

BARRERAS Y FACILITADORES PERCIBIDOS POR EL EQUIPO DE SALUD  
EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN EL  
CESFAM LA GRANJA

POR: FRANCISCO ALVIZÚ, JAVIERA FERNÁNDEZ, ANTONIA FIGUEROA,  
FRANCISCA ORELLANA, MONSERRAT YAÑEZ

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del  
Desarrollo para optar al título profesional de Enfermera (o)

PROFESOR GUÍA: Sra. ALEXANDRA OBACH KING

Diciembre 2019

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

*Para nuestro compañero Francisco.  
Por todo el cariño y apoyo en esta gran etapa.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Estos últimos años nos hemos visto enfrentados a múltiples desafíos que forman parte de lo que es la carrera de Enfermería. Cada una de estas experiencias ha sido vivenciada de forma individual por los miembros de este equipo, sin embargo, han significado para todos un esfuerzo y dedicación enormes.

Queremos agradecer a nuestras familias y amigos, quienes han sido un pilar de suma importancia en este período y que nos han brindado todo su apoyo y comprensión en los momentos de mayor dificultad y ofuscación.

También queremos agradecer a los y las docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, quienes, desde nuestros primeros años, nos han acompañado en este camino y han entregado todas sus herramientas para aportar con nuestra formación profesional. Nos gustaría destacar a nuestra profesora guía y tutora de tesis, Alexandra Obach King, por estar presente en este proceso y guiarnos en la realización de esta investigación.

Finalmente agradecer a las autoridades del CESFAM La Granja, por permitirnos llevar a cabo nuestra investigación en este centro de salud y a todos los participantes que formaron parte de este proyecto, quienes voluntariamente accedieron a dar sus testimonios y permitirnos de esta manera el logro y desarrollo de los objetivos de esta investigación.

¡Muchas Gracias! Antonia, Francisca, Francisco, Javiera y Monserrat.

## ÍNDICE

1. Resumen .....	viii
2. Introducción .....	1
3. <b>Capítulo I:</b> Marco Teórico .....	5
3.1 <i>Datos Sociodemográficos y Problemática</i> .....	6
3.2 <i>Revisión de Evidencia</i> .....	9
3.3 <i>Modelo Teórico</i> .....	15
3.4 <i>Propósito y Vacío de conocimiento</i> .....	18
4. Pregunta de Investigación .....	20
5. Objetivos .....	20
5.1 <i>Objetivo General</i> .....	20
5.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	20
6. <b>Capítulo II:</b> Metodología .....	21
6.1 <i>Técnica de Investigación</i> .....	21
6.2 <i>Población Participante</i> .....	22
6.3 <i>Técnica de Muestreo</i> .....	23
6.4 <i>Método de selección de participantes</i> .....	23
6.5 <i>Análisis de resultados</i> .....	25
6.6 <i>Criterios de Rigurosidad</i> .....	25
6.7 <i>Limitaciones del Estudio</i> .....	28
6.8 <i>Aspectos Éticos</i> .....	29

7. <b>Capítulo III:</b> Presentación y Análisis de Resultados .....	31
7.1 <i>Barreras</i> .....	32
7.1.1 <i>Barrera Idiomática</i> .....	33
7.1.2 <i>Barrera de Intérprete</i> .....	37
7.1.3 <i>Barrera Cultural</i> .....	38
7.1.4 <i>Falta de Información</i> .....	41
7.1.5 <i>Tiempo de Atención</i> .....	41
7.1.6 <i>Barrera de Ingreso</i> .....	42
7.1.7 <i>Barrera RUT</i> .....	44
7.1.8 <i>Cambio en el tipo de atención</i> .....	45
7.1.9 <i>Discriminación</i> .....	47
7.1.10 <i>Falta de capacitación a nivel Biomédico</i> .....	48
7.2 <i>Facilitadores</i> .....	50
7.2.1 <i>Intérprete del Centro</i> .....	50
7.2.2 <i>Programa de Inmigrantes</i> .....	52
7.2.3 <i>Cursos de Creole para trabajadores del CESFAM</i> .....	55
7.2.4 <i>Trato Igualitario</i> .....	56
7.2.5 <i>Adaptación de niños inmigrantes</i> .....	57
7.2.6 <i>Folletos en Creole</i> .....	58
7.2.7 <i>Médicos Extranjeros en CESFAM</i> .....	59
7.2.8 <i>Pacientes acompañados de traductor</i> .....	60
7.2.9 <i>Extranjeros más preocupados y responsables</i> .....	61

