripción formal de su rol y responsabilidad, por lo que urge regular administrativamente en la materia, tanto para su incorporación formal en servicios hospitalarios, como para aumentar la presencia de éstos a nivel de atención.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Sepúlveda C y Cabieses B. ROL DEL FACILITADOR INTERCULTURAL PARA MIGRANTES INTERNACIONALES EN CENTROS DE SALUD CHILENOS: PERSPECTIVAS DE CUATRO GRUPOS DE ACTORES CLAVE. R 2019;36(4):592-600. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n4/a06v36n4.pdf>
- Urrutia, Molina, Obach, Cabieses. 2021. Capítulo 7: Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales. En: Libro “La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas”. Eds. Cabieses et al. PÁGINAS 177-210. [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

## ESTUDIO DE CASO:

### El caso de una facilitadora no profesional en la atención de salud

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Un desafío pendiente en el sistema de salud chileno, anterior a los cambios de patrones migratorios actuales pero intensificado por este, es el de construir espacios de encuentro en salud que respeten la dignidad y honra de todo ser humano, independiente de su condición social, género, color de piel o estatus migratorio.
- Los facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales pueden cumplir un rol clave en el encuentro humano intercultural en la atención de salud, en especial si son profesionales y han sido debidamente entrenados e integrados a los equipos de salud.
- También se debe promover la construcción de “equipos de salud sensibles interculturalmente” del inglés “migration aware health systems” que protejan de manera efectiva el bienestar y la salud de personas en movilidad humana, en especial si viven alguna forma de vulnerabilidad humana o social.

#### Descripción narrativa del caso:

##### Datos de la persona

SEXO	EDAD	NACIONALIDAD	TIEMPO EN CHILE	REDES DE APOYO	ESTADO CIVIL	OCUPACION
Femenino	23 años	Haitiana	2 años	Escasa red de apoyo, su pareja está en Haití, peleó con pareja de amigos que eran los únicos que conocía en Chile, vive con otros haitianos	Soltera	Dueña de casa

## Situación o necesidad de salud del caso:

Llega paciente haitiana que no habla español, solo creole y francés, por lo que el relato lo realiza su acompañante, una señora chilena de mediana edad, quien además es acompañada por su hija, una niña de unos 10 años aproximadamente. La paciente estaba embarazada y requería una ecografía como parte del control de su embarazo, en su centro de atención primaria le habrían entregado una interconsulta derivándola a este hospital para su realización, y ella habría perdido la hora asignada porque no comprendió lo que se le indicó.

Al momento de intentar consultar en el mismo centro de salud, una funcionaria de ese centro de salud, que no sabemos si era profesional o técnico comenzó a gritarle y a retarla, la joven haitiana tenía rostro asustado y se notaba que no comprendía, por lo que otra usuaria chilena intervino en su defensa, recriminándola por tratar mal a la haitiana, según ella lo describe, le habría dicho: ¡no ve que ella no le entiende nada!, y como pudo logró algún grado de comunicación con ella.

La funcionaria aún ofuscada le explicó a esta mujer chilena que la embarazada haitiana había perdido la hora, lo cual la señora chilena ofreció ayudarla para que ella no volviera a perder la hora, ¡ella la iba a acompañar! Aun así, la funcionaria se negaba a ayudarlas. La mujer chilena no quedó conforme con esta respuesta y reclamó hasta que agotó a la funcionaria. Como última respuesta les dijo que vinieran al hospital “¡a ver si allá le dan hora!”, es así como terminó en mi oficina, en mi rol de Referente de Migrantes del Hospital.

Para mi sorpresa, la hora que la usuaria había perdido nunca había sido agendada desde APS, por lo que tuve que explicarles que en el consultorio no habían hecho bien la derivación. La paciente se fue del hospital con una hora para la ecografía, a la que vino acompañada de esta nueva amiga chilena.

## Atención recibida por el caso:

### Comentario del autor del relato: Ligia Gallardo

Este relato tiene varios elementos interesantes de analizar, me llamó mucho la atención la reacción de la funcionaria, tanto al comportarse de manera agresiva, sin siquiera pensar que la usuaria no estaba comprendiendo lo que ella le decía, solo lo no verbal... y luego al decidir arbitrariamente no darle una nueva hora dentro de la red pública de salud, obligándola a recurrir a un centro médico privado y a los altos costos asociados. Pregunté tanto en consultorio como en Hospital si hay alguna “norma” o “acuerdo” de los equipos profesionales que indique que se castigue de esta manera a las usuarias que pierdan una hora médica o de exámenes, y la respuesta fue categórica: no existe. Por lo tanto, la decisión tomada desde el enojo de la funcionaria era totalmente arbitraria.

El segundo elemento de este caso que llamó mi atención fue el papel de la usuaria chilena que fue capaz de orientar y defender a la mujer haitiana desde su propio conocimiento de los sistemas de salud: ella tenía incorporado la noción de derechos en salud y eso ayudó a que este caso no tuviera un resultado distinto al relatado; por lo que da sentido a la idea que el trabajo se debe realizar no solo con migrantes, sino con los propios chilenos. Un tercer elemento de análisis es el factor idiomático, lo evidente es cuestionarse por la falta de comprensión del español, pero me parece más relevante en este caso la comunicación no verbal... tratar de imaginar lo amedrentador que debe ser que te hablen fuerte y muestren enojo, aunque no comprendas qué está sucediendo.

Como funcionaria de salud me avergüenza este tipo de actitudes, es incómodo explicar tanto a la usuaria chilena como haitiana que los sistemas de derivaciones entre APS y hospital adolecen de este tipo de problemas y errores; que aun dependen de la aplicación de criterios de personas que no siempre están alineadas incluso dentro de las mismas instituciones. Y la segunda parte, comunicar esto a la referente comunal de Migrantes, y tratar que no quede en la anécdota o se piense que estamos acusando a alguien, sino que se saquen aprendizajes de esta situación. La inquietud obvia es ¿qué habría ocurrido si la mujer haitiana no se hubiera encontrado con alguien que defendiera sus derechos?; mientras se realizan muchos esfuerzos para dar acceso de salud a las personas migrantes, un solo acto como el descrito podría significar que una mujer que además no habla español pudiera comprender que no tiene derechos en Chile, dejar sus controles de embarazo e incluso evitar acudir a Urgencia llegado el momento de requerirlo.



Me cuestiona que tengamos que hablar de humanización de la salud, cuando para mi gusto no puede haber salud sin un trato humano y digno. Otra idea que me quedó dando vueltas, fue que nosotros los funcionarios de salud interpretamos ese papel impreso como interconsulta y esa anotación a mano como la fecha y hora en que debe acudir a atención, vale decir, estamos dentro de esta cultura de salud con sus propios códigos y lenguaje, y a veces eso nos limita la posibilidad de ponernos en el lugar del otro, de un otro que a veces hablando español no tiene por qué comprender esos significados que a nosotros nos parecen tan obvios.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

Un desafío pendiente en el sistema de salud chileno, anterior a los cambios de patrones migratorios

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Comentario experto de Báltica Cabieses:

Uno de los elementos más distintivos de la reciente inmigración a Chile es el cambio de perfil migratorio. En los últimos años ha destacado el aumento del influjo de personas migrantes internacionales de zona norte del cono sur latinoamericano y de Centroamérica. Este nuevo influjo trajo nuevos países de origen, nuevas culturas y tradiciones, nuevas formas de comprender la salud y la enfermedad y también nuevas características genotípicas y fenotípicas. Ver hoy caminando por cualquier comuna de Santiago a una persona afrodescendiente, por ejemplo, se ha vuelto parte del paisaje habitual, y con ello una nueva experiencia de lo que la migración significa y genera para los chilenos.

Un grupo de personas migrantes provienen de Haití. Este país es llamativo por sus diferencias con la mayoría de Latinoamérica en su conjunto: es el que tiene el PIB e índice de desarrollo humano más bajo y la proporción de ruralidad más alta de la región, tiene alta prevalencia de población afrodescendiente y su perfil epidemiológico es de país en vías de desarrollo con elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. Presenta una marcada tradición cultural por el vudú, que caracteriza una estrecha relación con la naturaleza y los antepasados, dando valor a la enfermedad y a la curación en tanto la relación sana o insana con estos elementos. Haití tiene como lengua nativa en Creol, dialecto cuyo origen proviene del francés. Las personas migrantes provenientes de Haití experimentan necesidades vinculadas al sistema de salud distintas a los demás migrantes de la región, y que por cierto desafía nuestro entendimiento y capacidad de respuesta a sus necesidades en Chile.

Primero, el idioma, lo que ha generado la creación de “facilitadores interculturales y lingüísticos” que apoyan a la traducción en el encuentro de salud. Segundo, las diferentes prácticas de salud en Chile y Haití. Tercero, formas distintivas de cada cultura de expresar sus necesidades de salud y expectativas respecto del sistema de salud. Cuarto, y muy apegado a este caso, la cultura del encuentro humano en el sistema de salud, que muchas veces pone al usuario en posición de dominado y al trabajador de salud en posición de dominio. Dicha verticalidad trae como consecuencia, en algunos casos, falta de trato digno y humanitario como el que se presenta en este testimonio particular.

actuales pero intensificado por este, es el de construir espacios de encuentro en salud que respeten la dignidad y honra de todo ser humano, independiente de su condición social, género, color de piel o estatus migratorio. Este principio esencial de relación humana, que ha sido infinitas veces vulnerado en la historia de la medicina, ha recurrido al enfoque de derechos humanos como un instrumento de estandarización y protección, reconociendo el respeto a la dignidad de toda persona como elemento central. Sumado a esto, cuando las personas que se encuentran tienen distintos sistemas de creencias socioculturales, entonces la dimensión de la interculturalidad se vuelve parte de este principio rector y debe protegerse y re-construirse en todo momento.

### Referencias (si corresponde):

---

Cabieses B, Correa ME. 2019. Libro testimonial personas migrantes y equipos de salud. Link: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y> PROESSA ICIM UDD.



# *Salud mental en población migrante*

Autor: Alfonso Urzúa

## **CAPÍTULO**

# 16

En este capítulo aprenderás a reconocer las definiciones básicas de salud mental y a conocer y comprender los diversos factores que pueden incidir en la salud mental en población migrante. Esto te permitirá tener una mirada más amplia a la hora de realizar diagnósticos.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cómo se define la salud mental?

¿Cuáles son los factores que la evidencia relaciona con problemas de la salud mental en población migrante?

# 1.

## *Definición de salud mental según la organización mundial de la salud (oms):*

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar. En el año 1948 la Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Asimismo, define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Tener una buena salud mental es parte fundamental para tener una buena salud, la que nos permite desarrollarnos, crecer y disfrutar de la vida. La salud mental es producto de la interacción de múltiples factores que pueden ir desde lo individual (ej.: factores psicológicos, sociodemográficos) hasta llegar a los de tipo estructural (ej.: sociales y políticos).

Con estas definiciones podemos comprender que tanto la salud, como la salud mental, son multi determinadas. Las personas que hemos trabajado en el campo de la salud, sabemos que la salud se puede ver afectada y está relacionada con múltiples factores del entorno, del medio ambiente, contextuales, sociales, políticos, etc. De esta manera, la posible aparición o surgimiento de trastornos del campo de la salud mental, trastornos de corte psicopatológico, pueden estar influenciados por distintos factores, que van más allá de las características individuales, psicológicas o propias de la persona, que tienen que ver con nuestra capacidad para gestionar nuestros pensamientos, nuestras emociones, nuestras conductas, nuestra forma de relacionarnos con los demás, entre otros. En la salud mental afectan también factores de tipo contextual, factores que en ocasiones son de tipo estructural, que tienen que ver con los factores sociales, factores culturales, factores económicos, sociopolíticos y factores ambientales, por ejemplo, políticas nacionales de protección social. También afectan el nivel de vida, las condiciones laborales y los apoyos sociales que el Estado puede ofrecer a la comunidad o que se encuentran presentes a nivel de la comunidad. Entonces, dependiendo de la presencia o ausencia de estos factores macro contextuales y también de la presencia de factores de corte individual, muchas personas y muchos grupos sociales son más vulnerables a tener la presencia de un problema de salud mental.

En este caso, aun cuando la migración en sí no determina un problema de salud mental (no se puede vincular directamente emigrar a tener un problema de salud mental); sí podemos decir que, en algunos casos, dependiendo directamente de la situación de cada persona que haya migrando, existen personas, hombres, mujeres y sobre todo niños y adultos mayores, que son más vulnerables a tener un problema de salud mental. También se suman a estos los derivados de la interacción entre la persona que migra y la sociedad que lo acoge (ej.: proceso de aculturación, discriminación).

Estos factores y la vivencia de estos no se dan igual en todas las personas que migran, por lo que es importante siempre considerar a cada persona como un mundo en sí mismo, y explorar la posible presencia o ausencia de estos factores a nivel individual y familiar.

## 2.

## Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile:

En una de las primeras investigaciones que comenzamos a realizar junto a Osvaldo Heredia y Alejandra Caqueo-Urizar en el año 2016 en Chile, nos enfocamos en saber cómo era el estado de la salud mental de la población migrante en nuestro país. De esta manera, hicimos un estudio con población colombiana y población peruana sobre salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile.

	COL						PE					
	Arica		AFTA		SCL		Arica		AFTA		SCL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin síntomas ansiosos y depresivos	71	87,7	177	81,6	90	86,5	54	72,0	166	88,3	81	76,4
Con síntomas ansiosos y depresivos	10	12,3	40	18,4	14	13,5	21	28,0	22	11,7	24	22,6
Sin dificultades de ajuste rol social	37	38,1	72	32,3	46	44,2	31	36,0	59	30,3	58	54,7
Con dificultades de ajuste rol social	60	61,9	151	67,7	58	55,8	55	64,0	136	69,7	48	45,3
Ausencia problemas interpersonales	6	6,5	12	5,4	8	7,7	11	12,8	17	9,1	32	31,7
Dificultades Relaciones Cercanas	86	93,5	210	94,6	96	92,3	75	87,2	170	90,9	69	68,3

En la tabla se puede observar los porcentajes de personas que encontramos con síntomas ansiosos y depresivos. Estos porcentajes están sobre el punto de corte para poder diagnosticar la presencia de un trastorno ansioso o trastorno depresivo. En población colombiana, existe un 12% en Arica, llegando a un 18% en la ciudad de Antofagasta o a un 13% en Santiago. En la población peruana el porcentaje fue más alto, un 28% en la ciudad Arica, un 11% en Antofagasta y un 22% en la ciudad de Santiago. Además, el estudio obtuvo hallazgos muy interesantes, como que en muchas personas migrantes existían dificultades de ajustarse a las normas sociales, cerca del 50% o en ciertas ciudades incluso más del 60%.

Pero lo que más nos llamó la atención -que tiene que ver con las dificultades que atraviesan las personas migrantes y que probablemente se constituye en sí mismo en un factor de riesgo para la salud mental- es la dificultad de establecer relaciones cercanas con las personas en el contexto en el que habitan. En ocasiones esta dificultad para establecer relaciones cercanas llega en porcentaje a estar sobre el 90%. Es decir, se observan las dificultades que, en el año 2016, tenía ya la población colombiana para poder insertarse en nuestro país.

## 3.

## Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile:

En un estudio que publicamos junto a Alejandra Caqueo-Urizar y Diego Aragón en el año 2020, nos enfocamos en analizar si la salud mental de migrantes tiene que ver con el hecho de migrar o más bien tiene que ver con elementos contextuales. De esta manera, evaluamos la salud mental en población colombiana, a la vez que población chilena, para poder comparar. Los resultados fueron sorprendentes, ya que en general la sintomatología depresiva y ansiosa es mayor en población chilena, que en población colombiana.

La media en sintomatología depresiva y ansiosa es mayor en población chilena que en colombiana.

Las mujeres reportan peor salud mental en ambos grupos.

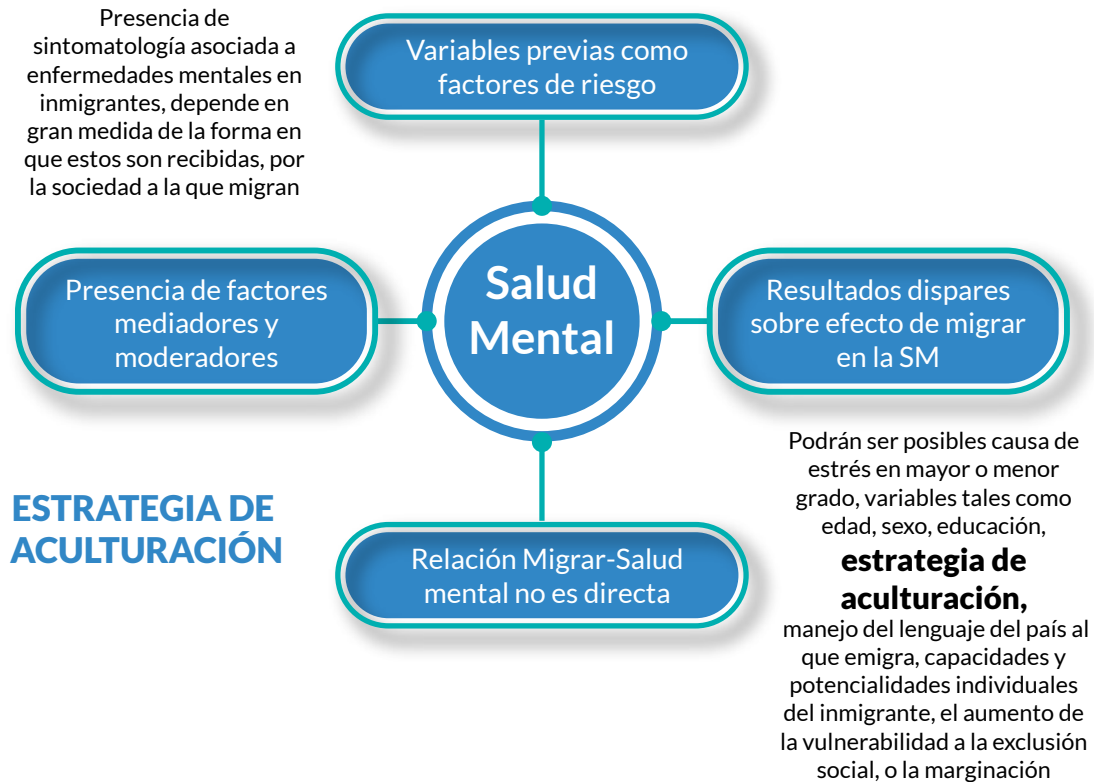
Los encuestados de Arica y Antofagasta tienen mayor sintomatología a los encuestados en Santiago tanto en colombianos como chilenos.

	Colombianos			Chilenos		
	Antofagasta n (%)	Arica n (%)	Santiago n (%)	Antofagasta n (%)	Arica n (%)	Santiago n (%)
<b>Ansiedad</b>						
<b>Baja</b>	409 (82,6)	163 (79,9)	198 (92,1)	383 (79,1)	153 (68,3)	185 (87,7)
<b>Moderada</b>	58 (11,7)	28 (13,7)	12 (5,6)	54 (11,2)	51 (22,8)	15 (7,1)
<b>Severa</b>	28 (5,7)	13 (6,4)	5 (2,3)	47 (9,7)	20 (8,9)	11 (5,2)
<b>Total</b>	495 (100)	204 (100)	215 (100)	484 (100)	224 (100)	211 (100)
<b>Depresión</b>						
<b>Mínima</b>	387 (81,1)	136 (85,0)	180 (97,8)	394 (84,0)	157 (84,0)	154 (87,0)
<b>Leve</b>	43 (9,0)	4 (2,5)	3 (1,6)	33 (7,0)	8 (4,3)	13 (7,3)
<b>Moderada</b>	23 (4,8)	6 (3,8)	0 (0,0)	36 (7,7)	15 (8,0)	5 (2,8)
<b>Severa</b>	24 (5,0)	14 (8,8)	1 (0,5)	6 (1,3)	7 (3,7)	5 (2,8)
<b>Total</b>	477 (100)	160 (100)	184 (100)	469 (100)	187 (100)	177 (100)

En la tabla se puede observar, que en ambos grupos encontramos personas con posibilidad de tener trastornos ansiosos y trastornos depresivos. Uno de los hallazgos del estudio es algo que está en sintonía con la literatura a nivel internacional y es que las mujeres son las más vulnerables dentro de los vulnerables. Ya que, las mujeres reportaron peor salud mental tanto en chilenos como colombianos.

## 4.

# Variables asociadas a salud mental de personas migrantes:



Sabemos por las distintas investigaciones que se han realizado a lo largo de muchos años, sobre todo en Europa y en Estados Unidos, que existen variables asociadas a la salud mental. Algunas de ellas son consideradas variables previas como factores de riesgo. Como señalábamos anteriormente, la relación entre migrar y salud mental no es directa. Muchos estudios señalan que los migrantes tienen peor salud mental que las personas nacionales, pero nuestros estudios han dado cuenta de que no es así. En este sentido, los problemas de salud mental aparecerían en mayor o menor medida dependiendo de distintas variables que la persona pudiera presentar como, por ejemplo, el nivel de estrés. También existen variables asociadas y que son de corte individual, como la edad, el sexo, el nivel educacional, las estrategias de aculturación, el estrés por aculturación, etcétera.

Por otro parte, existen distintas variables que pudiesen incidir en que las personas contaran con factores protectores, que las protegiesen del contexto al que arriban o de posibles adversidades del medio, como la discriminación, el racismo, la xenofobia, la explotación laboral, los medios de vida, la falta de trabajo, la incertidumbre, el miedo, etcétera.

## 5.

# Factores de riesgo para la salud mental en la migración:

Los factores de riesgo asociados a que las personas migrantes puedan tener problemas de salud mental se pueden clasificar según tres momentos del proceso migratorio: pre-migración, migración y post-migración.