7.2.10 Administración efectiva con documentos .....	62
7.3 Soluciones .....	63
7.3.1 Agendar controles con más tiempo .....	63
7.3.2 Mayor cantidad de horas de intérprete.....	64
7.3.3 Más facilitadores idiomáticos .....	65
7.3.4 Difusión de información sobre centro de salud .....	66
7.3.5 Cursos de Idiomas .....	66
7.3.6 Instruir sobre nuevas patologías .....	67
7.3.7 Reforzar Empatía .....	68
8. <b>Capítulo IV: Discusión</b> .....	69
9. Conclusión .....	74
10. Referencias .....	75
11 Anexos .....	81
11.1 Anexo 1: Flujograma de Búsqueda .....	81
11.2 Anexo 2: Instrumento de Investigación .....	82
11.3: Anexo 3: Consentimiento Informado para participantes .....	84
11.4: Anexo 4: Acta de aprobación Comité de Ética .....	89
11.5: Anexo 5: Carta de Prefactibilidad para CESFAM .....	91
11.6: Anexo 6: Plan de Trabajo .....	92
11.7: Tabla resumen de Artículos Seleccionados .....	94
11.8: Autoevaluación del Grupo: Cambios y Modificaciones .....	103

## 1. RESUMEN

**Introducción:** En Chile la población inmigrante ha ido en aumento. Por esto, ha aumentado la inscripción de este grupo al sistema de salud público. Investigaciones dan cuenta de barreras tanto de acceso como de atención a inmigrantes, lo que dificulta entregar una atención efectiva a esta población por parte de los equipos de salud de atención primaria. El propósito es identificar barreras percibidas por el personal de salud en la atención a inmigrantes y facilitadores que permiten una entrega efectiva de esta.

**Objetivo general:** Identificar las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante en el CESFAM La Granja, desde la percepción de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

**Metodología:** Investigación cualitativa con diseño de Estudio de Casos. Universo constituido por trabajadores del CESFAM que atiendan a inmigrantes. Muestra constituida según criterios teóricos. Técnica de investigación de entrevista individual semiestructurada, realizada mediante análisis temático, que permite identificar y analizar patrones a partir de los datos obtenidos.

**Resultados:** Obtenidos según objetivo específico. Principal barrera es idioma y sólo una intérprete. Facilitadores como intérprete, cursos y folletos en creole. Y soluciones como más tiempo de consulta y más de una traductora.

**Conclusión:** El idioma en la atención a haitianos, es la principal barrera en la atención y la traductora es el principal facilitador.

**Palabras Clave:** Inmigrantes, salud, atención primaria, barreras de salud.

## 2. INTRODUCCIÓN

El enfoque de la presente investigación surge debido a que, en Chile, durante el transcurso del año 2008, se decretó una política migratoria en la cual, a través del Instructivo No. 9, se declara a nuestro país como un “país de acogida”, lo cual facilita el ingreso de inmigrantes a la nación (Liberona & Mansilla, 2017), situación a la cual está adjudicada la creciente alza de inmigrantes en territorio nacional durante los últimos años.

De acuerdo con datos del CENSO año 2017, del total de población censada (17.574.003 personas), 784.685 correspondía a inmigrantes residentes en el país, siendo este número un 4,46% de la totalidad de la población residente (CENSO, 2017). Dentro de este mismo informe, se evidencia que, de la totalidad de inmigrantes residentes en Chile, un 80,7% se concentra en cuatro regiones de residencia actual, siendo la Región Metropolitana la con mayor cantidad de inmigrantes con un 62%, seguida de Antofagasta con un 8%, Tarapacá con un 5,6%, y finalmente, Valparaíso con un 5,1% (CENSO, 2017).

Sin embargo, según el último informe realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) sobre la estimación de personas extranjeras residentes en Chile para Diciembre de 2018, el número total de inmigrantes correspondía a 1.251.225 personas, lo cual corresponde a un 6,6% de la población nacional total estimada a esa fecha (INE, 2019), por lo que se ve un claro aumento de esta población en el territorio nacional.

El sistema de salud chileno se caracteriza por estar compuesto por un sistema de atención mixto, del cual forman parte el seguro público conocido como Fondo Nacional de Salud (FONASA) y por el seguro privado, al cual corresponden las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Gran parte de la población nacional está afiliado a FONASA, siendo este un 80% aproximadamente. De la población migrante que reside en nuestro país, un 65,1% se encuentra afiliado a este mismo sistema de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Con respecto a la población inmigrante y el sistema de salud, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017 rescata datos relevantes que apuntan a la atención en salud y a dificultades que este ha presentado cuando se trata de personas inmigrantes. Esta indica que un 24,7% del grupo migrante que se ha atendido en el sistema público de salud ha tenido algún tipo de problema de acceso y/o de atención en los distintos establecimientos (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Este proyecto tiene como propósito identificar las barreras percibidas por parte del personal de salud al momento de atender a un paciente inmigrante que pueden o no dificultar el proceso de esta. Además, identificar aquellos aspectos facilitadores que le permitan al personal entregar una atención más efectiva y completa, con la finalidad entregar recomendaciones al Centro de Salud Familiar

(CESFAM) para mejorar la atención de salud a población inmigrante, las cuales se puedan extrapolar a otros centros de atención donde se presenten las mismas dificultades.

Esto es de gran importancia debido que el aumento progresivo de inmigrantes a nivel nacional es directamente proporcional con el aumento de esta población en los centros de atención en salud. Si no se investiga el tema con detalle, las barreras existentes en la atención pueden generar complicaciones en la atención y afectar el estado de salud de esta población, con mayor énfasis en el área de la enfermería, ya que, es en estas consultas donde se desarrollan gran parte de los controles de salud a lo largo del ciclo vital de las personas.

Por ende, la pregunta a responder en esta investigación es: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?

La presente tesis corresponde a una investigación de metodología cualitativa que sigue un diseño de Estudio de Casos, cuenta con un marco teórico donde se evidencia la problemática a estudiar tanto a nivel nacional como internacional, un modelo teórico en el cual se basa el estudio, objetivos generales y específicos propios de la investigación y un apartado detallado con la

metodología utilizada, criterios de rigurosidad y aspectos éticos. Posterior a esto, se exponen los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas, continuando con la discusión que contrasta evidencia con los resultados, para así finalizar con la conclusión de la tesis.

### 3. CAPITULO I

#### MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se desarrolla iniciando con el contexto sociodemográfico del problema planteado, dando cuenta de datos y cifras de la situación a nivel nacional. Posteriormente, se presenta, una revisión de evidencia, en la cual se da cuenta de diversas referencias de estudios que demuestran y respaldan la existencia de esta situación a nivel internacional y nacional. Se continúa con el modelo teórico en el cual se basa el proyecto, para finalizar con el vacío de conocimiento existente y el propósito de realizar esta investigación en profundidad, la cual es identificar las barreras que percibe el personal de salud al momento de atender a un paciente inmigrante, y conocer si esto dificulta o no el proceso de atención sanitaria entregado por el equipo de salud del consultorio y la relevancia que tiene esto para el área de enfermería.

El presente proyecto desea investigar cuales son las barreras y facilitadores que el personal de salud del CESFAM La Granja presenta a la hora de prestar atención sanitaria a la población inmigrante, pudiendo estas barreras y facilitadores estar directamente relacionadas tanto con el trato bidireccional de profesional - paciente, como con situaciones administrativas apreciadas por parte de profesionales y administrativos.

Identificar las barreras y facilitadores es relevante tanto para la atención sanitaria del país, como para la constante mejora de la profesión de enfermería por diversas razones, entre ellas: en primer lugar la población inmigrante ha ido en aumento en Chile (INE, 2018), por lo cual, actualmente nos enfrentamos a nuevos desafíos en la atención sanitaria hacia estos pacientes por presentar dificultades en la atención a salud, ya sea por su documentación, vulnerabilidad social por el propio proceso migratorio, entre otros (Bernales, Cabieses, Chepo & McIntyre, 2017). En segundo lugar, al tener un mayor conocimiento sobre las barreras y facilitadores que se presentan a la hora de atender un paciente migrante, se le puede entregar un cuidado más pertinente acorde a sus necesidades, mejorando su acceso a la salud (Bernales, et al, 2017). Y, en tercer lugar, al tener conocimiento sobre el tema investigado se podrá entregar un cuidado más sensibilizado a la población inmigrante, mejorando sus condiciones de salud (Bernales et al, 2017), aumentando así la calidad de vida de esta población.

### 3.1) Datos Sociodemográficos y Problemática

Para el año 2018, en Chile había 1.251.225 inmigrantes residentes en el país, número que representa el 6,6% de la población nacional total; de estos, el 63,1% habita en la Región Metropolitana (INE, 2019). Este número ha ido en aumento considerando las cifras expuestas en la encuesta CASEN del año 2015, donde se estableció que para dicho año había un total de 465.319 inmigrantes

(Ministerio de Desarrollo Social, 2015), por lo que en tres años esta población ha aumentado en un número de 785.906 personas aproximadamente.