### a) Pre-migración

---

A nivel de la pre-migración, existen distintos factores que hacen las personas sea más vulnerable a tener problemas de salud mental, son factores que están presentes antes de que las personas tomen la decisión de migrar:

- Pobreza, analfabetismo, desempleo
- Malnutrición materna
- Eventos traumáticos (guerra, persecución, crímenes, violencia, hambrunas, abuso sexual, limpiezas étnicas). En este caso, estos factores hacen que las personas se vean forzadas a migrar y obviamente implican un riesgo para la salud mental
- Implicación política
- Catástrofe ambiental
- Ser mujer – mujer migrante económica (mujer que emigra para enviar dinero a su familia)
- Historia de desórdenes mentales y abuso de sustancias
- Región de origen (región remota y ambiente pobre aumenta estrés)
- Motivación de migrar: forzadas constituyen riesgo

Distinguir estos factores son importantes, pues en la anamnesis que se realice con los pacientes, se puede explorar sobre estos factores, cómo se configuran estos factores para determinar si la persona es más o menos vulnerable a presentar problemas de salud mental

## b) Migración

---

Los factores asociados a este momento son:

- Proceso migratorio. El proceso migratorio en sí mismo puede resultar altamente estresante para las personas, ya que no todas las personas tienen la posibilidad de tomar un vuelo, planificar su llegada y asentamiento, contar con los recursos necesarios, etc.
- Victimización durante el viaje (violencia, abuso sexual, robos).
- Incertidumbre de los resultados. No saber si la migración permitirá efectivamente mejorar las condiciones de vida para sí mismo y su familia
- Exposición a condiciones de vida duras
- Edad adulta (mayor edad menor capacidad de aprendizaje de lenguaje o de desarrollo de redes sociales fuera de su familia y su comunidad)
- Ilegalidad del proceso

## c) Post-migración

---

Los factores asociados al proceso post-migratorio son:

- Temor asociado al estatus migratorio. Por ejemplo, temor de ser deportado por situación irregular.
- Dificultades en proceso aculturación, adaptación, aprendizaje del lenguaje
- Discriminación y exclusión social
- Desempleo y subempleo
- Lenguaje. A pesar de hablar un mismo idioma, el lenguaje puede ser distinto, habiendo dificultades para la comunicación.
- Situación económica
- Nivel educacional
- Ausencia o inadecuado apoyo social (densidad étnica no necesariamente implica soporte)
- Enfermedades físicas
- Shock cultural
- Pérdida del ambiente familiar. El extrañar es uno de los elementos que más genera estrés.

Como mencionamos anteriormente existen diversos factores que están asociados a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Es muy importante que podamos explorar estos factores en las entrevistas con las personas que estamos atendiendo, ya que esto va a permitir comprender el contexto en que la persona está y qué tan vulnerables pueden ser a tener problemas de salud mental. A continuación, presentaremos una tabla con la síntesis de estos factores.

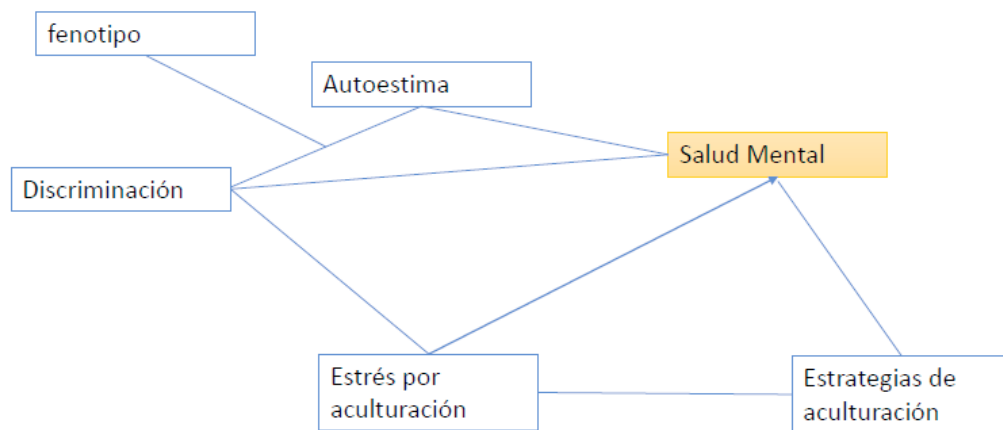
Factores sociodemográficos	
Sexo	Más prevalencia en mujeres
Edad	Mayor en edad menor al inmigrar
Región de origen	Hay diferencia según la región de origen
Estado civil	Mayor en viudos, divorciados o separados
Nivel educativo	Mayor con nivel educativo bajo
Posición socioeconómica	Mayor con baja posición socioeconómica
Características psicológicas	Menor con optimismo, sentimiento de control, elasticidad y autovaloración. Mayor con baja autoestima y con locus de control externo
Factores relacionados con el proceso migratorio	
Acontecimientos traumáticos antes de migrar	Mayor con acontecimientos traumáticos antes de migrar
Tipo de migración	Mayor con migración forzada
Razón para migrar	Mayor tanto con migración escasamente planificada como con el tener que emigrar Menor con firmes razones para migrar
Condiciones de visado	Mayor tanto con visado humanitario como con situación ilegal Menor con visado de trabajo cualificado
Arreglo familiar en el país de acogida	Mayor si vive solo o separado de su familia en el país de acogida Menor si la familia está reunificada
Aculturación	Mayor tanto con bajo nivel de aculturación como con estrés por aculturación
Dominio del idioma	Menor con dominio del idioma Mayor con barrera idiomática
Tiempo transcurrido en el país de acogida	Mayor con más tiempo de residencia
Factores relacionados con el ambiente social y ocupacional en el país de acogida	
Apoyo social	Menor con apoyo social Mayor con ausente o bajo apoyo social
Discriminación social percibida	Mayor con discriminación social percibida
Empleo y condiciones en el medio ocupacional	Mayor con desempleo Mayor con condiciones de trabajo adversas entre los migrantes con empleo

**Tabla 1. Resumen de los factores asociados a la presencia de trastornos mentales comunes entre migrantes.**  
Elaboración propia (Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegul M-2017)

## 6.

## Propuesta de modelo de salud mental:

A continuación, presentaremos un modelo que hemos estado trabajando y que consiste en una síntesis de muchas de las investigaciones que hemos realizado. Si ustedes quieren los detalles, van a encontrar ahí en las referencias. Lo que nos interesa es mostrar que a pesar de que sabemos que existen muchos factores de riesgo que causan un daño irreparable, como la discriminación; existen también factores que hemos estado investigando con inmigrantes latinoamericanos en Chile y que pudiesen constituirse como factores protectores.

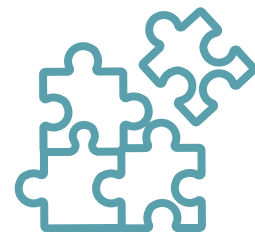


- Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A., Henríquez, D., Williams, D.R. (2021). Discrimination and Health: the mediating effect of acculturative stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5312.
- Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A., Aragón, D. (2020) Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148: 1271-1278.
- Urzúa, A., Cabrera, C., Calderón, C., Caqueo-Úrizar, A., (2019). The mediating role of self-esteem on the relationship between perceived discrimination and mental health in South American immigrants in Chile. *Psychiatry Research*, 271: 187 – 194.
- Urzúa, A., Ferrer, R., Olivares, E., Rojas, J., Ramírez, R. (2019). El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo auto-reportado en migrantes colombianos en Chile. *Terapia Psicológica*, 37(3): 225 – 240.
- Urzúa, A., Boudon, S., Caqueo-Úrizar, A. (2017). Salud Mental y Estrategias de Aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el Norte de Chile. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1): 70-79.
- Urzúa, A., Heredia, O., Caqueo-Úrizar, A. (2016) Salud mental y Estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Médica de Chile*. 144 (5): 563-570.

Uno de los factores que nuestros estudios han evidenciado que podría constituirse en un factor protector es la autoestima. La autoestima puede ser un factor protector frente al efecto tan negativo que tiene la discriminación en la salud mental. Sin embargo, no se trata de cualquier autoestima, es una autoestima centrada en la identidad étnica, es decir, que la persona reconozca sus orígenes y sea capaz de mantenerlos. Eso tiene que ver, también, con la estrategia de aculturación. Es decir, que la persona en su forma de adaptarse al lugar donde reside, sea capaz de, por un lado, mantener sus costumbres, sus creencias, las tradiciones del lugar desde dónde viene; y, a la vez, incorporar las creencias, las costumbres y tradiciones del lugar donde llega.

En síntesis, el que pueda integrar ambas perspectivas y no permanecer solamente en una por separado, se constituye en un factor protector, porque genera una nueva identidad, una reconfiguración de la identidad, sin perder la identidad propia. Asimismo, en la medida que se disminuyan los estresores por aculturación, que dicen relación con, por ejemplo, el sentirse discriminado; podemos generar estrategias de intervención que nos permitan, desde un enfoque centrado en la evidencia, generar muy buenos elementos para una mayor salud mental.

Otro de los factores que podrían constituirse en factores protectores de la salud mental es el arraigo. El arraigo es la capacidad de echar raíces y que la persona se sienta parte de ese nuevo vecindario, parte de la nueva escuela, parte del nuevo trabajo. El sentirse parte de es un poderoso factor vinculado a la salud mental.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Jurado, Dolores; Alarcón, Renato D; Martínez-Ortega, José M; Mendieta-Marichal, Yaiza; Gutiérrez-Rojas, Luis; Gurpegui, Manuel. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev. psiquiatr. salud ment.* 2017; 10(1):45-58. doi:10.1016/j.rpsm.2016.04.004
- Urzúa, A., Caqueo Urizar, A., Aragón, D. (2020) Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile. *Revista Médica de Chile*; 148: 1271-1278.

## ESTUDIO DE CASO:

---

Identidad: la importancia de la aculturación en la salud mental

---

### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- No centrarse tan solo en la sintomatología
- Importancia de explorar factores psicosociales
- Necesidad de abordar aspectos no necesariamente vinculados a los clásicos en salud y de realizar diagnóstico de manera integral.

### Descripción narrativa del caso:

Adolescente colombiana, 15 años, llegó hace 6 meses a Chile. Aun no ingresa al colegio, debe esperar hasta el comienzo del próximo año escolar (madre trae a la adolescente en el mes de agosto). Sus padres llevan 4 años en Chile, han logrado tener una situación económica estable y por eso deciden traer a su hija desde Colombia, quien se había quedado con la abuela.

### Situación o necesidad de salud del caso:

La adolescente ingresa a la consulta con la madre, quien es la que la trae al médico del CESFAM. La madre menciona que en las últimas semanas su hija casi no come, que ha bajado mucho de peso, que la ve desganada. Ella piensa que la chica por un tema estético quiere verse siempre delgada, como las adolescentes de la ciudad en que ellos vivían en Colombia (Bogotá). Cree además que la chica podría estar vomitando lo que come, ya que usualmente cuando terminan de almorzar o comer, ella parte rápidamente al baño.

## Atención recibida por el caso:

Médico sospecha posible caso de trastorno de la conducta alimentaria, posiblemente anorexia. Confirma con la chica la presencia de síntomas asociados como la auto restricción en la cantidad de comida a ingerir y uno que otro episodio de vomitar después de comer (no tan frecuente como pensaba la madre).

Derivación a psicóloga del CESFAM.

Psicóloga explora con adolescente el posible trastorno alimentario. Finalmente, luego de un par de sesiones, la adolescente relata que no quiere ingerir comidas chilenas, porque no quiere dejar de ser colombiana, y que ella quiere seguir siendo colombiana, que no había pedido venir a Chile.

Se abre línea de trabajo con los padres para reforzar la identidad de la adolescente, con miras a buscar la mejor estrategia de aculturación posible (integración), donde pueda combinar elementos tanto de su cultura original como mantener los del país de origen.

## ¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

- Principal desafío consiste en explorar más allá de los síntomas clínicos, explorando en diversos factores que inciden en el bienestar
- Cada migrante debe ser evaluado en sus circunstancias particulares.



# *Beneficios del enfoque intercultural para familias migrantes*

Autora: Eliana Correa

## **CAPÍTULO**

# 17

En este capítulo conocerás antecedentes sobre los desafíos de la integración y bienestar de familias migrantes internacionales en Chile. Asimismo, podrás identificar iniciativas que promueven el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes a través de lo que nos dice la literatura; y conocer la experiencia del Programa de apoyo al bienestar de familias migrantes a través de talleres sobre salud y bienestar.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Qué desafíos enfrentan las familias migrantes para el cuidado de su salud y su bienestar?

¿Qué podemos aprender de la revisión de literatura y la experiencia revisadas y cómo estas experiencias se relacionan con la interculturalidad?

# 1.

## *Antecedentes: desafíos de familias migrantes internacionales:*

A modo de antecedente, podemos reconocer diversos desafíos que enfrentan las familias migrantes internacionales en su proceso migratorio y de asentamiento en Chile. Las familias migrantes se ven expuestas a mayores vulnerabilidades que se relacionan con el desafío de migrar, generalmente cuentan con menores redes de apoyo en el país de destino y muchas veces pueden desconocer los sistemas de salud y protección del país de destino, donde el acceso a esta información es complejo. La migración conlleva, en ocasiones, a que las familias deban separarse. Así, encontramos familias transnacionales que se ven obligadas a tener reconfiguraciones en sus formas de cuidado doméstico, quedando diversos miembros significativos de la familia en distintos países y estableciendo nuevas formas y redes de cuidado. Adicionalmente, las familias migrantes viven mayores situaciones de exclusión o discriminación en los países de destino.

En términos materiales, las familias migrantes en Chile suelen enfrentar una mayor pobreza multidimensional que las familias chilenas y viven en mayor proporción en condiciones de hacinamiento, lo que puede facilitar un entorno riesgoso, que puede promover mayores accidentes en el hogar, sobre todo cuando se vive con niños y niñas. Por otra parte, las familias migrantes enfrentan dificultades para la inscripción educacional de sus hijos. Es importante destacar que el espacio educacional no es sólo un espacio de aprendizaje, sino que también conforma un espacio de cuidado.

Las familias migrantes, además, enfrentan mayores barreras para el acceso al sistema de salud. Según la última encuesta CASEN el 12,21% de las personas migrantes no sabía o no tenía seguro de salud. Esto dificulta el acceso oportuno a atención en salud. Por otro lado, a través del levantamiento de información cualitativa en proyectos de investigación profesionales del área de salud primaria expresan preocupación porque perciben un mayor rezago en el desarrollo psicomotor de niños y niñas migrantes.



## 1. Antecedentes: Desafíos de familias migrantes internacionales

Familias migrantes expuestas a **vulnerabilidades** relacionadas con el desafío de migrar. **Menores redes de apoyo, y desconocimiento sobre sistema de salud, trámites y de protección social.**

Mayor **pobreza** que las familias chilenas (10,63% v/s 7,62%) y mayor **hacinamiento** (19,6%), lo que puede facilitar accidentes en el hogar. Dificultades para la adscripción al sistema educacional.

Separaciones familiares, familias transnacionales, **reconfiguración** de las formas de cuidado doméstico, **distancia** con miembros significativos de la familia y de referentes de cuidado. Mayores situaciones de **exclusión o discriminación.**

Mayores **barreras para el acceso al sistema de salud**, según CASEN 2020 el 12,21% de personas migrantes no sabe/ no tiene previsión de salud (v/s 4,86% chilenos). Profesionales perciben mayor **rezago desarrollo psicomotor** en atención primaria.

CASEN, 2020  
Cabieses et al (2017) La Migración como determinante social de la salud en Chile

## 2.

## *Enfrentando el desafío del bienestar familiar ¿qué nos dice la literatura?*

Haciendo una búsqueda en la literatura internacional sobre intervenciones que tengan como objetivo promover la salud y el bienestar de las familias migrantes para que puedan enfrentar de mejor manera los desafíos revisados anteriormente; se identifican distintos programas e intervenciones que se enfocan en diferentes aspectos, dentro de los cuales están los programas enfocados en promover y mejorar la salud física. En estos programas se abordan temáticas de cuidado de la alimentación, promover la actividad física y el cuidado de la salud oral.

También existen programas enfocados en promover el bienestar de la familia, relacionados con el desarrollo de habilidades de parentalidad y crianza, dirigidas principalmente a padres primerizos. Otras intervenciones sociales buscan apoyar la integración de familias migrantes en el país de destino, por ejemplo, a través de talleres idiomáticos para personas que no hablaban el idioma local o programas que buscan facilitar la inserción laboral. Existen iniciativas novedosas que trabajan para la promoción del bienestar familiar de familias que quedaron divididas en los contextos de migración. Se trabaja no sólo con las familias en el país de destino, sino que también con miembros que quedan en el país de origen. En este sentido, cuando las familias se ven obligadas a dividirse, estas iniciativas realizan programas para poder abordar el cuidado de la familia que queda en el país de origen y acompañarlos en esa experiencia.

En la revisión de literatura internacional de este tipo de iniciativas de promoción de salud, se identifican distintas maneras de llevarlas a cabo a través de programas. Por un lado, los lugares de implementación de los programas eran diversos. Algunos eran centros comunitarios, otros, centros de salud o los hogares de las mismas personas migrantes. Estos programas desarrollaban diversas modalidades, pero prevalecía la modalidad grupal y participativa. Se menciona la importancia de involucrar la experiencia previa que tenían las personas participantes en el desarrollo de las sesiones. También se identifican distintos tipos de facilitadores o moderadores de las actividades. Algunas iniciativas recomendaban que los moderadores fueran miembros de la comunidad migrante que fueran capacitados para poder moderar las actividades que fueran culturalmente más sensibles. Otras iniciativas contaban con moderadores que eran personal de salud. Existían también experiencias de investigación, donde los moderadores eran agentes externos de los investigadores para poder mantener objetividad en la evaluación posterior.



### 3.

## *Experiencia: programa “talleres acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias”:*

Como Programa de Estudios Sociales en Salud, ahora Centro de Salud Global Intercultural, se ha desarrollado una iniciativa que comenzó con un modelo piloto en el año 2019 que se tituló “Talleres acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias en Chile”. Esta iniciativa tuvo como objetivo apoyar al cuidado de niños y de familias migrantes que estaban creciendo en situación de vulnerabilidad social en el país, a través de un programa piloto de formación que entregaba herramientas a las familias y a los cuidadores de la comunidad para promover un desarrollo integral de los niños y niñas. Se realizó un taller piloto con esta primera experiencia, donde los participantes fueron madres, padres y cuidadores de la comunidad de niños migrantes, donde principalmente participaron madres de hijos migrantes. El lugar donde se desarrolló el primer taller piloto fue en un hospital público en la comuna de San Ramón y se contactaron a los participantes a través de la red de salud del hospital y atención primaria.

A partir del año 2021 a la actualidad, los talleres (que comenzaron luego de la pandemia) se desarrollan en el marco de una fundación ubicada en Puente Alto y luego en Santiago Centro, que ayuda a mujeres migrantes en su proceso de inserción social. Por lo tanto, hubo un cambio el lugar, pero el público continúa siendo madres y padres de niños y niñas migrantes.

En cuanto a las temáticas abordadas en estos talleres, éstas fueron, en primer lugar, temas relacionados con el cuidado de la salud. En el programa piloto se realizaron cuatro talleres que abordaron: introducción al cuidado; acceso y uso del sistema de salud chileno; atención y cuidado de primeros auxilios y enfermedades frecuentes en el hogar; y potenciando el desarrollo de niños y niñas en sus hogares. Los talleres fueron elaborados por dos enfermeras y una psicóloga.

Desde el 2021 (año en el que se retoma la actividad luego de la pandemia) se contempló una etapa previa a la realización de los talleres que es un diagnóstico participativo donde los temas a abordar son escogidos por los futuros participantes de los talleres. En la actual experiencia, los talleres escogidos fueron; primeros auxilios en el hogar, cuidado de enfermedades frecuentes; y crianza y parentalidad. Cada taller tiene una duración de 2 horas y la modalidad es de tipo grupal participativa. En los talleres se programa un tema y se realizan preguntas para rescatar la experiencia y los conocimientos de las participantes respecto a la temática. Estos conocimientos se complementan con información aplicada a través de una presentación power point que se conversa durante la sesión. Adicionalmente, al finalizar, se realiza una actividad práctica.

El primer taller contó con un espacio de cuidado contiguo dirigido por estudiantes y por educadoras de párvulo, donde los niños recibieron atención y cuidado mientras las madres estaban en el taller. Se contó, además, con la ayuda de un facilitador lingüístico intercultural. Se acompañó la sesión con un desayuno. En los talleres posteriores, se ha mantenido la modalidad de contar con un espacio de cuidado dirigido principalmente por una psicóloga y también la entrega de comida. Sin embargo, no se han realizado facilitaciones lingüísticas, porque han participado sólo personas de habla hispana.

Se han realizado evaluaciones basadas en la calificación que brindan las participantes de la experiencia del taller. Las evaluaciones más recientes son de los años 2021 y 2022. Para este período de tiempo se han evaluado a 6 talleres en total. La metodología de evaluación ha sido la aplicación de una encuesta de valoración sobre la satisfacción de los talleres, con una parte cuantitativa y una parte cualitativa. Esta encuesta se ha aplicado a 37 participantes. El taller de cuidado de la salud fue evaluado con una puntuación de 6.8, de un máximo de 7 y el taller de crianza y parentalidad con una nota 7 de 7 y los participantes señalaron en la sección cualitativa que estos talleres resultaron útiles y valiosos para el cuidado de sus familias. El 100% de las participantes señaló que recomendaría esta instancia a otra persona.

**Experiencia:** Programa "Talleres acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias"

**Objetivo:** Apoyar al cuidado de niños (as) y familias migrantes que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, a través de un programa piloto de formación básico que entregue herramientas a familias y cuidadores de la comunidad, promoviendo el desarrollo integral de los niños y niñas.

<b>Participantes</b>	Madres, padres y cuidadores de niños(as) migrantes.
<b>Lugar</b>	Taller piloto 2019 en Hospital público comuna San Ramón, talleres desde 2021 en Fundación que ayuda mujeres migrantes.
<b>Temáticas</b>	Primer programa piloto contempló 4 talleres, continuidad contempla diagnóstico participativo, temas escogidos y abordados: Primeros auxilios en el hogar y cuidado de enfermedades frecuentes, crianza y parentalidad. Dos horas cada taller.
<b>Modalidad</b>	Grupal participativa, se contempla experiencia de participantes en la temática y se complementa información. Se cuenta con actividades para que asistan con sus hijos y desayuno/almuerzo.
<b>Evaluación</b>	Entre los años 2021 y 2022 se han desarrollado 6 talleres. Se aplicó una encuesta de valoración sobre la satisfacción de los talleres contestada por 37 participantes. El taller de cuidado de la salud fue evaluado con un 6,8 de 7 y el taller de crianza con 7. Las participantes señalaron que los talleres les resultaron útiles y valiosos para el cuidado de sus familias. El 100% de las participantes señaló que recomendaría estos talleres a otra persona.

## 4.

## *Conclusiones y aprendizajes:*

El programa piloto de 2019 fue un primer acercamiento para colaborar en un cuidado de salud integral como respuesta a la necesidad de inclusión e inserción en salud. A partir de esa primera experiencia se levantaron necesidades sentidas sobre temáticas de interés que se han incorporado en próximos talleres y en un manual sobre cuidado de la salud dirigido a familias migrantes. Este manual recaba los desafíos que involucra el proceso de migrar para el abordaje de temas del desarrollo de la salud. El manual tiene actividades y preguntas dirigidas a los lectores. Además, ha permitido enfocar temáticas de educación en salud incorporando el contexto migratorio en la narrativa. Los talleres han brindado un espacio para establecer redes de apoyo entre las participantes.

Los talleres desarrollados permitieron crear un espacio para compartir conocimientos en torno al cuidado de la salud y la utilización de los servicios de salud y el desafío de la parentalidad en el contexto del desafío migratorio. Las participantes reconocen la instancia como significativa para su aprendizaje y el cuidado de sus familias.

## 5.

### *Recomendaciones desde la literatura y la experiencia presentada:*

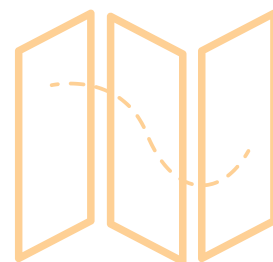
En actividades de promoción de salud y bienestar con familias migrantes y sus hijos se evidencia la importancia de la incorporación de su experiencia migratoria relacionada con sus vivencias como padres y madres en el proceso.

- Se recomienda que el desarrollo programas de esta naturaleza sea llevado a cabo en grupos de varias familias participantes. Reconocer experiencias similares en los relatos de los otros participantes y compartir las experiencias comunes fortalece la intervención, mejora la adherencia y potencia redes de apoyo comunitarias.
- Contar con una sala de cuidado continua para el cuidado de los hijos e hijas durante las actividades con las familias migrantes facilita el desarrollo del programa, los padres y madres participan con tranquilidad de las intervenciones, ya que tienen a sus hijos(as) cerca y están bajo el cuidado de personal capacitado. Además, facilita la asistencia de las familias al programa, y permite mayor integridad a las actividades, ya que pueden compartir en familia diversos ejercicios y vivenciarlos.
- El contacto con la red asistencial de las comunas donde se implementó este programa en su versión piloto fue crucial para su desarrollo, tanto para la selección de participantes, como para la implementación en el centro donde se desarrolló. La articulación de la red asistencial se vuelve fundamental a su vez para la difusión de este tipo de actividades, donde participantes fueron derivados por sus características y necesidades.
- El trabajo interdisciplinario para el desarrollo de este tipo de programas es una fortaleza, contar con distintos profesionales en la articulación de este piloto ayudó a llevarlo a cabo de una manera integral. Con la participación de enfermeras en temas relacionados a la salud física, psicóloga que abordó la salud emocional y el desarrollo infantil, educadoras de párvulo que realizaron actividades de juego y cuidado con los niños(as), facilitador lingüístico que permitió la participación de una comunidad que no dominaba el español y la trabajadora social que conocía de cerca los casos de familias que requerían de esta intervención.

## 5. ANEXO:

En este anexo revisaremos antecedentes de la vivencia de la pandemia por COVID-19 por parte de la población migrante internacional a través de los resultados de una encuesta elaborada por Cabieses y colaboradores (2020) a 1690 personas migrantes. Luego revisaremos un ejemplo de cómo se buscó difundir información a población migrante internacional para conocer estrategias de cuidado en el hogar sobre COVID-19 y acceso y uso del sistema de salud.

Migrar hacia un nuevo país en familia puede transformarse en todo un desafío, al enfrentarse a una nueva experiencia, entorno y cultura. Una de las principales motivaciones para decidir migrar y vivir en un nuevo país tiene relación con la búsqueda de bienestar, mejores condiciones de vida, mejor salud, mejor trabajo y mayores ingresos. Por ende, la experiencia migratoria frecuentemente se asocia a expectativas de una vida mejor para una persona y su familia. Vivir este proceso migratorio y de asentamiento en el nuevo país en familia, lleno de sueños y expectativas de cómo será, durante un contexto tan difícil como lo es la actual Pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, es un desafío aún mayor.



A comienzos de la pandemia por COVID-19 Cabieses y colaboradores (2020) realizaron una encuesta a 1690 personas migrantes para conocer su situación frente a la pandemia y sus principales necesidades. Se levantó que del total de participantes 22 habían presentado fiebre mayor a 38,5°C y dificultad respiratoria en los últimos 30 días. De esos 22 sólo dos se habían realizado el examen y 6 consultaron a algún centro asistencial. Sólo 1 señaló haber sido diagnosticado con COVID. Uno de cada cuatro participantes consideró no estar recibiendo información suficiente y uno de cada tres considera que la información recibida no es comprensible. El 61% declaró no sentirse preparado para enfrentar la pandemia y uno de cada tres migrantes señalan no saber dónde ir en caso de requerir asistencia médica. Además, uno de cada cuatro participantes considera que ha recibido información de mala o muy mala calidad acerca del COVID-19 y nueve de cada diez reportan sentirse angustiados o preocupados.

A partir de la información conocida anteriormente se reconoce la necesidad de poder aportar información clara a la comunidad migrante, y particularmente a familias migrantes (en toda la diversidad de sus composiciones). Se elaboró un documento titulado “Para superar la pandemia debemos cuidarnos todos” (2) en español y creolé para difundir información clara sobre el COVID-19 y como cuidarse abordando los siguientes temas:

1. Bienestar familiar en el proceso migratorio durante una crisis sanitaria.
2. Cuidado de la salud física y emocional durante la pandemia
3. Acceso y uso del sistema de salud durante la crisis sanitaria

A continuación, revisaremos recomendaciones generales sobre cada uno de estos tres temas, relevantes a considerar y compartir con familias migrantes.

## 1. Bienestar familiar en el proceso migratorio durante una crisis sanitaria.

---

- Es relevante la identificación de la etapa del proceso migratorio en la que se encuentra la familia, considerando que las condiciones en que se produce la etapa de tránsito son importantes para el desarrollo de la salud de la familia.
- Considerar la experiencia migratoria de la familia en este período ¿por qué vías migraron? ¿Cuánto tiempo tardó el viaje? ¿sufrieron alguna vulnerabilidad? ¿tienen acceso a servicios de higiene o de atención de salud?
- Indagar como se está viviendo experiencia migratoria en el momento de la pandemia, inquietudes, miedos. Promover estrategias que promueven el bienestar familiar en l llegada inicial: conocer donde se está físicamente, revisar el recorrido realizado en familia, coger en todo momento l expresión de emociones y su contención, cuidar de niños, niñas y adolescentes.
- Indagar y potenciar redes de poyo disponibles, facilitar contacto de redes comunitarias e institucionales.

## 2. Cuidado de la salud física y emocional durante la pandemia

---

- Facilitar información y explicación sobre de que se trata la pandemia por COVID-19, el virus que causa la enfermedad, sus principales síntomas y formas de contagio, cuando la persona no lo conoce.
- Se puede facilitar teléfono de salud responde para dudas sobre dónde acudir y cuando: 600 360 7777
- Facilitar y compartir información clara sobre formas de prevención de la transmisión de la enfermedad. Lavado frecuente de manos, uso de mascarilla en lugares concurridos, higiene respiratoria.
- Explicar síntomas de complicaciones y cuando acudir a urgencia.

- Explorar en la salud emocional y bienestar de integrantes de la familia, incluyendo a niños, niñas y adolescentes. Promover cuidado de la salud mental y prevenir sobrecarga de información, evitar exposición a noticias y redes sociales, acompañar en nombrar y regular emociones. Promover formas de contacto con seres queridos y familia en el país de origen, mantener rutinas que aporten tranquilidad a niños y niñas y les sean significativas. Conversar de lo que está pasando, responder a dudas e inquietudes y ayudarles a diferenciar fuentes de información. En adolescentes se promueve mantener contacto con amistades.

### 3. Acceso y uso del sistema de salud durante la crisis sanitaria

- Indagar en el conocimiento sobre el sistema de salud y si la persona ya ha accedido previamente.
- Importante explicar funcionamiento y organización del sistema de salud, hay que considerar que es mixto, en qué consiste el sistema público de salud y como inscribirse.
- Indagar en situación migratoria, explicar que sin importar su situación migratoria puede acceder al sistema de salud, pero hay diferentes formas de acceder.
- Explicar atenciones que brinda atención primaria, secundaria y terciaria de salud. Ayudar a distinguir centro de atención primaria más cercano al hogar e incentivar inscripción de todos los miembros de la familia. Responder dudas sobre el proceso.
- Ayudar a identificar centros de salud cercanos al hogar (2).



## ¿Cómo nos ayuda el enfoque intercultural a aportar ayuda en el cuidado de familias migrantes durante crisis sanitarias?

---

- Considerando la experiencia durante el proceso de las familias, detectando necesidades de información y salud con pertinencia cultural.
- Permitiendo compartir información con pertinencia cultural, conociendo previamente sus necesidades y principales preocupaciones a ser abordadas.
- Considerar la diversidad de las familias y sus integrantes, edades, cantidad de tiempo en el país, etapa del proceso migratorio en que se encuentran, redes de apoyo disponible y conocimiento sobre el sistema de salud y como acceder y navegarlo.
- Cuidar pertinencia lingüística del material a entregar y evaluar su comprensión testeándolo previo a su difusión con un grupo pequeño, recabando sugerencias y haciendo mejoras.
- Considerar estrategias que las familias ya están realizando para cuidarse.

\*Este capítulo de aplicación del manual se basa en el capítulo “Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile” de las autoras Eliana Correa y Báltica Cabieses en el libro “Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.” 2021. De las editoras Báltica Cabieses, Alexandra Obach y Carla Urrutia.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses, B. et al. (2020) Encuesta sobre COVID-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile. Informe de resultados completo. Universidad del Desarrollo. Recuperado de: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3267>
- Cabieses B, Correa ME (2019) Encuentros interculturales en Salud: Testimonios de migrantes y equipos de salud. Universidad del Desarrollo. Recuperado de: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Correa, E., Cabieses, B. (2021) Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile. En Cabieses, B., Obach, A., Urrutia, C. (eds) (2021) Interculturalidad en salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo. Páginas 319-343. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>
- Correa, E., Cabieses, B., Moena, O (2021) Guía para el cuidado de la salud de niños y niñas migrantes y sus familias en Chile, con enfoque intercultural. Universidad del Desarrollo. Páginas 58-71. Páginas 147-153. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4564>
- Correa E, Villalón F, Cabieses B (2019) Experiencia del programa “Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes”. XX Congreso de Medicina Familiar, octubre 2019.
- Correa, E., Cabieses, B., Moena, O., Villalón, F., Pacheco, D. (2020) Para superar la pandemia debemos cuidarnos todos: Material de apoyo para familias migrantes viviendo pandemia SARS CoV 2 en Chile.
- Universidad del Desarrollo. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3349>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2021) Resultados Encuesta CASEN 2020. [Internet] Recuperado el 17 marzo 2023. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>

## ESTUDIO DE CASO:

### Testimonio “Nunca cambies tu esencia”- Desafíos en salud de niños, niñas y adolescentes migrantes

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Es importante considerar la experiencia de niños, niñas y adolescentes que migran y sus necesidades.
- La crianza en el país de destino y choque cultural es una preocupación para madres y padres migrantes en el proceso de integración.
- Se debe garantizar el acceso a salud oportuno de todos los integrantes de la familia y dar a conocer las diferentes atenciones que se otorgan según etapa del ciclo vital.

#### Descripción narrativa del caso:

##### Datos de la persona

SEXO	EDAD	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN	TIEMPO EN CHILE	REDES DE APOYO
Femenino	14 años	Peruana	Estudiante	7 meses	Vive con su madre y hermana menor de 11 años, además cuenta con su tío y primos.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

Salimos a la sala de espera a llamar al próximo paciente, que correspondía a una adolescente de 14 años, al mencionar su nombre en voz alta nos llama la atención que se acerca a nosotras una mujer tímida de alrededor de 45 años. Nos refiere que es su madre y que la paciente se ha quedado en casa, ya que ella consideró que no era necesario que asistiera. La hacemos pasar para su atención inicial. Refiere que su hija viajó acompañada de abuelos y primos a Chile, ya que ella había llegado meses antes acompañada de su hija menor. Nos cuenta que paciente le refirió que el viaje fue difícil, ya que vino en bus y duró alrededor de 4 días, algunas veces teniendo que dormir

en el terminal. La familia tomó la decisión de migrar a Chile para buscar mejores oportunidades y calidad de vida. Viven en una habitación que arriendan en el taller del tío de la paciente donde refieren cuentan con servicios básicos como agua, luz, pero no tienen agua caliente.

Su madre nos comenta, además, que ingresó hace pocos meses a estudiar al colegio, el cuál era inicialmente sólo de hombres, por lo que le ha resultado difícil adaptarse, siendo en un comienzo la única mujer. Nos cuenta que varios de sus compañeros fuman cigarrillos y marihuana, beben alcohol y varios comentan ya haber iniciado su vida sexual. Comenta que su hija no se siente cómoda en el entorno, varias veces la han molestado compañeras por vestir el jumper bajo las rodillas (ella nos refiere que en Perú se viste así), por lo que la madre nos cuenta que lo cortó unos pocos centímetros para evitar las burlas. Nos comenta que en Perú los niños de la edad de su hija se comportan diferente, y siente que la crianza de sus hijas en Chile es un gran desafío, ya que tiene miedo de que olviden sus valores culturales y cambien su comportamiento, aunque cree que sus hijas tienen claros sus valores. Les dice constantemente que no deben cambiar su esencia a pesar de que sus compañeros actúen distinto a ellas.

#### Atención recibida por el caso:

Se derivó a la paciente para aplicación de ficha Clap, y se señaló a la madre que era importante que su hija asistiera, ya que el instrumento se le aplicaría directamente a ella y era para poder conocer sus necesidades. Me quedó también la inquietud de cómo se desarrollaría su adaptación en el colegio y como aquel choque cultural podría influenciar en aspectos de su vida como su identidad, su forma de relacionarse y su proceso de aprendizaje.

#### Comentario original de la experta Alexandra Obach a este caso:

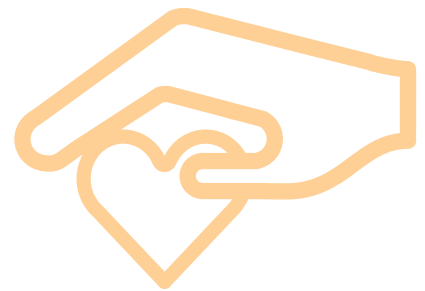
El relato da cuenta de un desafío particular respecto a la llegada de personas migrantes internacionales que tiene que ver con población menor de edad: niños, niñas y adolescentes (NNA). Tal como queda reflejado en el relato, esta población se ve enfrentada a una serie de desafíos que son muy diferentes a los de la población migrante adulta. Los y las NNA son personas que no han migrado por decisión propia, sino siguiendo a sus padres o familiares que han decidido migrar generalmente en busca de mejores condiciones de vida. Esto implica que NNA migrantes viven un proceso propio que los afecta de manera particular, ya sea porque se quedan en su país de origen sin ambos padres o uno de ellos, o porque deben

viajar a un nuevo país con sus padres o tiempo después para encontrarse con ellos o con familiares cercanos. Estas experiencias de desarraigo dejan profundas secuelas en NNA y los exponen a desafíos específicos como son el tener que incorporarse a un sistema educacional diferente al que están acostumbrados, y a condiciones de vida en muchos casos adversas.

La migración expone a los NNA a situaciones de hacinamiento, a carencias económicas y afectivas al estar lejos de sus seres queridos, y al hecho de tener que madurar y asumir responsabilidades adultas de manera más rápida que aquellos pares que no migran. En el caso de niños y niñas pequeños, crecer en espacios hacinados, con poco estímulo, genera en algunos casos rezagos psicomotores vinculados a las condiciones psicosociales propias de la población migrante.

Es necesario que el sistema de salud visibilice a la población de NNA migrantes, e identifique las necesidades específicas de esta población. Para esto se requiere que los trabajadores de salud realicen labores comunitarias, que conozcan directamente las condiciones en las que los migrantes internacionales viven en Chile, y los contextos en los que NNA migrantes se están desarrollando. Con esta información, los equipos de salud podrán generar estrategias pertinentes para esta población, y comprender desde una mirada integral la vulnerabilidad de esta población. Además, se requiere desarrollar estrategias participativas y con enfoque de derechos que incluyan la voz de los NNA migrantes, para conocer desde su relato sus experiencias de vida y necesidades de salud.

La historia nos da cuenta de la experiencia de vida de una adolescente migrante relatada en tercera persona. La madre es quien habla por su hija, invisibilizando con ello el relato propio de esta adolescente. La madre se muestra angustiada por las vivencias de sus hijas, y teme que estas pierdan su identidad al insertarse en el medio local. Esto permite entrever que existen necesidades específicas para la población de NNA migrantes internacionales, sobre todo en los ámbitos de salud y educación, para lo que se requiere de estrategias particulares de ambos sectores para abordarlos. Además, se requiere de estrategias intersectoriales que aborden a NNA migrantes desde enfoques integrales e inclusivos, que rescaten sus percepciones y necesidades, propiciando con ello contextos que les brinden la calidad de vida que todo NNA requiere para su óptimo desarrollo.



Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Hay varios desafíos de integración general y de salud de este caso:

- No se conocen desde la voz de la niña sus necesidades de salud percibidas y sus propias preocupaciones en cuanto a la experiencia migratoria, la información se obtiene a través de la madre.
- La madre no considera importante que la niña acuda, hay una invisibilización de su voz en el espacio de atención de salud.
- Desafíos de integración social de la niña en la escuela y nuevo país
- Desafío de la crianza y cuidado de la madre en el nuevo país, que percibe diferencias que la preocupan en el país de destino.
- Desafío para la familia en cuanto a su construcción y redes de cuidado, comparten un espacio pequeño, con servicios básicos.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

**Se podría mejorar:**

- Indagar en las edades de primos que viven con la familia, identificar si hay niños menores de 5 años y si han podido acceder al sistema de salud.
- Informar sobre las prestaciones disponibles en atención primaria para todos los miembros de la familia: Chile crece contigo y controles de niño sano para primos pequeños, controles de salud escolar y programas de vacunación para miembros de la familia en etapa escolar. Programa de salud cardiovascular para miembros de la familia con enfermedades crónicas y Examen de medicina preventiva para adultos y adultos mayores, programa de salud de la mujer para mujeres adultas, además de programa de salud del adulto mayor para abuelos.
- Comprender desde el equipo de salud qué experiencias y expectativas tienen sobre la atención de salud que esperan recibir para acompañar a la familia desde un enfoque intercultural.
- Indagar en cómo se están estableciendo redes familiares de cuidado y en la presencia de redes de apoyo en Chile.
- Indagar en experiencia migratoria de los niños y niñas de la familia y su proceso de integración, desde la perspectiva de ellos y ellas.

## Referencias:

---

Cabieses B, Correa ME. 2019. Encuentros interculturales en Salud: Testimonios de migrantes y equipos de salud. Universidad del Desarrollo. Recuperado de: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2784/Encuentros%20Interculturales%20en%20Salud.%20Testimonios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



# ***Beneficios del enfoque intercultural en crisis sociosanitarias 1 ¿cómo el enfoque intercultural en salud puede mejorar la atención en residencias sanitarias durante la pandemia actual y futuras?***

Autora: Báltica Cabieses

## **CAPÍTULO**

# 18

En este capítulo conocerás la experiencia de residencias sanitarias en Chile en contexto de pandemia y lograrás identificar fortalezas y oportunidades de mejora de la atención en residencias sanitarias en Chile con enfoque intercultural para personas y familias migrantes. Esto te otorgará mayores herramientas para gestionar la atención en salud con enfoque intercultural en épocas de crisis.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Qué son las residencias sanitarias y cuál es su utilidad en contexto de pandemia en Chile?

¿Qué fortalezas y oportunidades de mejora de la atención existe en la experiencia de residencias sanitarias en Chile con enfoque intercultural para personas y familias migrantes?

# 1.

## *Antecedentes: residencias sanitarias en pandemia:*

Para comenzar, haremos referencia a algunos antecedentes sobre residencias sanitarias en pandemia, que fueron implementadas junto con otras estrategias en todo el mundo, para el manejo de la pandemia de SARS-CoV-2 y su enfermedad COVID-19. Las estrategias de aislamiento o cuarentenas, han sido empleadas a nivel mundial para hacer frente al coronavirus SARS-CoV-2. Se reconocen, en el mundo, diferentes tipos de recintos que albergan a migrantes y refugiados en pandemia. A partir de una revisión de literatura que realizamos el año 2021, identificamos al menos tres tipos de centros:

- I) Centros de recepción de personas migrantes y refugiadas
- II) Centros de detención de personas migrantes y refugiadas
- III) Centros de cuarentena o aislamiento de personas migrantes y refugiadas.

Algunos de estos centros eran exclusivos para personas migrantes y refugiadas y otros eran para población general, como es el caso de centros de cuarentena o aislamiento. Estos centros han sido considerados de utilidad para controlar la transmisión del virus, pero también tensionados por limitar la libertad de elección de las personas y apartarlas de su entorno habitual, especialmente de su familia y de su casa. Por otra parte, la literatura internacional de evidencia en la última pandemia de SARS-CoV-2 respecto al uso de cualquiera de estos distintos recintos, dan cuenta de distintos desafíos:

- Salud mental: personas que estuvieron en estos centros han documentado síntomas de depresión, ansiedad, insomnio o estrés postraumático en algunos casos.
- Problemáticas de hacinamiento, falta de higiene y riesgo psicosocial en centros de recepción. Esto, sobre todo, en centros de recepción inicial, que son albergues para personas migrantes instalados generalmente en fronteras o en ciudades con alta concentración de inmigrantes que vienen llegando en gran volumen a esas ciudades.
- Falta de reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística de población migrante y refugiada en recintos de aislamiento.



## 2. *Estudio ejemplificador:*

El año 2021 como Programa de Estudios Sociales en Salud y con financiamiento de un fondo ético global de la Organización Mundial de la Salud, desarrollamos un estudio que tuvo como objetivo general: explorar las experiencias en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias, de manera de generar productos concretos de transferencia para el cuidado ético a personas migrantes durante la actual y futuras emergencias sanitarias.

Este estudio ya fue finalizado y entregado y tiene dos productos de transferencia, primero un reporte de resultados (<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3848>) y un Policy Brief (<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3851>).

## 3. *Metodología:*

Se utilizó una metodología cualitativa, donde se entrevistó a distintos actores clave involucrados en la implementación de las residencias sanitarias en Chile:

- I) Migrantes internacionales mayores de 18 años, que hayan estado en residencias sanitarias
- II) Personal de salud trabajando o que hayan trabajado en residencias sanitarias
- III) Administradores de residencias sanitarias y autoridades locales en los territorios y expertos nacionales.

En total se desarrollaron 33 entrevistas semiestructuradas online, puesto que estábamos en cuarentena. 17 con migrantes internacionales y 16 con los otros actores claves seleccionados. El proyecto contó con aprobación del comité ético científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo y contó con un proceso de consentimiento informado online.

## 4.

## Resultados:

En cuanto a los principales resultados, algunas de las dimensiones principales de análisis de resultados son:

### 4.1 Experiencia Migratoria

---

El primer resultado está referido a la experiencia migratoria de personas migrantes que estuvieron en residencias sanitarias. Preguntamos, ¿cómo fue su experiencia migratoria previa? Dadas las respuestas recibidas, observamos:

- Aumento del ingreso de migrantes internacionales por pasos no habilitados y riesgos salud.
- Falta de información respecto al proceso de control sanitario y miedo frente a la posibilidad de ser deportados en contexto de pandemia.
- Ingreso al país de menores de edad no acompañados. Esto no se había observado antes en Chile, comparado con otros países en esta magnitud y con esta severidad
- Aumento significativo de población extranjera en situación de calle.
- Una vez que se ha ingresado al país las personas extranjeras deben realizar cuarentenas preventivas en albergues dispuestos especialmente para este fin, generalmente en lugar de frontera. Luego del paso por ese albergue y una vez finalizado el periodo de cuarentena preventiva, las personas continuaban su proceso migratorio. Dado que estas personas en pandemia, en su gran mayoría ingresaron a pie vía paso no habilitado, atravesando el desierto, muchas de ellas viven situaciones de severa vulnerabilidad social y del albergue sanitario pasaban a situación de calle.
- Ingreso irregular implica autodenuncia (en Gobernación de cada ciudad), que queda en registro de ingreso al país, lo que genera dificultades de regularización.

## 4.2 Residencias Sanitarias

Respecto de residencias sanitarias, se observaron en primer lugar, albergues de cuarentena preventiva. En este caso se trató albergues sanitarios al ingresar al país, que eran espacios de descanso, aseo y alimentación. Sin embargo, hubo hacinamiento, poca seguridad y hostigamiento e incluso extravío de cosas y situaciones de reporte de abuso. Adicionalmente, en Chile se observaron espacios de aislamiento con test COVID-19 positivo, que eran formalmente residencias sanitarias en todo Chile. Éstas fueron principalmente hoteles reconvertidos, que fueron especialmente acomodados para el fin de ser una residencia sanitaria y que contaban con cupos limitados. Y post residencias las personas migrantes documentaban situación de mucha precariedad social y económica sin acompañamiento ni redes y alta vulnerabilidad.

Por otra parte, observamos que personas extranjeras señalaban que no se acercaban a las residencias sanitarias por no tener rut, sobre todo quienes entraron por paso no habilitado y temían una posible deportación. Otras personas declararon temor de dejar sus hogares por un tiempo prolongado, quedando expuestos de robo de sus pertenencias. Recordemos que se trata de personas que comparten vivienda y arriendan sólo una pieza, por ejemplo.

En cuanto a experiencias positivas de residencias sanitarias de parte de migrantes, había personas que declararon estar agradecidos de la oportunidad de realizar sus cuarentenas en estos recintos y que eran mucho menos precarios y mejor preparados que los albergues. Y en cuanto a experiencias negativas reportadas, se declaró la dificultad de la separación de familias en el ingreso, por ejemplo, dejar a niños con familiares o al cuidado de otras personas para poder hacer ingreso a la residencia; falta de atención permanente de salud mental en estas residencias; y trámites de ingreso a la residencia complicados y burocrático para extranjeros (en comparación a la población nacional), sobre todo si no tenían situación regular.



## 5.

### *Aprendizajes principales de la experiencia:*

¿Cuáles son los principales aprendizajes de la experiencia de personas migrantes, de equipo de salud y autoridades locales y gerentes de estas residencias?

#### a) Población migrante

---

- Positivo trabajo en red para articular Atención Primaria en Salud con los albergues y las residencias sanitarias, para acceso a examen PCR y a controles de salud, priorizando a niños y mujeres gestantes.
- Dificultad de barreras idiomáticas. No se contaba con facilitadores lingüísticos en las residencias
- Dificultad de falta de redes de apoyo de migrantes internacionales que tuvieron una experiencia que afectó su salud mental
- Experiencias de rechazo y discriminación hacia personas migrantes en algunas residencias sanitarias, tanto por parte del personal como de otros ocupantes de dichas residencias.

#### b) Personal de salud

---

Aprendizajes positivos:

- Presencia de personal de salud extranjero que apoyó la atención a personas migrantes y refugiadas estando en residencias
- Buen trabajo en equipo y apoyo permanente de colegas, así como la interdisciplina que se desarrolla en las residencias sanitarias.

Aspectos posibles de mejorar:

- Inexperiencia de parte del personal de salud sobre la residencia sanitaria, sus funciones, roles y límites
- No hubo capacitación previa para el desempeño residencias sanitarias
- Falta de insumos
- Demora en el pago de honorarios
- Incertidumbre laboral a largo plazo
- Falta de reconocimiento de su labor como primera línea contra el COVID 19
- Sobrecarga de trabajo

## 6.

### *Residencias sanitaria y enfoque de interculturalidad:*

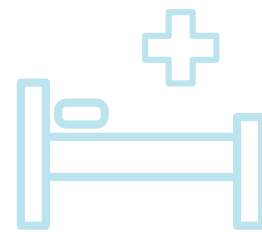
Respecto de si había o no un enfoque de interculturalidad en estas residencias sanitarias, en nuestro estudio encontramos que:

- las residencias carecían de un enfoque formal de interculturalidad en salud
- hubo ausencia de facilitadores interculturales en estos recintos
- las estrategias de cuidado que refieren a la automedicación con hierbas naturales por parte de los migrantes, no fueron permitidas en algunas residencias. Tomar té de hierbas, por ejemplo.
- falta de sensibilización de los equipos de salud, sobre pautas interculturales hacia personas extranjeras. Así, se reportaron casos de rigidez, de no tolerar diferentes prácticas de autocuidado
- alimentación intercultural en residencias, consumo de alimentos y distancias culturales entre migrantes y personal de salud.

## 7.

### *Cuidado ético en las residencias sanitarias:*

Dada la información anterior, se observa la importancia de subrayar y fortalecer un cuidado ético en residencias sanitarias. En este sentido, los actores relevantes señalaron que sí se había dado un cuidado ético a la población migrante en residencias, se le habían otorgado todos los cuidados de salud necesarios durante su estadía. Sin embargo, también se encontraron carencias como que las residencias estaban concebidas para un cierto tipo de público: adulto con redes de apoyo y contención emocional. Esto no necesariamente fue siempre el perfil de las y los usuarios que llegan a residencias sanitarias, incluyendo personas migrantes y refugiadas. También se documentó la falta de pesquisa en las residencias de otros antecedentes de salud de la población migrante, además de COVID, que podrían haber requerido de cuidados de salud adicional.



## 8.

### *Conclusiones del estudio:*

Como conclusión de este estudio, se observó:

- Necesidad de crear protocolos específicos para una atención intercultural a migrantes internacionales, que considere los enfoques de determinantes sociales de la salud en condiciones de vida de la población migrante y que influyen directamente en su exposición al riesgo frente al COVID 19.
- Incorporar facilitadores interculturales en las residencias sanitarias en tanto necesarias para otorgar cuidado ético a la población extranjera
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud de las RS para un cuidado ético de personas migrantes internacionales, en temáticas tales como migración y salud, proceso migratorio, interculturalidad, derechos humanos, participación, entre otras
- Incorporar atención de salud mental de forma permanente en las residencias sanitarias, con foco en población migrante internacional
- Potenciarla articulación del trabajo en red entre las residencias sanitarias con el sistema de salud y otras reparticiones del Estado, organizaciones internacionales, de la sociedad civil y de migrantes, para abordar: trazabilidad de COVID 19, vulnerabilidad social, situación de calle de población migrante internacional en contexto de pandemia, entre otros.



## 9.

# *Alternativas de estrategias para una respuesta dirigida a personas migrantes internacionales en residencias sanitarias durante emergencias sanitarias:*

Como equipo de investigación, hemos generado alternativas de estrategias para una respuesta dirigida a personas migrantes internacionales en residencias sanitarias durante emergencias sanitarias. De esta manera, se construyeron cuatro estrategias para mejorar la atención a personas migrantes internacionales con un enfoque ético en las instalaciones de cuarentena, en base a la evidencia obtenida de una revisión de literatura y al estudio anteriormente señalado.

## ALTERNATIVAS DE ESTRATEGIAS

---

### Estrategia 1:

Implementación del enfoque intercultural y el cuidado ético en las residencias sanitarias.

### Estrategia 2:

Seguimiento integral intersectorial de personas migrantes atendidas en centros de cuarentena.

### Estrategia 3:

Centros de cuarentena preparados para recibir a migrantes internacionales a nivel nacional.

### Estrategia 4:

Educación, comunicación y difusión de información sobre COVID-19 con pertinencia cultural

## ESTRATEGIA 1:

### IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL Y EL CUIDADO ÉTICO EN LAS RESIDENCIAS SANITARIAS

---

Esta estrategia propone implementar el enfoque intercultural y el cuidado ético en todas las residencias sanitarias a lo largo del país. Esto implica la capacitación del personal sanitario y de administración hotelera, el fomento de la incorporación de personal extranjero y la formación e incorporación de facilitadores interculturales a los centros de cuarentena.

La oportunidad de esta estrategia:

- Migrantes internacionales entregan gran relevancia a la existencia de pertinencia cultural en los procesos de cuidado y los servicios asociados dentro de la residencia.
- Desde la perspectiva de autoridades sanitarias y personal de residencias la implementación de un enfoque de interculturalidad en las residencias representa un piso mínimo de respuesta ante la realidad actual de los territorios.
- La presencia de personal extranjero en los centros es validada en forma positiva por las personas migrantes internacionales.

## **ESTRATEGIA 2:**

### **SEGUIMIENTO INTEGRAL INTERSECTORIAL DE PERSONAS MIGRANTES ATENDIDAS EN CENTROS DE CUARENTENA**

---

Esta opción propone generar una estrategia de seguimiento integral de carácter intersectorial de personas migrantes internacionales que están siendo atendidas o que han sido atendidas en centros de cuarentena. Dicho seguimiento integral considera la trazabilidad por COVID-19, la caracterización de condiciones de vida, la generación de respuestas institucionales ante situaciones de vulnerabilidad social y la activación de redes de apoyo. Esta estrategia comprende un trabajo de coordinación entre los centros de cuarentena y de articulación entre estos y las instituciones de salud, instituciones que entregan servicios sociales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

La oportunidad de esta estrategia:

---

- Personas migrantes internacionales usuarias del sistema de salud valoran de manera positiva las experiencias de seguimiento que han tenido por parte de los CESFAM a los que han asistido. - Personas migrantes internacionales que han egresado de residencias sanitarias valoran negativamente la ausencia de seguimiento tras salir de la residencia y explicitan la necesidad de contar con este.
- Personas migrantes internacionales señalan la necesidad de una interfaz entre las residencias sanitarias y los centros de atención primaria que facilite su acceso al sistema de salud, ya que declaran que han enfrentado barreras que han obstaculizado su acceso al sistema de salud al intentar asistir a centros de salud tras su estadía en residencias sanitarias

## **ESTRATEGIA 3:**

### **CENTROS DE CUARENTENA PREPARADOS PARA RECIBIR A MIGRANTES INTERNACIONALES A NIVEL NACIONAL**

---

Esta estrategia propone implementar centros de cuarentena con preparación especial para la recepción de migrantes internacionales a lo largo del país. Esto implica habilitar instalaciones específicas para estos fines, las cuales permitan responder en forma adecuada a las características particulares, tanto sociodemográficas, como de conformación familiar y de vulnerabilidad, que presentan los actuales flujos migratorios. Así también, implica la incorporación de personal de salud mental, así como personal de servicios sociales que oriente en los procesos de regularización, obtención de beneficios y movilización de ayuda humanitaria.

La oportunidad de esta estrategia:

---

- Para personas migrantes, los albergues se han configurado como espacios de contención y refugio, pero también son percibidos como fuente de contagio, producto de la existencia del aislamiento adecuado de los espacios e incluso altos niveles de hacinamiento.
- Por otra parte, las residencias sanitarias han sido bien evaluadas por las personas migrantes en lo referido a la organización, los servicios de limpieza y la alimentación.
- Personas migrantes valoran positivamente la existencia de residencias sanitarias puesto que, en caso de enfermarse, les permite evitar el contagio de su núcleo cercano.
- Personas migrantes han dado cuenta que han experimentado situaciones conflictivas en este tipo de centros.

#### **ESTRATEGIA 4:**

#### **EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE COVID-19 CON PERTINENCIA CULTURAL**

---

Esta opción propone generar una línea de prevención de crisis sanitarias por medio de una estrategia de educación, comunicación y difusión de información sobre COVID-19 con pertinencia cultural. Esto implica, en primer lugar, el diseño de campañas y material con criterios de pertinencia cultural. Así también, habilitar espacios y material informativo en centros de salud, zonas fronterizas y en territorios de comunidades migrantes respecto a medidas preventivas, acceso y características de las residencias sanitarias. Junto con lo anterior, implica habilitar espacios y material educativo en los centros de cuarentena respecto a medidas de cuidado propias y del núcleo próximo después del egreso.

La oportunidad de esta estrategia:

---

- Personas migrantes internacionales destacan la relevancia de la disponibilidad de atención, algunos señalan que no comprenden la información actualmente vigente y que requieren un mayor volumen y mayor comprensibilidad.
- Personas migrantes internacionales señalan la necesidad de contar con mejores campañas de información para combatir los mitos que se masifican en torno al contagio, la enfermedad y las condiciones para acceder a centros de cuarentena.
- Personal de residencias sanitarias señala la insuficiencia e incluso inexistencia de instancias de educación sobre COVID-19 y medidas a seguir tras el egreso, y plantean la necesidad de incorporar un componente educativo a la atención en residencias

## BIBLIOGRAFÍA:

- Cabieses. Obach et al. 2021. Alternativas de estrategias para una respuesta ética dirigida a personas migrantes internacionales en residencias sanitarias durante emergencias sanitarias. Policy Brief. UDD. Disponible en: Link: Policy brief <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3851>

## ESTUDIO DE CASO:

### Caso de persona ecuatoriana en residencia sanitaria en pandemia en Chile

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- Las residencias sanitarias son importantes estrategias de aislamiento en caso de personas que no puedan realizarlo en forma segura en su casa
- Las residencias en Chile tuvieron el desafío de acoger a personas de diversas realidades y contextos, incluyendo personas migrantes internacionales
- Existe la oportunidad de fortalecer el enfoque de interculturalidad en salud en estas residencias sanitarias en futuras crisis sociosanitarias similares, de manera de fortalecer el accionar y el desempeño de los sistemas de salud en el país y en el mundo
- 

#### Descripción narrativa del caso:

##### Datos de la persona

NOMBRE	EDAD	ESTADO CIVIL	PAÍS DE PROCEDENCIA	TIEMPO DE RESIDENCIA EN CHILE	TIPO DE VISA
Rosaura Lujo	42 años	Separada	Ecuador	4 meses	En trámite

##### CONTEXTO PERSONAL

Vive arrendando un dormitorio con sus dos hijos de 7 y 5 años, trabaja como mesera en un restorán peruano en Santiago centro, deja a sus hijos con una vecina cuando lo necesita.

## Situación o necesidad de salud del caso:

Rosaura llegó un día de regreso del trabajo un día de septiembre del 2021 cuando su jefe la llamó para decirle que había casos de compañeros de trabajo de la cocina que habían salido COVID-19 positivos y que debía mantenerse aislada pues era contacto estrecho. Rosaura no podía alejarse de sus hijos, pero hizo lo que pudo en su pieza hasta que empezó con fiebre alta y dificultad respiratoria 5 días después del llamado de su jefe, momento en el que se quedó en casa y dejó de ir a trabajar.

En ese momento llamó a Salud Responde con su celular y la fueron a visitar al hogar, lugar desde donde fue trasladada a una residencia sanitaria. Sus hijos nuevamente quedaron a cargo de una vecina de origen peruano que vivía en la pieza de al lado.

Rosaura estuvo 10 días en la residencia sanitaria. Se sentía cómoda en la pieza del hotel reconvertido en Santiago centro, pero extrañaba mucho a sus hijos. Los llamaba varias veces al día y conversaba con ellos, pero con el paso de los días se sentía cada vez más triste y sola.

Pidió un día un té de mate y matico para hacerse un té de hierbas, pero le dijeron que no podían hacerlo pues no tenían las hierbas. Pidió que se las compraran con dinero de ella, pero también la respuesta fue negativa. Ella pensó en ese té para subir su ánimo y reconfortarla, como lo hacía cuando era niña su abuela en Ecuador e, un pequeño pueblo rural a las afueras de Quito.

Rosaura deja la residencia y regresa a su hogar feliz de poder volver a estar con sus hijos. Dice que se sintió cómoda y bien atendida, pero muy triste y sola.

## Atención recibida por el caso:

Rosaura recibió una atención estándar protocolizada para residencia sanitarias en Chile durante la pandemia por SARS-CoV-2. La atención fue correcta desde el punto de vista biomédico, y con buen trato general desde la experiencia subjetiva.

No obstante, el caso de Rosaura nos recuerda la importancia de integrar el *background* cultural de las personas que atendemos, especialmente cuando están en un proceso de atención de salud con aislamiento, y la posibilidad de flexibilizar y ampliar nuestros abordajes de atención de salud para incorporar visiones personas culturales que pueden mejorar la experiencia y, sobre todo, ayudar a sanar desde la vivencia de la persona.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

No hubo una incorporación efectiva de un enfoque de interculturalidad en salud en esta atención. Tampoco una atención adicional a la salud mental de esta persona migrante, en su contexto de mujer madre trabajadora que estaba separada de sus hijos. Negar el té de hierbas fue algo que negó una oportunidad de sentirse acompañada simbólicamente por sus seres queridos, y propiciar el autocuidado desde su propio sistema de creencias.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

Se reconocen las siguientes oportunidades de mejoras para futuras crisis similares, de llegar a ocurrir:

- Necesidad de crear protocolos específicos para una atención intercultural a migrantes internacionales, que considere DSS en condiciones de vida de la población migrante y que influyen directamente en su exposición al riesgo frente al COVID-19.
- Incorporar facilitadores interculturales en las residencias sanitarias en tanto necesarias para otorgar cuidado ético a la población extranjera.
- Sensibilizar y capacitar al personal de salud de las RS para un cuidado ético de personas migrantes internacionales, en temáticas tales como migración y salud, proceso migratorio, interculturalidad, derechos humanos,
- Participación, entre otras.



# ***Beneficios del enfoque intercultural en crisis sociosanitarias 2.***

## ***¿Cómo el enfoque intercultural en salud puede mejorar la atención de equipos de salud durante la pandemia actual y futuras?***

Autora: Báltica Cabieses

### **CAPÍTULO**

# 19

Al finalizar este capítulo serás capaz de valorar la complejidad de la experiencia migratoria en contextos de pandemia, incluyendo la importancia de la planificación sanitaria, vigilancia territorial y protección en salud a personas y familias migrantes. Esto te permitirá afrontar la próxima emergencia sanitaria con mayores herramientas

#### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Puede una crisis sociosanitaria como la pandemia por SARS-COV-2 profundizar desigualdades sociales en salud en migrantes comparado con locales? De ser así, ¿cómo?

¿Qué evidencia hay sobre efectos de la pandemia en migrantes en Chile?

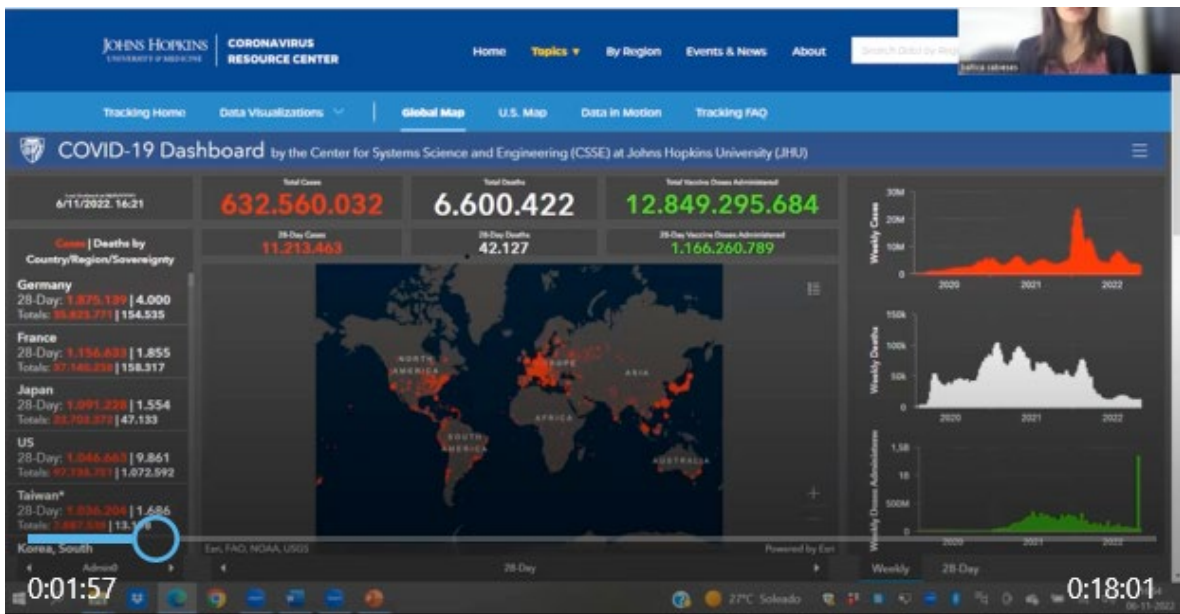
1.

## Desarrollo covid-19 durante la pandemia:



Para comenzar, revisaremos esta lámina tomada el 15 de junio del 2020, en plena pandemia, en pleno aislamiento. Esta lámina iba siendo actualizada minuto a minuto por el sitio web de coronavirus de la Universidad John Hopkins. En dicha página web de acceso libre, se iba a documentando instante a instante el total de casos confirmados con el ranking de los principales países. A la mano izquierda, las muertes globales y los casos recuperados con este mapa visual que permitía ver la extensión de la pandemia en aquel momento.



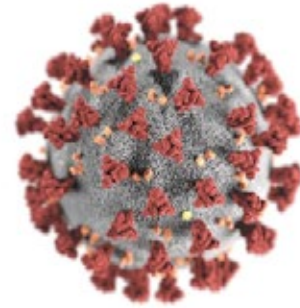
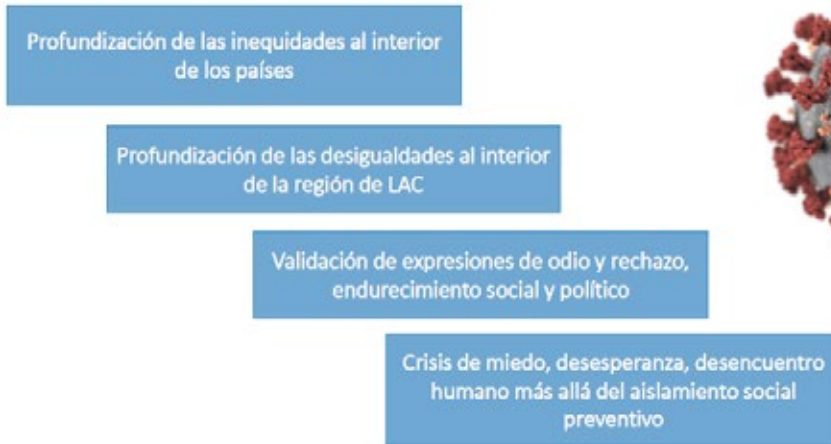


Arriba presentamos una lámina más reciente tomada el 6 de noviembre del 2022, que da cuenta de que la información sigue siendo actualizada y que estos casos saltaron a 632 millones en todo el mundo, con más de 6600000 muertes. También se muestra el número de dosis de vacuna administrados. También se creó un recuento temporal de cada uno de los datos de casos semanal, muertes semanales y dosis de vacuna administrados al lado izquierdo. Con esto, podemos apreciar cómo la pandemia transformó nuestra realidad de manera rotunda y esto lo hemos vivido todos y todas quienes hemos atravesado a estos últimos dos o 3 años. Nos vimos limitados a ciertas medidas de prevención de confinamiento, medidas básicas de autocuidado y también a la precaución de cumplir con los planes de vacunación para la protección de todos y de todas.

Esto también ha ido incorporándose a las poblaciones migrantes y refugiados de manera variable del mundo y ha tenido efectos diferenciados sobre efectos sociales y de salud respecto de las poblaciones locales.

## 2.

## *Profundo desencuentro humano:*



De manera muy general se puede decir que la pandemia generó un profundo desencuentro humano en muchos niveles y de muchas formas. Existía una pérdida del sentido, de una gran mirada que la pandemia nos hizo recordar y profundizar y que sea integral desde la experiencia del ser humano en este mundo, independiente de donde estemos, hacia dónde nos traslademos. En este sentido, la pandemia generó una profundización de las inequidades al interior de los países; una profundización de las desigualdades al interior de la región en América Latina y el Caribe; validación de expresiones de odio y rechazo, endurecimiento social y político; y también profundas crisis de miedo, desesperanza y -sobre todo antes de que aparecieran las vacunas- desencuentro humano, más allá del aislamiento social preventivo.



### 3.

## Migración y covid-19:

*“Los migrantes y sus familias suelen formar parte de grupos marginados y vulnerables en las sociedades, que ya de por sí padecen dificultades económicas y marginación. Existe el riesgo de que estas adversidades se exacerben como resultado de las medidas de contención y de la xenofobia latente en la búsqueda de chivos expiatorios.*

*Los migrantes también son parte de la solución, como miembros de las comunidades y como trabajadores de primera línea en el suministro de alimentos, transporte, cuidados y otros servicios.”*

Red de las Naciones Unidas sobre la Migración  
<https://migrationnetwork.un.org/covid-19-SP>



En todo el mundo, y especialmente en algunas sociedades y poblaciones, se empezó a escuchar la idea de que la pandemia estaba siendo generada y aumentada por personas en movilidad humana. Es por este motivo que la red de las Naciones Unidas sobre la migración, lanzó una carta en que dijo: “Los migrantes y sus familias suelen formar parte de grupos marginados y vulnerables en las sociedades, que ya de por sí padecen dificultades económicas y marginación. Existe el riesgo de que estas adversidades se exacerben como resultado de las medidas de contención y de la xenofobia latente en la búsqueda de chivos expiatorios. Los migrantes también son parte de la solución, como miembros de las comunidades y como trabajadores de primera línea en el suministro de alimentos, transporte, cuidados y otros servicios.”

Es, entonces, importante recordar que la migración internacional es un fenómeno humano de escala global que existe desde que el ser humano existe en este planeta; y que debe ser entendido en su real complejidad y dinamismo y que debe ser investigado y apoyado, sobre todo en el marco de una migración que sea segura, ordenada y regular.



## 4.

# Ejemplos de estudios realizados durante la pandemia:

### 4.1 Encuesta abril 2020

A inicios de la pandemia en abril del 2020, como Programa de Estudios Sociales en Salud hicimos una encuesta rápida de opinión, sólo a personas migrantes, para que su percepción de la pandemia en Chile. Hay que recordar que en los primeros días de marzo se había generado la idea del aislamiento en casa y no sabíamos mucho de la enfermedad, no había vacunas en ese momento y estaban empezando la difusión de información de medidas sanitarias para el control de la enfermedad. Entonces, en ese momento hicimos vía celulares una encuesta breve que llegó a 1690 migrantes en todo Chile, principalmente en la Región Metropolitana, pero también otras regiones del país. Esta encuesta fue publicada en el link <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3267> y entregada a la autoridad sanitaria en mayo del 2020. Luego, en junio de 2020 realizamos una versión profundizada con más análisis.

### Resultados

<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/3267>



Entre los resultados más relevantes encontramos que en abril del 2020 se les preguntó a las personas migrantes “¿Ha recibido suficiente información sobre el COVID-19 desde autoridades y profesionales de la salud? Uno de cada 4 migrantes dijo que no. Sobre la pregunta “¿Es comprensible la información que ha recibido del Ministerio de salud sobre COVID-19?” Un tercio dijo que no.

Esta información mejoró al año siguiente, con otro estudio alojado en ANID-COVID, con financiamiento de la dirección de investigación de la Universidad del Desarrollo, donde pudimos replicar estas preguntas un año después y comprobamos que esto mejoró, pero que persistían experiencias de ansiedad, angustia y depresión asociada a pandemia en esta población. También observamos un porcentaje no despreciable de personas que seguían con necesidad de educación más clara y con sensibilidad cultural para que ellos pudieran seguir mejor las indicaciones.

## 4.2 Factores asociados a no sentirse preparado para enfrentar la pandemia

---

A partir de estos resultados, hicimos un estudio de factores asociados a no sentirse preparados para enfrentar la pandemia. Este estudio lo hicimos por zoom solamente en población venezolana. Es decir, del total de 1.690 de participantes de la primera encuesta, 1.008 eran venezolanos (60%) y con ellos hicimos un análisis específico.

El resultado fue que el 65% de los venezolanos de la encuesta de abril del 2020, reportaron no sentirse preparados para enfrentar la pandemia. Por otra parte, comparado con migrantes que sí dijeron sentirse preparados, los migrantes venezolanos que se reportaron no estar preparados para enfrentar la pandemia eran en mayor proporción mujeres con educación no superior (escolar superior o primaria) que habían llegado a Chile en el último año (en plena pandemia o en el inicio de la pandemia) y que no tenían un trabajo, pero necesitaban trabajar y que pertenecían a sistema público de salud.

Aquí se observa una estratificación del nivel socioeconómico, de desventaja social, que iban acumulando en la percepción en población venezolana de no sentirse preparados para enfrentar la pandemia.

En otros análisis hicimos lo puesto. Observamos qué factores se asocian a sentirse preparados.

## 4.3 Factores asociados a sentirse preparado para enfrentar la pandemia

---

En este ámbito, observamos algunas diferencias importantes, como que los migrantes venezolanos que sí se sentían preparados para enfrentar la pandemia se asociaron a ser hombre, a haber cumplido efectivamente la cuarentena y a evaluar favorablemente la información recibida por parte de las autoridades y equipos de salud, con una OR de casi tres veces más. Esto da cuenta del enorme rol de los profesionales de la salud, pues quienes manifestaban sentirse preparados eran precisamente quienes habían comprendido la información recibida. Quienes indicaron haber tenido síntomas ansiosos o depresivos en la última semana, tendían, también, a sentirse menos preparados.

#### 4.4 Factores asociados al no cumplir cuarentena en pandemia.

---

Adicionalmente, hicimos un análisis de factores asociados al no cumplir la cuarentena en pandemia por parte de la población venezolana en Chile, a partir del mismo estudio.

Encontramos que, en general, los factores asociados al no cumplir cuarentena en pandemia era estar trabajando. Tener que salir a trabajar los obligaba a no poder cumplir con 5 veces mayor chance, que aquellos que no trabajaban. El estar en el sistema público, comparado con el privado, casi cuatro veces más chance de no poder cumplir la cuarentena. La adscripción al sistema público es también un indicador de nivel socioeconómico, pues quienes entran al público son quienes, en general, no tienen capacidad de pago para el privado. Otro factor observado fue el ser hombre, dando cuenta de que en la población venezolana eran los hombres los que estaban saliendo a trabajar.

Otro factor relevante es el nivel educacional, ya que las personas con nivel educacional escolar secundario o menor, tenían 1,7 veces mayor chance de no cumplir con la cuarentena, que aquellos que contaban con mayores niveles de educación. Si analizamos todo esto en conjunto, podemos suponer que aquellos que no podían cumplir cuarentena, se trataba posiblemente de las personas en moto y en bicicleta que durante el tiempo de cuarentena estaban haciendo entrega de los *deliverys* de comida o que eran las personas a cargo del mantenimiento de distintos espacios de trabajo pequeños y medianos que mantuvieron su trabajo abierto. No todos estos casos, por supuesto, son trabajos formales, muchos son informales y con riesgos asociados.

#### 4.5 Estudio Perú: relación entre autopercepción de discriminación y salud

---

Como Programa, apoyamos desde Chile un estudio que se hizo en Perú sobre la relación entre la autopercepción de discriminación y salud mental.

El estudio se realizó en base a una encuesta donde participaron casi 9500 venezolanos, de los cuales 6806 completaron el total de la encuesta. El estudio observó venezolanos que se percibían haber sido discriminados tenían 2.4 veces mayor chance de reportar problemas de salud mental, que personas venezolanas que no se habían sentido discriminadas. Entonces, es importante observar cómo la percepción de discriminación en tiempo de pandemia, también impacta en la salud mental de estas personas. Ya que esta percepción se suma a la experiencia de aislación de la pandemia, con sus riesgos para la salud mental.

## 5.

## *Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia sars-cov-2: resultados de estudio multi-métodos ejecutado en pandemia:*

En conciencia del riesgo de vulnerabilidad, desprotección y profundización de desigualdades ya existentes en algunas poblaciones migrantes residentes en Chile a propósito de la pandemia, el Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM de la Universidad del Desarrollo desarrolló un estudio multi-métodos sobre vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2, buscando promover acciones con enfoque intercultural y basadas en evidencia para estas poblaciones.

El proyecto se propuso conocer las vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante; conocer los recursos y capitales sociales desplegados desde la propia comunidad y sus redes de apoyo, y analizar la recepción e implementación de las medidas indicadas por la autoridad sanitaria en las distintas etapas de la pandemia.

Se espera que esta evidencia inédita permita construir, desde un enfoque de interculturalidad, recomendaciones para fortalecer la efectividad de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria e implementadas por los equipos de salud.

El estudio multi-métodos utilizó una metodología multi-métodos, con una fase cuantitativa, una cualitativa y una traslacional:

- Fase cuantitativa: aplicación de encuesta COVID-19 MIGRANTE, elaborada por el Programa de Estudios Sociales en Salud (Proessa) de la Universidad del Desarrollo. Profundiza en ámbitos psicosociales, socioeconómicos y demográficos. Alcanzó un tamaño efectivo final de 990 respuestas
- Fase cualitativa: aplicación de 40 entrevistas semiestructuradas, de las cuales 30 fueron a migrantes internacionales y 10 a informantes clave de organizaciones sociales y autoridades sanitarias. Los temas abordados fueron las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de COVID-19, así como sus necesidades sentidas, con foco en vulnerabilidad social y recursos sociales.
- Fase traslacional: a partir de los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio original, se establecieron una serie de reuniones de trabajo interdisciplinarias que permitieron priorizar los resultados principales y organizarlos en torno a esta guía de apoyo a la atención en salud, entre otros productos de transferencia.

## FASE CUANTITATIVA

---

Del total de personas encuestadas, 115 de ellos equivalente al 11,62%, reportaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año. Además, 189 (19,1%) indicaron haber tenido a alguien de su núcleo familiar en Chile con COVID-19 y 413 de ellos se tomaron alguna vez el examen. Por su parte, 963 de los encuestados afirmaron haber estado en una comuna en cuarentena. De los 17 que afirmaron no haber estado en cuarentena, 14 residían en comunas que otros informaron que sí estuvieron en cuarentena, por lo que se podría interpretar que casi el 100% de los participantes estuvieron en algún momento sometidos a cuarentena. La mayoría de los participantes reportaron haber cumplido con la cuarentena estipulada por la autoridad sanitaria durante la pandemia por COVID-19.

Un total de 309 personas (31.2%) señalaron no haber cumplido con la recomendación de la cuarentena. De ese total, la mayoría señaló como razón principal el haber salido a trabajar (n=280, 91%), seguido de haber cuidado de otra persona (n=9, 3%), no tener miedo (n=5, 1.6%) y haber salido a comprar alimentos (n=3, 0.9%). Otras 7 personas señalaron otras razones como estar cesante y haber salido a buscar trabajo, y otras no especificadas.

En general se reportó un amplio cumplimiento del uso de mascarilla, de distanciamiento físico en el vecindario y de limitación de participación en reuniones sociales. Se reportó menor cumplimiento en distanciamiento social en el trabajo. La inmensa mayoría de los participantes indicó sí haber recibido información durante la pandemia. De quienes indicaron sí haber recibido información (n=850 de 990 participantes totales), 96.3% señalaron sí haberlas comprendido.

## FASE CUALITATIVA

---

Con relación a acceso y uso efectivo del sistema de salud, existen relatos y visiones distintivas entre migrantes y expertos. Los migrantes destacan las siguientes tres dimensiones:

- i) previsión de salud (algunos inscritos, otros no lo han conseguido y otros no lo desean con urgencia),
- ii) acceso y uso efectivo de prestaciones de salud (donde destacan como temas importantes el estatus migratorio para poder usar el sistema, costos asociados, disponibilidad, discriminación percibida para acceder y comparación con el país de origen),
- iii) calidad y aceptabilidad de la atención de salud (donde emergen seis dimensiones: experiencias positivas de atención, experiencias negativas, preferencia por la atención privada, diferencias culturales, discriminación y xenofobia, y mediación intercultural).

Respecto de vulnerabilidades y estrategias de prevención del contagio por parte de personas y comunidades migrantes internacionales en Chile, las personas migrantes entrevistadas destacan los siguientes puntos:

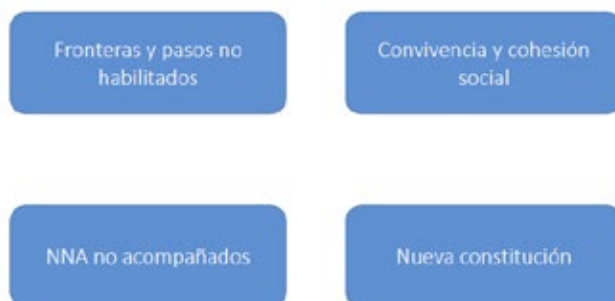
- i) percepción de vulnerabilidad frente al contagio (con percepciones de alta y de baja vulnerabilidad, con cambios en dicha percepción a lo largo del tiempo y con diversas emociones frente a dicha vulnerabilidad),
- ii) estrategias a nivel individual o del hogar para prevenir el contagio (donde destacan búsqueda de información, cambio de hábitos, instalación y evolución en el tiempo de medidas de autocuidado y de limpieza),
- iii) estrategias de prevención del contagio en el ambiente laboral (en especial teletrabajo y diferencias si el trabajo es formal o informal),
- iv) estrategias a nivel comunitario y apoyo institucional para prevenir el contagio (difusión de información, materiales para limpieza, implementación de medidas de prevención y su fiscalización), y
- v) dificultades para la prevención del contagio (hacinamiento, necesidad económica y precariedad laboral, uso de transporte público, desinformación y creencias en torno a la enfermedad, y discriminación).

## 6.

### *Temas de contingencia:*

A continuación, examinaremos algunos temas de contingencia hoy, en la era pandémica y post pandémica. En primer lugar, encontramos el tema de fronteras y pasos no habilitados y la regularización urgente de estas personas. También temas de convivencia y cohesión social, sobre todo en el marco de la creciente manifestación, xenofobia y racista contra personas migrantes en Chile. En tercer lugar, el tema de niños, niñas y adolescentes no acompañados, que ha aumentado enormemente en la entrada, sobre todo por paso no habilitado en Chile. Muchos de ellos viviendo en situación de calle, junto a sus familiares y amistades o conocidos. En cuarto lugar, el tema de la nueva Constitución, que requiere una renovación (cuando el proceso se reinicie) en pos de una mirada de país abierto y global, con procesos migratorios que sean seguros, ordenados, irregulares.

#### Temas de contingencia hoy



## 7.

### *En materia de salud poblacional, algunos nuevos temas:*

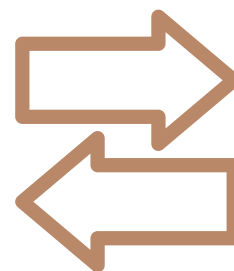
En materia de salud poblacional, algunos temas en los que necesitamos más formación, como equipos de salud, como trabajadores y profesionales de la salud:

- a) Salud global y salud internacional
- b) Enfoque de determinantes sociales y desigualdades sociales en salud
- c) Investigación traslacional, para implementar soluciones en los espacios cotidianos en los que trabajamos
- d) Ciencia de implementación, para diseñar, implementar y evaluar soluciones para esta población y otras
- e) Cuidado ético inter/ transcultural
- f) Competencias interculturales

## 8.

### *Experiencias de pandemia en diversidad social y cultural en Chile:*

Es importante hacer un énfasis sobre las experiencias de pandemia, en contextos de diversidad social y cultural. En Chile hay ejemplos muy interesantes, por ejemplo, la de un investigador de la Universidad de la frontera, hizo un estudio en población mapuche. El estudio observa que la cultura mapuche, comprende la casa como la comunidad, por lo que el mensaje de no salir de casa no llega correctamente. La cultura mapuche comprende la casa como la comunidad, por lo que el mensaje de no salir de casa no llega correctamente. Ellos continúan visitándose diariamente entre vecinos y familiares donde comparten la bombilla del mate o el vas (Cuyul, A.)



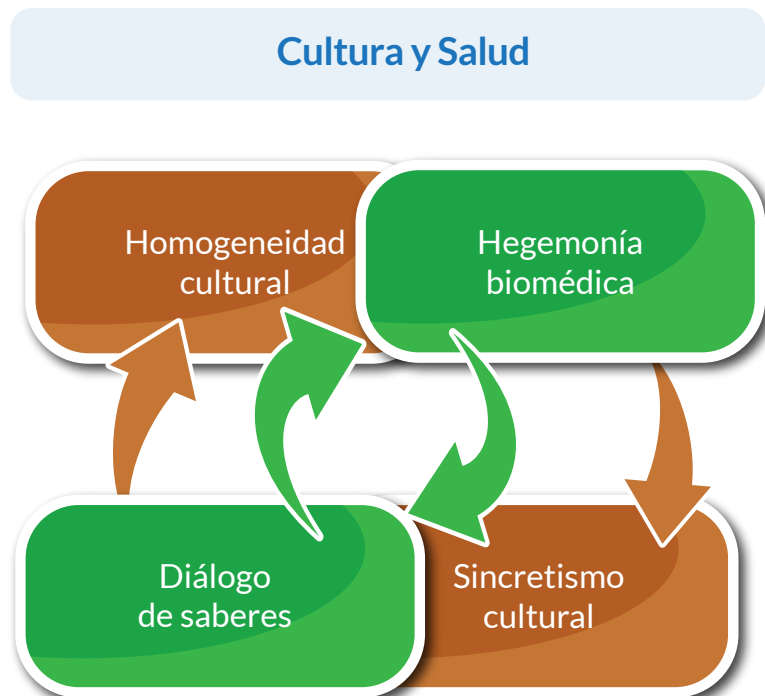
Esto ejemplifica la importancia de que algo tan simple como el mensaje “quédate en tu casa”, que parecía ser tan simple y comprensible para todos; tiene variabilidad de interpretaciones culturales en cualquier lugar del mundo, incluyendo Chile. Tenemos que aprender a conocer a nuestra diversidad de poblaciones, para crear información que sea clara, segura y pertinente. Asimismo, en la encuesta revisada anteriormente, el 61% declara no sentirse preparado para enfrentar esta pandemia y uno de cada tres migrantes internacionales participantes en la encuesta señalan no

saber dónde ir en caso de requerir asistencia médica. Esto, a pesar de que todos los días y a cada momento había mensajes en la televisión “si tiene fiebre, si tiene síntomas respiratorios acuda a urgencia”. Pero los migrantes no necesariamente saben cuál es la urgencia a la cual les corresponde asistir. Uno de cada cuatro migrantes internacionales considera que ha recibido información de mala o muy mala calidad acerca del COVID 19. Nueve de cada 10 reportan sentirse angustiados o preocupados, y 7 de cada 10 tristes o deprimidos a causa de la pandemia.

## 9. *Cultura y salud:*

Los resultados previamente presentados nos remiten a una discusión profunda de la intersección entre cultura y salud. Hay distintas definiciones de cultura, una de las más completas que cultura es: “Aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en tanto miembro de la sociedad. La condición de la cultura en las diversas sociedades de la humanidad, en la medida en que puede ser investigada según principios generales, constituye un tema apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción humanos”.

En el sistema de salud se debe avanzar desde la creencia de que todos pertenecemos a una misma cultura, de que los usuarios del sistema son homogéneos culturalmente a la comprensión de que existe un sincretismo cultural. Todos nosotros hoy somos la construcción de distintas identidades culturales que han migrado por siglos y que nos constituyen genéticamente y ancestralmente, pero también culturalmente. Por lo tanto, si un sistema de salud tiene una mirada única homogeneizante de la cultura que atiende, es muy probable que esta mirada quede estrecha para una adecuada atención en salud. Se tiene que integrar de mejor manera este sincretismo cultural, lo que nos lleva a salir de la hegemonía, de la verdad biomédica como única o como principal verdad dominante, a un diálogo de saberes que es el corazón y la esencia misma de la mediación intercultural.



10.

## Red chilena de investigación en migración y salud rechisam y lancet migration:

Por último, quisiéramos invitarlos a conocer la red chilena de investigación en migración y salud RECHISAM cuya página web es [www.saludinmigrantes.cl](http://www.saludinmigrantes.cl) En esta página encontrarán afiches, bibliografía, videos, infografías, entre otros en distintas materias de conocimiento y de acceso libre. También es importante que conozcan Lancet Migration America Latina donde también podrán encontrar material que puede ser de interés para ustedes y que, por supuesto, puede ser de importancia también para la generación de evidencia y su difusión en nuestra región.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses B y cols. Guía de apoyo a equipos de salud Para la atención a poblaciones migrantes en contextos de crisis socio-sanitarias con enfoque intercultural en salud. Desarrollada a partir de resultados de estudio multi-métodos. PROESSA ICIM UDD. 2021. <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/5167/Gu%C3%ADa%20Salud%2002%20dic%202021%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ESTUDIO DE CASO:

### Desafíos en la atención de personas migrantes durante la pandemia por COVID-19

Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La pandemia por COVID-19 incrementó las vulnerabilidades experimentadas en el proceso migratorio.
- Es fundamental la entrega de información adecuada a personas migrantes sobre acceso y uso de los sistemas de salud en medio de la crisis sanitaria por COVID-19, para que puedan acudir de manera oportuna y garantizar el derecho al acceso a salud.
- Se debe considerar el enfoque intercultural en salud en la atención de COVID-19 y en la educación en prevención de esta enfermedad con personas migrantes internacionales.

### Descripción narrativa del caso:

#### Datos de la persona

SEXO	EDAD	PAÍS DE ORIGEN	SITUACIÓN MIGRATORIA	REDES DE APOYO	CONDICION DE VIDA ACTUAL
Femenino	35 años	Venezuela	Irregular	Pareja y madre. Vive además con sus tres hijos de 3 meses, 2 y 10 años.	Viven en una habitación que comparten 6 personas con otra familia venezolana.

### Situación o necesidad de salud del caso:

Julia consulta de manera online en un programa de orientación en salud para personas migrantes internacionales porque sospecha que su madre de 70 años podría estar con un cuadro de COVID-19. Cuenta que llegó con ella y su marido hace dos semanas a Chile, viajaron por paso no habilitado tras un largo viaje de 4 días a pie desde Perú. Refiere que no tuvieron acceso a saneamiento y agua potable y ella comenzó con síntomas de COVID el último día de viaje. Señala que dentro de lo posible intentaron mantener aislamiento durante el último período del viaje, pero no contaban con mascarillas ni con acceso a agua para poder lavarse las manos. Tampoco pudo realizarse un examen para confirmar la enfermedad, había escuchado que sus síntomas podían ser compatibles con COVID-19 pero también podría tratarse de un resfriado fuerte.

Refiere que hace dos días su madre comenzó con tos, secreción nasal y hoy amaneció con 38°C de temperatura y dificultad para respirar. Una vecina le comentó del programa y pudo acceder a la atención. Desea saber dónde puede llevar a su madre a consultar y si tiene derecho a atenderse en el sistema de salud al estar en situación migratoria irregular, ya que meten ser deportadas. No conoce el sistema de salud, no sabe de algún centro cercano a su hogar ni como consultar.

Al indagar en la salud de sus hijos, refiere que ellos llegaron a Chile una semana después acompañados de su hermana menor de 18 años, también ingresaron por paso no habilitado. Refiere que se encuentran bien de salud y no refirieron nada negativo respecto al trayecto.

### Atención recibida por el caso:

- Se orienta sobre el acceso a salud como un derecho de personas migrantes, sin importar la situación migratoria. Se orienta sobre cómo acceder al sistema de salud siendo migrantes en situación irregular, como inscribirse a CESFAM. En el contexto de urgencia se explica en que consiste servicio de SAPU y se ayuda a localizar uno cercano al hogar de la familia, se explica cómo consultar. Se explica cómo pueden acceder también sus hijos de manera preventiva a controles de salud de niño sano en CESFAM. Se explican atenciones dirigidas a niños y niñas en atención primaria.
- Se educa sobre síntomas de riesgo en el COVID-19 y cuando acudir a urgencias por ayuda médica.
- Orientación sobre redes de apoyo: Se entrega información sobre fundaciones que brindan apoyo en regularización migratoria, integración social y laboral a personas migrantes. También se orienta sobre acceso a educación primaria para hija mayor de la familia de 10 años.
- Se sugiere tomar atención con asistente social en CESFAM para ayuda psicosocial dado el contexto de vulnerabilidad del hogar.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

- El temor de consultar en la red de salud debido a la historia migratoria, lo que demoró la consulta en el sistema de salud dos días desde el inicio de los síntomas. También el desconocimiento del sistema de salud y el escaso tiempo en el país de destino en un momento de vulnerabilidad.
- Las dificultades físicas en el hogar para poder realizar una cuarentena y mantener

aislamiento social de la persona con COVID-19. Esta dificultad aparece también durante la etapa de tránsito, cuando probablemente Julia se contagió. Las condiciones en que se produce el viaje exponen a riesgos para la salud de esta familia.

- Está presente el desafío de la regularización migratoria de la familia dentro del próximo tiempo, que les permita acceder a un trabajo e inserción social.
- Está el desafío de la inclusión escolar de la hija mayor para retomar la continuidad de sus estudios.
- Hay desafíos en torno a las condiciones de vida materiales y sociales, se pesquisan escasas redes de apoyo en país de destino, pero no se indagan las redes de apoyo en país de origen.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

- Una dificultad es que la atención será únicamente de orientación y no pueda derivarse directamente a los servicios que la familia necesita. Una recomendación en este escenario es entregar por escrito posteriormente la información compartida, puede ser por alguna vía de contacto o compartiendo material como infografías que resuman información importante (por ejemplo, pasos para acceder al sistema de salud).
- Es importante indagar también en redes de apoyo disponible en el país de origen y como se están apoyando en este momento a la distancia.
- Complementar con educación en salud sobre los cuidados de COVID-19, se entrega información para consultar, pero falta profundizar en los cuidados domiciliarios y del resto de los miembros de la familia. Por ejemplo, indagar más en la distribución del espacio del hogar para buscar de que manera se puede realizar una cuarentena en la medida de lo posible y otras medidas de prevención.
- Falta indagar en la historia migratoria de los hijos, que viajaron acompañados únicamente por su tía joven de 18 años. Se trata de una experiencia difícil y es importante indagar en su situación de bienestar actual y si requieren de atención.



# ***Beneficios del enfoque intercultural en la atención a mujeres migrantes y refugiadas***

Autora: Alejandra Carreño Calderón

## **CAPÍTULO**

# 20

En este curso aprenderás a comprender el rol que asume el género en la determinación social de las mujeres migrantes y las características específicas de la migración de mujeres latinoamericanas y su intersección con categorías étnicas y de clase. Esta comprensión te otorgará herramientas específicas para tu trabajo con mujeres migrantes.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Por qué y cómo migran las mujeres de origen latinoamericano a Chile?

¿Qué significa asumir un enfoque de género e interculturalidad en la atención de salud?

# 1.

## Introducción al género: lo femenino y lo masculino en salud

En primer lugar, es necesario recordar que existe una diferencia entre los conceptos de sexo y de género. El sexo está determinado por las características biológicas, en base a la información cromosómica de las personas. Hoy en día sabemos que esta identidad sexual puede ser femenina, masculina o también en el fenómeno de la intersexualidad.

El género, en cambio, tiene que ver con la construcción social y cultural que se hace en función del sexo y esta construcción está determinada por las sociedades de origen. En función del sexo, a las personas se les atribuyen determinadas características sociales y culturales, que van a ir afectando a la largo de su existencia, las relaciones que van manteniendo con su entorno y consigo mismas, señalándolas como femeninas y masculinas, no binarias y una amplia variedad de clasificaciones posibles, que hoy nos muestran las identidades de género.

Al introducirse la distinción entre los conceptos de sexo y de género, han ido apareciendo algunos otros conceptos, como son el de la orientación sexual, que refiere a quien uno se siente atraído sexual y afectivamente, incluyendo dentro de este concepto categorías como: la heterosexualidad, la homosexualidad, la asexualidad y otras. Por lo tanto, estos son conceptos que están en continua redefinición. Sin embargo, se ha logrado llegar a acuerdo en que el género interactúa con otros factores que ponen a ciertos grupos en condiciones de desventaja y a esta interacción entre clase, grupo étnico, edad, religión, etcétera se le llama interseccionalidades. Es decir, el género no actúa por sí mismo de manera autónoma, sino que se interseca con todos estos factores, generando diferencias entre grupos que están cruzados por estos factores de manera diferente.



## 2.

### *Género, migración y salud: tres variables que se encuentran:*

Uno de los ámbitos en los que las construcciones de género van generando mayores inequidades son los resultados en salud y es aquí, que el género y la salud han empezado a dialogar como disciplinas e incluso enfoques que hoy se traducen en un enfoque de género en la atención de salud.

Este enfoque de género en la atención de salud, ha logrado de visibilizar que existen inequidades en los resultados de salud de hombres, mujeres y diversidades sexuales, que no se explican por diferencias biológicas, sino que están justificados por la posición diferencial que ocupan hombres, mujeres y diversidades sexuales dentro del plano social, es decir, no están basados en la biología de las personas, sino en su posicionamiento social. Este enfoque, entonces, hace visible la existencia de estas asimetrías que son injustas y evitables, y que se asocian con desventajas sistemáticas de uno u otro sexo en los contextos en que se van desarrollando.

Es importante recordar que, a partir de este razonamiento, el género empezó a ser considerado uno de los determinantes sociales de la salud (DSS), que más impacto genera en la producción de inequidades en los resultados en salud. Por ejemplo, en la mayoría de las sociedades actuales, las mujeres asumen casi totalmente las responsabilidades en materia de anticoncepción, cuidado de niños, ancianos y personas dependientes, postergando prioridades de autocuidado que generan resultados en salud a largo plazo. Por el contrario, por mandatos de género, los hombres, en la mayoría de las sociedades actuales, asumen actitudes de riesgo, competencia, falta de autocuidado. Esto, repercute en mayores índices de mortalidad por accidentes, hechos violentos y enfermedades crónicas no controladas a tiempo. Todos estos mandatos de género, que impactan en estas conductas, tienen consecuencias en los resultados en salud de hombres, mujeres y diversidad de sexo.

### 3.

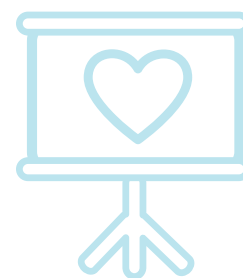
## Principales temas en salud de mujeres migrantes

A partir de lo anteriormente expuesto, es necesario observar cómo la migración también intercepta esta relación entre género y salud. Diversos estudios han demostrado cómo las mujeres van asumiendo un rol protagonista en las trayectorias migratorias hoy en día. Esto también ocurre en Chile, dentro del marco de las migraciones sur - sur. Así, el género intercepta la migración, puesto que son distintas las trayectorias y las vulnerabilidades o riesgos a los que son expuestos los migrantes según su género. Esto afecta a lo largo de todo el ciclo migratorio.

Como se puede observar en la lámina, las condiciones de origen, el sistema sexo-genérico de origen desde el que provienen los migrantes, va a determinar, por ejemplo, si esa persona tuvo o no tuvo acceso a educación, acceso a una mayor escolarización, acceso a una calificación profesional. Todos estos factores van a determinar, a su vez, a qué tipo de migración va a poder acceder, entre otros factores. También la decisión de migrar está afectada por género. En el caso de las mujeres, es reconocido que con el pasar de los años se han vuelto protagonistas de los procesos migratorios y no son más, como lo fueron antes, acompañantes de parejas o familiares migrantes, sino que muchas veces encabezan el proceso, transformando de esta manera su rol como proveedoras de cuidados y de recursos económicos.

En este mismo sentido, hay grupos que favorecen la migración masculina, por ejemplo, en los migrantes haitianos vemos mucho más presente una primera migración masculina. Mientras que hay otros grupos que favorecen la migración femenina, pues toman en cuenta factores como el mercado laboral, por ejemplo, como el caso de las mujeres peruanas que viajan para cuidar a otras personas, esa posibilidad laboral motiva la migración de mujeres solas.

Por otra parte, el cruce de frontera se vive de manera distinta si se es hombre, mujer o persona perteneciente a las diversidades sexuales. Hoy en día, en el caso chileno, estamos frente a un masivo cruce de fronteras por pasos no habilitados, que nos ha demostrado que las mujeres están más expuestas a las posibilidades de sufrir violencia en distintas formas, en particular en formas de violencia sexual. También el mercado laboral del país de llegada, está regulado de una manera distinta, según identidad de género. Sabemos que, en Chile, por ejemplo, las mujeres están altamente vinculadas a las labores de cuidado y están insertas principalmente en economías más bien informales, en las que tienen que conciliar las labores de cuidado, crianza y trabajo.



Es necesario tomar en consideración, que las mujeres que emigran solas generan redes de cuidado transnacionales. Ya que, muchas veces dejan a cargo de otras mujeres de su familia o de su red de pertenencia, el cuidado de sus propios hijos. Esto es lo que se conoce como cadenas globales de cuidado, que significa que las mujeres migran a integrarse en labores de cuidado en los países de llegada, dejando en sus países de origen a sus propias familias al cuidado de otras personas, especialmente otras mujeres de su misma familia. Esto implica transformaciones en las formas de ejercer la maternidad transnacional, donde las mujeres tienen que priorizar la generación de ahorros para poder enviar remesas para el cuidado de sus propios hijos o para poder generar los excedentes para los gastos de reunificación familiar. Las mujeres establecen en los países de destino nuevas relaciones sexo-afectivas con embarazos, partos puerperios en lugar de destino. Muchos de estos embarazos surgen de relaciones afectivas, pero también muchos de ellos son embarazos de relaciones no deseadas.

Al analizar la bibliografía internacional, observamos que a nivel sanitario las mujeres migrantes, en general, acuden menos a realizarse exámenes preventivos como la mamografía y el papanicolaou. Por otra parte, las mujeres migrantes carecen de información sobre sus derechos de salud en los contextos de llegada, tienen menor afiliación a salud y llegan más tardíamente a controlar embarazo. Al tratarse de mujeres que están en edad productiva y reproductiva, la atención de embarazo, parto y puerperio constituye una de las principales causas de egresos hospitalarios de la población migrante por lo que la mayor causa de egresos hospitalarios, embarazo, parto y puerperio.

También hemos observado que, justamente vinculados a estas inequidades que se van generando desde contextos de origen, la mortalidad perinatal y neonatal es sistemáticamente más alta en mujeres migrantes que autóctonas. La mayoría de las causas está asociada a factores asociados a los DSS. Con la migración de mujeres de países de baja renta aparecen también patologías que constituyen riesgos asociadas al embarazo como anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, co-sanguinidad hipocalcemia, hepatitis B y/o C, infecciones de transmisión sexual, enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos como enfermedad de Chagas y otras parasitosis. En países donde el aborto es legal, las mujeres migrantes tienden a utilizarlo más que no migrantes. El nivel socioeconómico y los conocimientos y prácticas en el uso de contracepción podrían generar estas diferencias.



## 4.

### Mujeres migrantes en Chile:

En el caso de Chile, en las mujeres migrantes la principal causa de egresos hospitalarios corresponde a embarazo, parto o puerperio (EPP). Así en las mujeres migrantes este tipo de causas de egreso corresponden a un 60.4% del total de egresos hospitalarios. En el caso de mujeres chilenas un 32% de los egresos hospitalarios son por embarazo parto o puerperio. Adicionalmente constatamos que en Chile existen brechas de afiliación en salud entre mujeres migrantes y nacionales. De las mujeres migrantes egresadas por EPP un 8,5% figura sin previsión de salud, muy por encima del 0,8% en mujeres chilenas en esta situación.

Dentro de los partos en inmigrantes el 69,7% fueron partos únicos espontáneos y tan solo un 23,5% partos únicos por cesárea, proporción que se eleva en el caso de chilenas a un 43% de los nacimientos. El estatus migratorio limita el acceso a los servicios en salud en mujeres en situación migratoria irregular, incluyendo prestaciones relativas a la maternidad. Esta situación es particularmente preocupante, dado el crecimiento de población migrante irregular en los años 2020 y 2021. Mujeres migrantes de países andinos y del Caribe, aún son víctimas de niveles altos de estigma y discriminación. Podemos observar racialización por estereotipos asociados a una mayor sexualización de las mujeres afrodescendientes.

Como lo indica la literatura internacional, se están registrando aumento de la incidencia de enfermedades ya existentes y surgimiento de enfermedades que son desconocidas para el personal de salud: virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV I) y anemia de células falciformes. Existe poca evidencia respecto al uso de la ley aborto 3 causales por población migrante, a pesar de que niñas y mujeres de LAC están altamente expuestas a redes de trata y tráfico de migrantes en caso de migraciones irregulares.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P., & Correa, M. E. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo.” (solo una lectura obligatoria)

## ESTUDIO DE CASO:

### Género, interseccionalidad y salud: el caso de las maternidades haitianas

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso: (2 a 3 en bullet point)

El género y la condición migratoria se intersectan con otras dimensiones como el país de procedencia, la pertenencia a grupos étnicos específicos o minorías, el nivel escolar, de ingresos etc. produciendo resultados desiguales en salud.

El caso de las mujeres haitianas en Chile es uno de los más emblemáticos en términos de interseccionalidad en cuanto mujeres afrodescendientes, no-hablantes de español nativo, muchas de ellas provenientes de contextos de pobreza y poseedoras de marcos culturales de referencia distintos en materia de salud sexual y reproductiva.

#### Descripción narrativa del caso:

Marie es una de las mujeres que encontramos en un estudio dedicado al tema de la maternidad de migrantes haitianas en Chile. Es originaria de una zona rural de Haití, migró reuniéndose con su pareja de entonces, quien había migrado anteriormente a Chile. Es una mujer de veinte años, tiene un hijo de dos años y llegó hasta segundo año de secundaria, cuando empezó su gestación. Trabaja como vendedora en un mercado en la frontera con República Dominicana, pero no ha logrado estabilizarse económicamente y no cuenta con apoyo familiar. Pasó por paso no habilitado durante el año 2019. Tomó la decisión de hacerlo debido a que le habían rechazado la visa que solicitó en la embajada de Port Prince, desde que su pareja migró se encontraba sola con su hijo de dos años en Haití por lo que decidió aprovechar de un contacto que consiguió y viajó hasta Perú, pasando de noche por la frontera de Chacalluta. Actualmente Marie vive en Quilicura con su pareja, a pesar de que quisiera separarse de él, pues a la llegada a Chile surgieron conflictos entre ellos. Ambos están en una habitación compartida con otros migrantes, son más de veinte personas que comparten baño y cocina. Él pasa el día entero en la calle, trabajando en los estacionamientos municipales de la comuna. Ella pasa el día encerrada, pues no se lleva bien con las familias con las que comparten el arriendo. No ha podido encontrar trabajo por sí misma pues no maneja el español ni el francés, ya que no se hablaba en la localidad de donde proviene. Se siente desorientada y triste, además teme estar embarazada, pues hace más de dos meses que no tiene menstruación. Su único contacto con las instituciones chilenas es a través del jardín infantil al que lleva a la hija, quien poco a poco ha aprendido español. Ella no entiende lo que le dicen en el jardín y evita acercarse a los centros de salud pues teme que denuncien su situación irregular. Sabe que las cosas con su pareja no van bien y que este embarazo podría hacerla aún más dependiente de él, sin embargo, no sabe dónde buscar ayuda ni tampoco hablar de las peleas y gritos que se hacen cada vez más frecuentes entre ambos.

### Situación o necesidad de salud del caso:

Este caso alberga temas centrales en el trabajo interseccional con maternidades migrantes. Como se ve, hay un embarazo no deseado producto de una serie de dificultades en el acceso a anticoncepción, acompañado de temas de salud mental, condiciones de hacinamiento y señales de violencia de género. La presencia de amenorrea y la falta de orientación respecto al servicio de salud puede traducirse en un control tardío de embarazo, con las consecuentes dificultades y riesgos asociados. En particular, las mujeres haitianas, por provenir de un contexto marcado por la pobreza y la falta de acceso a servicios sanitarios, pueden estar mayormente expuestas a patologías que constituyen riesgos asociadas al embarazo como: anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, co-sanguinidad, hipocalcemia, hepatitis B y/o C, infecciones de transmisión sexual, transmisión vertical de VIH, enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos como enfermedad de Chagas y otras parasitosis. El hecho que haya pasado por paso no habilitado puede haberla expuesto también a situaciones de abuso y acoso sexual que solo pueden ser pesquisadas a través de una intervención psicosocial con enfoque intercultural y de género.

### Atención recibida por el caso:

La intervención en este caso no se había realizado. Sin embargo en el cuadro de una intervención sanitaria desde un enfoque de género e interculturalidad es posible abordar sus problemáticas a través de **intervenciones comunitarias articuladas con el intersector**, en este caso el jardín infantil. En muchas familias migrantes el único contacto que existe con la institucionalidad chilena está dado por el **contacto con las instituciones escolares**, que muchas veces no están lo suficientemente articuladas con las redes asistenciales. Una vez pesquisado el caso, la asistente social o educadoras del Jardín pueden buscar articularse con la red del territorio, contactando a la **atención primaria**. Para que este contacto se produzca es esencial que **existan redes de trabajo y cooperación previas entre sector escolar y sanitario**. Dentro de la atención primaria, es necesario que existan intervenciones que involucren a las comunidades migrantes, que en este caso se trata de mujeres haitianas. Para ello, es conveniente que el servicio pueda contar con el **apoyo de una facilitadora intercultural idealmente mujer**, capaz de abordar el caso con enfoque intercultural. En la intervención, se puede propiciar un primer contacto realizado exclusivamente en creole, en el que es **necesario indagar en la trayectoria migratoria de la mujer**, la condición de vida en que se encuentra, garantizando el derecho a la confidencialidad propio del espacio sanitario. Luego, si se logra el enganche, el control de salud sexual y reproductiva debe hacerse considerando la posibilidad de que la mujer haya sido abusada, otorgando toda la información respecto al ejercicio de sus derechos sexuales en Chile, la existencia de la ley de aborto en tres causales, las alternativas de adopción y la posibilidad de adherir a sistemas de anticoncepción y planificación familiar en total autonomía. Siendo un caso complejo se recomendaría mantener el vínculo terapéutico y hacer seguimiento continuo en trabajo conjunto con la facilitadora intercultural.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

En este caso, no se han realizado intervenciones lo que nos habla del desafío de llegar a esta población, que es especialmente difícil de alcanzar y se encuentra socialmente aislada por dificultades idiomáticas y de inclusión social. Un rol particular pueden jugar figuras como las educadoras de párvulo de las escuelas que albergan a los hijos e hijas de estas familias, que pueden generar redes de confianza y articular el inicio de la atención.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

La existencia de territorios cuyas redes se encuentran articuladas desde el intersector es una garantía para poder realizar acciones comunitarias como las que este caso requiere. Además de la escuela, la presencia de comunidades migrantes organizadas y contactadas con los servicios de salud es un ámbito a pesquisar. De igual forma, la posibilidad de contar con facilitadores interculturales en espacios sociosanitarios, así como en espacios jurídicos en los que este tipo de casos suelen aparecer es otro elemento central, en la medida en que las intervenciones con enfoque de género no pueden estar exentas del enfoque intercultural, que permitirá generar el vínculo y fortalecer las posibilidades de continuidad en la relación con las instituciones. Para actuar en casos como éste la incorporación del paradigma de género e interculturalidad debe integrarse no solo en los servicios sanitarios, sino en todos los servicios que actúan en territorios marcados por la presencia de múltiples culturas.



# *Migración y movilidad en mujeres trabajadoras sexuales centroamericanas en la frontera de México-Guatemala*

Autora: Teresita Rocha Jiménez

## **CAPÍTULO**

# 21

En este capítulo conocerás la experiencia de migración y movilidad en mujeres trabajadoras sexuales Centroamericanas en la frontera de México-Guatemala. A partir de ella podrás comprender cómo las características y la intersección de una frontera pueden determinar el acceso a servicios de salud de un grupo con particularidades culturales.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Cómo las particularidades de la frontera México-Guatemala determinan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de trabajadoras sexuales migrantes en tránsito?

¿Cómo la interculturalidad y las prácticas locales explican el contexto del trabajo sexual y esto se traduce en el acceso a ciertos servicios de salud sexual y reproductiva en la frontera de interés?

## 1.

# Los impactos de la migración y movilidad en la salud

En este capítulo abordaremos el tema de la migración y movilidad en mujeres trabajadoras sexuales centroamericanas en la frontera de México y Guatemala. Lo primero es tener en consideración que la migración y la movilidad pueden tener impactos positivos o negativos en las personas que emigran o que se mueven. Las personas migran para mejorar su estatus socioeconómico, para vivir en contextos más seguros, para que sus familias estén bien. Y, a veces, esta movilidad se traduce en un aumento y en una mejora en el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, la migración y la movilidad también pueden estar relacionadas con aspectos negativos, como transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH o algunas otras infecciones de transmisión sexual, temas de salud mental, desórdenes psiquiátricos por el trauma de la dificultad de migrar de un lugar a otro. Y, a veces, también se asocia con consumo de sustancias.

Muchas veces las personas tienen que desplazarse de forma no voluntaria y encontramos poblaciones vulnerables como trabajadoras sexuales, gente que vive en situación de calle y muchas veces la entrada al trabajo sexual está asociada con esta migración. Yo estudié mucho tiempo con mujeres trabajadoras sexuales, tanto en la frontera de México con Estados Unidos, como en la frontera entre México y Guatemala, y algunas querían salir de sus comunidades de origen, querían migrar, pero no necesariamente sabían que iban a dedicarse al comercio sexual hasta que llegaron a ciertas ciudades y fue la alternativa que encontraron para poder ganar dinero y ahorrar para seguir su viaje migratorio.



## 2.

## *Frontera México-Guatemala:*

A continuación, nos referiremos a la frontera entre México y Guatemala, es una frontera muy interesante, muy particular. La fotografía precedente es el río Suchiate, que divide México con Guatemala, entonces el río es la frontera natural que divide estos dos países, por lo tanto, es una frontera sumamente porosa. Esto quiere decir que la gente cruza el río, va y viene todos los días sin mostrar ningún documento. Hay una frontera de facto y la gente cruza, compra cosas y se regresa con su familia que vive del otro lado. Es importante mencionar que existe un acuerdo entre Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua que se llama CA4 Centroamérica 4, donde los ciudadanos de estos países pueden circular de forma libre.

Cuando llegan a México es cuando se encuentra con una barrera, porque en México les pide visa. A esto se le conoce como la puerta de México hacia Estados Unidos, porque muchas personas utilizan estas ciudades para migrar hacia el norte, entonces nos encontramos con muchos flujos migratorios, muchas personas de diferentes características que convergen en esta frontera. Hay trabajadores agrícolas, por ejemplo, guatemaltecos que van a trabajar a Chiapas, que es un estado en México. Hay también compradores, hay migrantes en tránsito que van hacia el norte de México o hacia Estados Unidos y también encontramos trabajadoras sexuales.

Existe mucha presencia de comercio sexual por ser una zona de paso, por ejemplo, hay camioneros que cruzan de un lugar a otro y que buscan el comercio sexual, por el sentido de anonimidad que esta frontera les brinda. Es importante mencionar que las personas pueden quedarse por un tiempo ilimitado en esta región, hasta que logren juntar dinero para irse al norte. Por lo tanto, como es una zona de alta movilidad y está presente el tema de personas que intercambian favores sexuales, se favorece la infección o la transmisión de enfermedades de transmisión sexual como es el VIH y otras infecciones de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, etc.



### 3.

## Cuidado continuo del VIH:

### HIV CARE CONTINUUM:



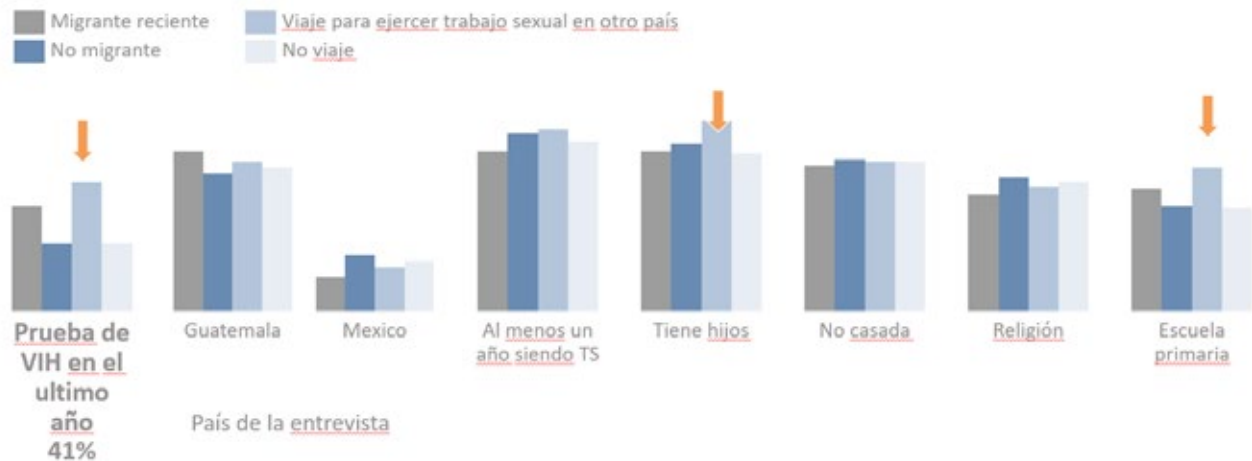
Es muy importante saber que existe el cuidado continuo del VIH, en donde la idea es prevenir, diagnosticar y tratar el VIH, para evitar que se siga esparciendo. Entonces, el primer paso de este cuidado continuo es diagnosticar el VIH, la idea es diagnosticar, vincular a la persona que resulte VIH positiva al cuidado, que tome tratamiento antirretroviral y bajar la carga viral para que no vuelva a contagiar. Esto funciona en muchos países y el VIH es considerado algo así como una enfermedad crónica. Pero, en algunos contextos, como el de la frontera con entre México y Guatemala, todavía es complicado que las personas tengan acceso a tratamiento. Ya que, muchas veces cuesta que las personas sean diagnosticadas, a pesar de que pertenecen a un grupo altamente vulnerable como es el de trabajo sexual. Este grupo debería de estar siendo testeado periódicamente.

Por lo tanto, un tema muy importante para entender qué pasa en esta frontera -y las particularidades y las prácticas culturales- es que, en ambos países, en México y en Guatemala, hay zonas de tolerancia en donde se les permite a las mujeres ejercer el trabajo sexual, siempre y cuando tengan una tarjeta de control sanitario. En México esta tarjeta se debe pagar y en Guatemala es gratuita. Para obtener esta tarjeta hay que realizarse semanalmente pruebas en un centro de salud. Si se comprueba la no existencia de una enfermedad de transmisión sexual o de una infección vaginal, la tarjeta obtiene un sello que habilita el permiso a trabajar en las zonas de tolerancia, donde frecuentemente hay bares. Por el contrario, si el diagnóstico es positivo a una enfermedad de transmisión sexual, las mujeres no obtienen la tarjeta y se ven obligadas a trabajar en otras zonas (no las zonas de tolerancia) que son más riesgosas, como es, por ejemplo, donde están los camiones de carga. Entre las trabajadoras sexuales existen grupos más vulnerables, por ejemplo, si se es migrante o si se es miembro de alguna minoría indígena, ya que muchas veces la pertenencia a estas categorías genera barreras de acceso a estos servicios de prevención del VIH.

En mi tesis doctoral, trabajé con un grupo de trabajadoras sexuales en la frontera entre México y Guatemala. Uno de los objetivos fue visibilizar quiénes tenían efectivo acceso a las pruebas de VIH. Como resultado de la investigación doctoral, observamos que, de casi 400 mujeres entrevistadas, únicamente el 41% reportó haber tenido una prueba de VIH en el último año. Este un porcentaje bastante bajo, si se considera que es un grupo que debería ser prioridad en recibir este tipo de servicios.

### Sociodemográficos trabajadoras sexuales en la frontera México- Guatemala (N=255)

Cruzan la frontera TS n=53, 21%



Como se puede observar en el gráfico, en Guatemala es más alto el porcentaje de trabajadoras sexuales que se realizó el test de VIH en el último año. Esto, porque como vimos con anterioridad, el testeo es gratuito. Para la caracterización de las trabajadoras sexuales, analizamos variables como religión y nivel de educación. No obtuvimos diferencias importantes entre ambos países. También analizamos el tiempo que llevan ejerciendo el trabajo sexual, la hipótesis es que si llevan más tiempo en este tipo de trabajo es más probable que tengan un diagnóstico. Lo que encontramos fue que existe una diferencia importante entre México y Guatemala. Esto puede explicarse porque en Guatemala los exámenes son gratuitos y estos exámenes se exigen para el trabajo en las zonas de tolerancia (bares). Por otra parte, hicimos preguntas sobre si el objetivo del viaje era ejercer el trabajo sexual y encontramos que entre las mujeres que viajan con el objetivo de ejercer el comercio sexual hay un porcentaje más alto de mujeres que se hicieron el test en el último año.



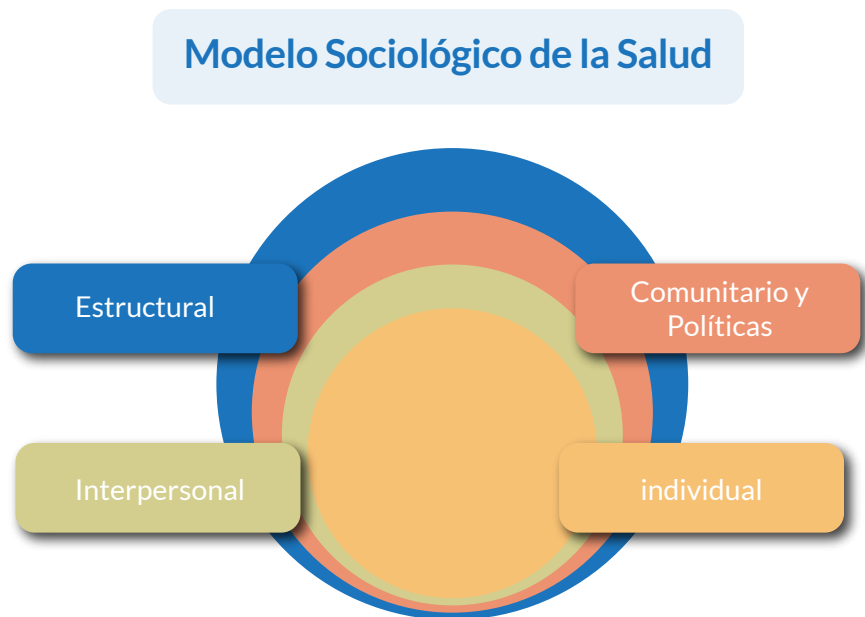
## 4.

### *Modelo socioecológico de la salud para comprender la atención de salud a migrantes en fronteras:*

A continuación, revisaremos el Modelo Socioecológico y cómo los diferentes niveles del mismo explican la atención o la falta de atención de acceso a servicios de salud en contextos de frontera. También discutiremos sobre de cómo cada uno de los niveles: políticas públicas, comunitario, nivel ambiental o de percepciones, interpersonal, e individual o intrapersonal intersectan y explican el contexto y el acceso y atención de la salud de poblaciones móviles en fronteras.

El Modelo Socioecológico de la Salud es un modelo que considera varias esferas que tienen el mismo nivel de importancia y que sirven para describir factores y variables importantes que explican un fenómeno. Estos niveles son: a) nivel estructural o de políticas públicas (ej., hospitales, programas), b) nivel comunitario (ej., seguridad personal, accesibilidad), c) nivel del medio ambiente o percepciones (ej., ambiente físico), d) nivel interpersonal (ej., cultura-interculturalidad), e) y nivel individual o intrapersonal (ej., características sociodemográficas). Se revisará cada uno de estos niveles y qué incluyen.

La importancia de entender cómo estos niveles interactúan es clave para estudiar un fenómeno complejo, como es la interculturalidad en la atención a migrantes en fronteras y situar factores complejos o subjetivos en uno de estos niveles. La capacidad de análisis y ordenamiento que da el Modelo Socioecológico es valioso no solo para estudiar contextos complejos sino para eventualmente generar espacios de intervención o de programas.



## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Teresita Rocha Jiménez, Sonia Morales-Miranda, Carmen Fernández-Casanueva, Jay G. Silverman, Maria Luisa Zúñiga, Shira Goldenberg, Noe Crespo, Kimberly C. Brouwer. 2022. "Migration and mobility: correlates of recent HIV testing among female sex workers at the Mexico-Guatemala border". *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03501>
- Carmen Fernández Casanueva, Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-Guatemala, *Pap. poblac* vol.15 no.59 Toluca ene./mar. 2009

## ESTUDIO DE CASO:

### Acceso a pruebas de VIH en trabajadoras sexuales migrantes en la frontera México-Guatemala

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

- La interculturalidad y el contexto en frontera determina el acceso a pruebas de VIH en trabajadoras sexuales móviles en la frontera México-Estados Unidos.
- Comprensión del contexto y códigos son claves para estudiar y comprender quiénes tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

#### Descripción narrativa del caso:

1. Trabajadoras sexuales móviles entre 18 y 50 años de edad, nivel de educación primaria o menos, viviendo en la frontera de México-Guatemala.
2. En su mayoría mujeres de países centroamericanos. Honduras, Guatemala, El Salvador y México. Algunas mujeres se identifican como indígenas y su primer idioma es el Maya.
3. Viven solas y muchas están en tránsito hacia Estados Unidos, pero ejercen el comercio sexual de forma anónima por lo que muchas no tienen acceso a información ni a servicios de salud.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

- Proyecto que busca entender el acceso a servicios de salud sexuales y reproductivos en trabajadoras sexuales móviles. Cuáles son las características individuales o contextuales que explican por qué algunas mujeres reciben servicios, sobretodo a pruebas de VIH e ITS, y otras no.
- Necesario comprender el contexto del trabajo sexual en la frontera México-Guatemala ya que los intercambios en la frontera, así como las dinámicas entre ambos países explican el trabajo sexual y a su vez cómo los gobiernos o las instituciones locales general programas para prevenir y atender temas de salud sexual y reproductiva.

Atención recibida por el caso (atención, orientación, dentro del sistema de salud y/o fuera – comunitario; otro) (dos a tres párrafos)

- Recibir una prueba de VIH o no en el último año. Tema de gratuidad importante y clave. Si una persona resulta positiva entender el proceso de referencia, costos, anonimidad, etc. El estar en la frontera dificulta el acceso, pero también puede facilitar el que una persona se atienda en el país vecino dada la facilidad de cruce.
- Contexto de tarjeta de control sanitario y zonas de tolerancia claves para entender el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

- La prevalencia de haber recibido una prueba de VIH dentro de la muestra estudiada el último año fue baja (41%)
- Las trabajadoras sexuales que reportaron movilidad tuvieron una probabilidad positiva a haber recibido una prueba de VIH
  - Migración circular, mayor movilidad
  - Importancia del tipo de lugares donde trabajan
  - Considerar mujeres TS menos móviles que trabajan en lugares menos visibles.

Contexto y temas culturales claves para entender lo que sucede con esta población en esta frontera.

Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

- Futura atención debe considerar las características de las trabajadoras sexuales sin excluir por nacionalidad, ni el tipo de comercio o local donde se intercambia el trabajo sexual ya que según lo aprendido muchas veces esto determina si reciben o no información y pruebas de VIH.
- Situar en el Modelo Socioecológico las características aprendidas tanto de la frontera como de las participantes para generar recomendaciones o intervenciones.

## Referencias:

---

**Teresita Rocha Jiménez**, Sonia Morales-Miranda, Carmen Fernández-Casanueva, Jay G. Silverman, Maria Luisa Zúñiga, Shira Goldenberg, Noe Crespo, Kimberly C. Brouwer. 2022. "Migration and mobility: correlates of recent HIV testing among female sex workers at the Mexico-Guatemala border". *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03501>



# *Beneficios del enfoque intercultural en de nna migrantes*

Autora: Alejandra Carreño

## **CAPÍTULO**

# 22

Al finalizar este capítulo, habrás logrado comprender las especificidades de la migración vivida durante la niñez y adolescencia y conocer las necesidades y desafíos de salud que enfrentan los NNA migrantes en Chile. Este conocimiento te permitirá realizar atenciones en salud pertinentes a NNA en Chile.

---

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS:**

¿Es lo mismo migrar durante la niñez, la adolescencia o la adultez?

¿Qué ha significado la migración para NNA de origen latinoamericano en Chile y qué consecuencias tiene para su salud?

1.

## *Curso de vida y salud: ¿por qué nos interesa la salud de nna?*

Para comenzar, abordaremos el tema de la pertinencia del concepto de curso de vida, para el trabajo en salud con niños y niñas migrantes. El paradigma de curso de vida es un paradigma que viene desde la salud pública, pero tiene un origen en una perspectiva interdisciplinaria. De hecho, los primeros estudios sobre curso de vida, se remontan más bien a ámbitos de la demografía, que dialogan luego con la salud pública y la sociología.

¿Por qué tiene este origen interdisciplinario? Porque es un enfoque que da cuenta de un complejo proceso de cambios en las trayectorias vitales de la población, derivados de eventos en el contexto social e individual de los sujetos, enlazando el tiempo histórico y biológico, para analizar la manera en que estos eventos configuran la forma de pensar, sentir y actuar de los sujetos.

Este paradigma, además de ser un paradigma interdisciplinario -que nos permiten mirar la salud de las poblaciones como grupos, como colectivos- introduce el concepto del tiempo histórico en la transformación de las de las condiciones en que viven los sujetos. Entrelaza los tiempos históricos con los tiempos biológicos de los sujetos, para poder entender mejor cuáles son los efectos a largo plazo que producen ciertas condiciones en las que viven las personas.

Uno de los desarrollos más importantes de este enfoque, es el concepto de ventaja o desventaja acumulado, también llamado divergencia o desigualdad acumulada, que analiza cómo las disparidades de la salud a lo largo de la vida, pueden ser resultado de las desigualdades de base sociopolítica y económica; pues los individuos soportan efectos acumulativos de la experiencia, económica y psicosociales sobre su salud. Es decir, las desventajas o ventajas que viven los sujetos, se van acumulando a lo largo del tiempo. Y, por lo tanto, esta acumulación de ventajas o desventajas permite vincular resultados en salud de ciertas poblaciones, con las trayectorias vitales que han vivido esas personas y la forma en que desigualdades de base social, política y económica generan un impacto en las condiciones de salud a largo plazo.

Este enfoque es fundamental para entender algunos episodios críticos o etapas críticas o sensibles, como son la niñez o adolescencia; porque este enfoque ha logrado demostrar que es desde la vida intrauterina hasta la adolescencia, cuando las exposiciones ambientales y socio políticas causan



más daño en la salud y pueden tener efectos a largo plazo. Es por ello, que, para el estudio en particular de la salud de niños, niñas y adolescentes, este enfoque nos permite identificar estos periodos como particularmente críticos o sensibles, justamente porque son etapas en las que se van generando estrategias de comportamiento, habilidades, hábitos, formas de afrontamiento de dificultades, actitudes y valores sociales que se adquieren muy fácilmente, comparado con edades posteriores. Y, que van a tener efectos a largo plazo sobre las trayectorias vitales de estas personas.

Por lo tanto, la salud de niños, niñas y adolescentes no nos interesa sólo porque están amparados en el marco de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes (NNA), sino también por qué invertir en la salud de niños y niñas y adolescentes, es una inversión a largo plazo, que fortalece la posibilidad de tener colectividades y sociedades más sanas, con mayor aspiración a bienestar. Por lo tanto, la niñez no es sólo importante por sí misma en cuanto presente, sino también por los efectos a futuro que puede producir en el bienestar de las personas y de la sociedad global.

## 2. *Infancia y migración:*

Sabiendo que la infancia es crucial para el devenir de las personas, ¿qué pasa con los niños y niñas migrantes?

Desde la literatura internacional, hemos ido analizando cómo la migración ha sido leída principalmente desde una óptica de la de la adultez. Sólo recientemente empezamos a visibilizar que los niños, niñas y adolescentes también son rostros del fenómeno migratorio.

En la literatura antropológica este grupo en particular, es descrito como sujetos que se consideran suspendidos en una doble pertenencia, es decir, son grupos que se sienten extranjeros en su lugar de destino en un primer momento, pero también se van sintiendo ajenos a su lugar de origen. En este sentido, sus trayectorias vitales, al ser muy pequeños, experimentan estas desvinculaciones con mayor intensidad. Por otra parte, las migraciones de niños, niñas y adolescentes, a diferencia de las migraciones de algunos adultos, muchas veces están sometidas a decisiones de las que no participan. Ellos generalmente no protagonizan la elección de partir, sino que la asumen y la comprenden, pero se ven obligados a reelaborar sus vínculos y a repensar sus afectos e identidad en el proceso migratorio. Esto, justamente en una edad en la que la relación con los padres es clave.



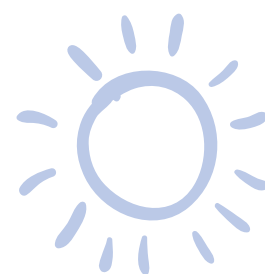
A causa de esta doble vinculación, esta presencia/ausencia en dos sociedades, los NNA migrantes han sido descritos por autores como “habitantes de la frontera” porque «Habitantes de la frontera», pueden sentirse al centro de conflictos, divergencias y fragmentaciones familiares, culturales y políticas (Moro 1994). Otro fenómeno que es propio de los niños migrantes, es el hecho de que muchas veces -porque se insertan más rápidamente que los adultos en las sociedades de destino- tienen que asumir roles parentales, para proteger a sus propios padres. Así, se produce una “inversión de los roles parentales”: proteger y mediar con el mundo adulto se transforma en un rol cumplido por NNA (Faranda 2004). En este sentido, los niños migrantes, se van transformando en facilitadores de la integración de sus padres. Eso tiene mucho que ver, por ejemplo, con el tema del uso del lenguaje. Podemos observar que los niños haitianos a veces aprenden a hablar el español mucho más rápido que sus padres y madres, lo que significa que se transforman en traductores, en mediadores culturales con el mundo adulto. Adicionalmente, los NNA migrantes viven contradicciones externas, es decir, quiebres internos cuando el mundo adulto, el mundo de los pares y el mundo de los padres se ponen en contradicción (Zoletto 2007). Así, pueden, por ejemplo, estar sometidos a procesos de hipersexualización en el espacio público.

### 3.

## *Niños y niñas migrando por América latina*

Como revisamos anteriormente, en términos bibliográficos estamos transitando desde un enfoque adultocéntrico en el estudio de las migraciones hacia un reconocimiento de que NNA son protagonistas de procesos de movilidad. También estamos moviéndonos desde una mirada victimizadora o criminalizante hacia los NNA migrantes, a reconocerlos como sujetos de derecho. La mirada victimizante consiste en conceptualizar a los NNA migrantes sólo como víctimas de su situación y la mirada criminalizadora se asocia a la migración irregular.

Asociados muchas veces a la migración irregular, hoy en día en América Latina tenemos cada vez más registros de niños y niñas y adolescentes participando en caravana, lo que nos muestra que son partes de estrategias colectivas, visibles y organizadas de movilidad. Adicionalmente, hemos empezado a reconocer que, si bien son miembros frágiles, también muestran estrategias de protección, socialización y resistencia/resiliencia que se van desarrollando como miembros de una “comunidad que se desplaza”. Esto, nos ayuda a superar la idea de que los niños sólo como víctimas. Actualmente en América Latina (además de la participación de niños y niñas en caravanas), estamos frente a al desplazamiento masivo de niños -principalmente de origen venezolano y también colombiano- incluyendo el fenómeno de niños y niñas no acompañados.



## 4. *Niños y niñas migrantes en Chile:*

En Chile, ha habido gran presencia de niños y niñas migrantes ingresando por paso no habilitado. Si bien los datos oficiales aún son confusos y poco específicos, según información que proveyó Carabineros de Chile al Servicio Jesuita a Migrantes, más de 6.000 NNA migrantes ingresaron por paso no habilitado entre los años 2020 y 2021.

También se observa una importante presencia de niños entre quienes han obtenido permisos de permanencia definitiva. Así, la información proveída por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) develó que al año 2018 el 15% de los permisos de permanencia definitiva que se otorgaron correspondía a NNA provenientes de América Latina y el Caribe. Las nacionalidades más numerosas entre estos niños son Venezuela, Perú, Colombia, Bolivia y Haití (UNICEF, 2020). Por otra parte, también se observa una alta presencia de niños entre la población migrante irregular, hecho que es de mucha preocupación. En cuanto al alumnado de origen extranjero en el sistema escolar chileno, éste ha aumentado en un 271% en el periodo 2015-2018 (UNICEF, 2021), aunque en la práctica la inserción escolar sigue estando trazada por el nivel socioeconómico de las familias, el origen y la condición migratoria de los padres, que a menudo es usada discrecionalmente como excusa para negar el acceso a plazas para niños migrantes (Stefoni et al., 2010).



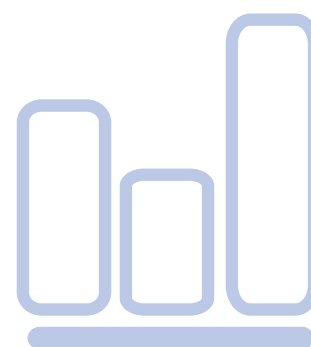
## 5.

### *Situación de salud de niños y niñas migrantes en Chile:*

Recientemente se han publicado algunos informes, principalmente provenientes de organizaciones como UNICEF, que ayudan a visibilizar la situación de niños y niñas migrantes. Una encuesta reciente demostró el aumento creciente de familias migrantes con NNA viviendo en calle. El 33% de los encuestados eran familias de Venezuela, de ellas el 38,3% se conformaban por madre o padre e hijos menores de edad. De los encuestados chilenos, sólo el 1.9% eran familias con NNA. (Gente de calle 2022). Por lo tanto, hoy en día la niñez migrante también está en situación de calle.

Cuando observamos los datos que nos proveen encuestas como Casen, también pesquisamos algunas inequidades importantes, por ejemplo, la situación habitacional de las familias migrantes con al menos un NNA, demuestra datos preocupantes como altos niveles de hacinamiento (casi 24 puntos más comparados con núcleos chilenos con NNA), una proporción importante (14%) de personas habitando en viviendas de calidad no aceptable (saneamiento o materialidad deficitarios) y arrendando sin contrato, lo que implica quedar sujetos a expulsiones y desalojos arbitrarios (CASEN 2017).

También investigaciones recientes en temas de acceso, indica que los niños migrantes aparecen en mayor proporción en condiciones de riesgo social (62,3% vs 50,1% en familias chilenas), con ingreso tardío al programa de protección social “Chile Crece Contigo” (que ofrece prestaciones sanitarias como el control de niño sano), con menor afiliación a salud y con una mayor proporción de pobreza multidimensional (Cabieses et. al 2018). En cuanto a salud mental, si bien no tenemos estudios muy recientes focalizados sólo con niños, sí sabemos que los estudios que se han realizado en el ámbito de la Salud Mental indican alta prevalencia de problemas de salud mental en NNA migrantes, constituyen barreras la preocupación por el costo, “pensar que los problemas se resolverían solos o el desconocimiento del sistema de salud chileno son importantes barreras de acceso”.



En un estudio realizado en 2011, aparecieron datos preocupantes sobre la situación de niños y niñas migrantes, ya que el 36,1% de los apoderados entrevistados perciben que su pupilo /a tiene un problema de salud mental, pero solo el 6% está siendo tratado. Sabemos también que la prevalencia de trastornos mentales en NNA migrante es más alta que la de la población adulta. La diferencia ha sido discutida en la literatura, mostrando que las segundas generaciones de inmigrantes tienen más problemas de salud mental y que tiende a igualarse las prevalencias de la población de los países de acogida. Estas son informaciones a nivel internacional, que habría que contrastar con la realidad nacional.

Es importante recalcar que la niñez migrante en Chile enfrenta situaciones de particular vulnerabilidad y debe ser priorizada en la agenda pública. Acceso a salud, afiliación, pobreza multidimensional e incorporación a programas de promoción y prevención son dimensiones en las que aparecen inequidades importantes respecto a la situación de NNA no migrantes.

En lo concreto realizar intervenciones desde un enfoque de interculturalidad en la infancia significa asumir que la realidad de NNA migrantes no es igual a la de niños que no han vivido esta experiencia y que promover bienestar en estos grupos implica reconocer sus pertenencias múltiples y garantizar el ejercicio de sus derechos básicos en igualdad de condiciones. Esto se asocia a la eliminación de obstáculos administrativos a la inclusión de NNA en el sistema escolar y sanitario, independiente de la condición migratoria de sus padres. También implica la inversión de recursos para incorporar la interculturalidad en los programas e intervenciones dirigidas a la población infantil a través de vínculos concretos con las estructuras educativas que los albergan. Aumentar los índices de afiliación a través de actividades comunitarias, el ingreso a controles del programa de Chile Crece Contigo y articular redes con las ONG que trabajan en los territorios puede ser clave en este proceso.

La interculturalidad en salud de NNA migrantes es una oportunidad para la creación de colectivos humanos que aspiran a un mejor bienestar y a la construcción de comunidades más cohesionadas. De hecho, a pesar de las dificultades que enfrentan los NNA migrantes, estudios internacionales demuestran que favorecer la interculturalidad en las generaciones más jóvenes, valorando el aporte que significan a la sociedad y la riqueza de sus pertenencias múltiples, dentro de las escuelas, servicios sanitarios y entornos, genera capacidad de diálogo y los prepara a la construcción de identidades conscientes sobre la diversidad cultural y los procesos de globalización en curso.

## BIBLIOGRAFÍA:

---

- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 88(6), 707-716.
- Pavez Soto, I., & Acuña, V. (2019). Niñas migrantes en Chile: Vivencias en torno al acoso callejero y violencia sexual. *Revista Señales, Servicio Nacional de Menores* 21, 36-47.
- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista médica de Chile*. 2011; 139(10): 1298-1304.
- Cenobio Narcizo, F. J., Guadarrama Orozco, J. H., Medrano Loera, G., Mendoza de la Vega, K., & González Morales, D. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 76 (5), 203-209.

## ESTUDIO DE CASO:

### Los anteojos de Camila

#### Conceptos/ mensajes fuerza de este estudio de caso:

La migración de niños, niñas y adolescentes puede generar dificultades en la pesquisa temprana de patologías, por los obstáculos de acceso y uso de servicios que las familias encuentran en las trayectorias migrantes y en los países de acogida.

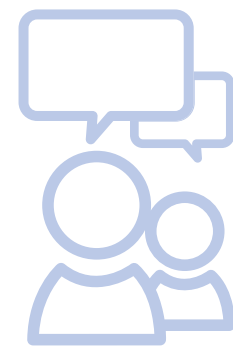
Para revertir las brechas de acceso y uso de servicios, es fundamental la integración temprana de NNA migrantes en los programas de salud de la edad pediátrica, independiente de la condición migratoria de sus padres o cuidadores.

#### Descripción narrativa del caso:

Camila es una niña venezolana, actualmente tiene siete años y vive en Antofagasta. Su madre biológica vive en Venezuela, la tuvo a los 17 años con el hijo de María Eugenia, su abuela y cuidadora principal. María Eugenia cuenta que cuando la niña nació su hijo y la madre de la niña estaban en una relación inestable y se veía que no podían ni querían cuidarla. Es por este motivo que ella, a sus 67 años y habiendo ya criado varios hijos que ahora son adultos, decidió asumir como madre y criarla junto a su pareja, Manuel, un hombre de 72 años.

El día en que la conoció en el hospital María Eugenia notó que la niña tenía “algo raro en la cabecita” y le explicaron que era porque era prematura y la habían sacado con fórceps, pero que se iba a pasar. Manuel y la abuela cuidaron a la niña desde que ella tuvo un año y medio en Venezuela, trataban de llevarla siempre a sus controles, pero con la crisis los consultorios dejaron de tener disponibilidad de horas y especialistas, por lo que tuvo sus controles al día solo hasta los tres años. El año 2018 por problemas con el negocio que tenía Manuel, empezaron a recibir amenazas y decidieron partir con la niña hacia Colombia.

Aquí vivieron por un periodo sin documentos, pero las amenazas siguieron persiguiéndolos y dos años después, cuando la niña tenía cuatro años decidieron partir hacia Chile, donde vivía el más grande de los hijos de María Eugenia. Allí podrían pedir refugio y comenzar una vida más tranquilos con la niña. Hicieron el viaje por etapas y en Marzo del 2020 se encontraban en Perú, listos para



cruzar hacia Chile cuando se cerraron las fronteras por la pandemia de COVID. Desesperados siguieron viajando con la niña e ingresaron a Chile por paso no habilitado. Durante el viaje María Eugenia había notado que la niña hablaba poco y parecía tener problemas de vista, sin embargo, no tenían dinero para una consulta privada en Perú, por lo que no le dieron importancia y la mantuvieron en observación. La pequeña Camila vivió el viaje entre los brazos de su abuela y de la mano de gente que la ayudaba a caminar cuando estaba cansada. No fue al colegio en todos esos años, ni tuvo controles de salud, a excepción de atenciones ambulatorias de ONG's que estaban en las fronteras que fueron cruzando

Sufrió deshidratación, bronquitis y llegó con desnutrición a Chile. Una vez instalados en Antofagasta María Eugenia buscó atención médica en un consultorio, preocupada al notar que la niña le preguntaba “¿por qué es siempre noche en Chile?” y no se orientaba en la habitación que habían arrendado. En el consultorio le pidieron la autodenuncia para hacer la inscripción, certificado que María Eugenia no traía pues hizo solicitud de refugio. En la solicitud de refugio la niña no pudo ser formalizada al no tener documentos que dejaran constancia de su rol como tutora. Necesitaba más de \$300.000 para realizar los trámites con la madre biológica en Venezuela y en Chile todavía no había conseguido trabajo. Camila volvió a casa con su abuela sin recibir atención de salud, quien en la feria le compró unos anteojos de segunda mano, “a ver si le sirven para ver mejor ahora que la quiero inscribir en colegio”, nos relata en su entrevista.

#### Situación o necesidad de salud del caso:

La situación de Camila es paradigmática respecto a las consecuencias que puede producir la ausencia de acceso a salud en los primeros años de vida. Como se esboza en el caso, Camila puede estar presentando defectos visuales presentes en prematuros y/o las consecuencias a nivel ocular de lesiones producidas durante el trabajo de parto, dado que María Eugenia reporta uso de fórceps en su nacimiento. Los contextos de partida de los NNA migrantes muchas veces los ponen en una situación de desventaja que a lo largo de los primeros años de vida se va acumulando: Camila recibe controles regulares de salud solo en los primeros años de vida, desde los dos a los seis años no asiste al colegio, ni realiza controles preventivos. Llega a Chile sin vacunaciones al día, sin controles dentales y habiendo sufrido enfermedades graves durante el trayecto migratorio que fueron tratadas como urgencias, por personal humanitario. A pesar de no tener certeza del diagnóstico de Camila, es evidente que la falta de detección precoz puede producir resultados sanitarios adversos en la vida adulta de la niña.

## Atención recibida por el caso

La atención recibida es muy típica de los NNA que se encuentran en situación irregular. La mayoría de ellos no está afiliado al sistema FONASA y encuentra obstáculos discrecionales en su afiliación como los que vemos en el caso, pues el requisito de autodenuncia no puede ser impuesto como obstáculo a la atención de salud que Maria Eugenia buscó para Camila. La atención humanitaria que a menudo encuentran estos niños, muchas veces alcanza solo a cubrir el tratamiento de síntomas y la derivación de emergencias a centros de atención terciaria y no está articulada con APS que es el nivel en el que los problemas de visión de Camila podrían haber sido pesquisados. Al no estar incorporada a ningún otro servicio socioeducativo y al haber pasado parte de la etapa crítica que representa la primera infancia en contextos migratorio, la atención de Camila debería ser prioritaria y no estar sujeta a obstáculos burocráticos ni económicos como los que presenta el caso.

¿Hubo algún problema o desafío observados en esta atención del caso? O al contrario ¿Algo positivo a destacar?

Este caso representa el desafío de garantizar atención de salud a todos los NNA, independiente de su situación migratoria y la de sus cuidadores. En los años que ella pasa sin cobertura se refleja las dificultades multilaterales de aplicar una agenda única de compromiso con los derechos básicos de las personas migrantes, entre otros el ejercicio del derecho a la salud. En todos los países que atraviesan, el núcleo no tiene acceso a servicios sanitarios principalmente debido a su condición migratoria y al hecho de no tener recursos económicos para una atención privada.

Muchas veces no se dimensionan los efectos que tienen los obstáculos que se ponen al momento de recibir la solicitud de una familia que ha ingresado por PNH. En el caso de Camila estos obstáculos se traducen en una prolongación de las desventajas acumuladas durante su proceso migratorio y en un posible agravamiento del deterioro de su visión.



Si hubo problemas: ¿cómo se podría mejorar en una futura atención similar?

---

Si fue una buena atención: ¿cómo se podría replicar a otras situaciones similares?

---

La priorización de este tipo de casos, así como la articulación con las entidades que reciben y dan trato directo a personas en situación migratoria irregular son acciones que se pueden tomar desde el sector salud para responder a las necesidades que presentan niñas como Camila. Los programas de salud dedicados a la edad pediátrica deben realizar un esfuerzo para incluir a esta población, considerando además los inevitables costos asociados a la falta de detección temprana de este tipo de patologías.