Se entiende por migrantes a aquel grupo de individuos que ejerce el acto de migrar, el cual corresponde al movimiento de personas a través de una frontera, que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse de forma temporal o permanente en otro país distinto al suyo (Organización Internacional de Migración, 2012). En cuanto a la población inmigrante en Chile, se caracteriza por ser en su mayoría mujeres, que se encuentran en un rango etario entre los 30 y 44 años, seguido por el grupo de 15 y 29 años, siendo la mayoría migrantes de Venezuela, seguido por Perú y finalmente Colombia (Ministerio de Desarrollo social, 2017).

Con respecto al sistema de salud chileno y a la población inmigrante, se puede evidenciar que un 65,1% de estas personas se encuentra afiliado al sistema de salud público FONASA. De este total, un 24,7% declara haber presentado algún tipo de problemática durante el transcurso de la atención en salud que se les entregó (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Estas son generadas principalmente por barreras que se presentan en el primer contacto del migrante con el centro de atención de salud, de las cuales según el Ministerio de Salud de Chile, algunas de estas son lingüísticas y culturales; psicosociales del usuario, es decir, el temor y percepción respecto al trato desde el personal hacia ellos; y psicosociales del funcionario de salud, como la falta de información,

prejuicios y discriminación, todas estas barreras tienen directa relación con el equipo de salud que entrega la atención (Ministerio de Salud, 2017).

Los CESFAM son los centros públicos de atención primaria de salud más concurridos del país, donde se trabaja bajo un modelo de salud integral con un enfoque familiar y comunitario, en el cual se hace énfasis en la promoción y prevención de salud, abarcando al individuo durante todas las etapas de su ciclo vital. Es en estos establecimientos donde se realiza gran parte de la atención sanitaria a inmigrantes inscritos en el sistema de salud chileno, razón que justifica la elección de uno de estos centros para la realización de la presente investigación (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2018).

El total de inmigrantes que habita en la Región Metropolitana se distribuye en las diferentes comunas de residencia, siendo cinco comunas las que tienen mayor concentración de esta población. La comuna de la Granja se posiciona en el cuarto lugar dentro de este ranking, donde residen un total de 3.585 inmigrantes (CENSO, 2017). Este número equivale a un 3,07% de la población total de la comuna (Municipalidad de La Granja, 2017). Es por esto que se registra un mayor porcentaje de consultantes a los servicios de salud en comparación a otras comunas de la región.

### 3.2) Revisión de evidencia

En la actualidad, aproximadamente 190 millones de inmigrantes de todo el mundo viven en sociedades de acogida situadas en países con mayores recursos económicos y mayor poder político que los países de origen de estos (García, 2012).

Un estudio llevado a cabo el año 2003 en California, Estados Unidos de América, fecha en la cual el 25% de la población que residía en dicho estado era nacida fuera del país, encontró que la salud era una de las preocupaciones más grandes que tenían los inmigrantes, destacando las barreras idiomáticas que se presentaban entre el personal de salud y los usuarios (Olmos & Martínez, 2019). Estados Unidos es el país que alberga la mayor cantidad de inmigrantes, donde actualmente viven 50 millones de latinos con lenguas maternas como el español y el portugués (García, 2012).

El artículo “The impact of socioeconomic factors on the health of the Moroccan immigrants in Navarra (Spain)” menciona que, en algunos casos, la salud que presentan los inmigrantes es mejor que el de las poblaciones nativas. Sin embargo, los inmigrantes cuya razón principal para migrar es la falta de oportunidades de trabajo y un bajo estándar en la calidad de vida en sus países de origen, son los que tienen un mayor riesgo de tener una salud deficiente, esto

debido a la pobre condición socioeconómica que poseían en su país de origen que tiende a mantenerse en el país al cual migran (Montoro-Gurich, 2018).

En España, en el año 2017, la población inmigrante representaba el 13,1% de los individuos residentes del país. Estos mantenían una peor calidad de salud que la población local, asociado a determinantes sociales de la salud, como un bajo apoyo social y ser víctimas de discriminación. También se menciona que la salud de los inmigrantes tiende a disminuir con el paso del tiempo, a pesar de lograr una mejor situación económica en el país al cual migraron (Montoro-Gurich, 2018).

Debido al rápido aumento de la población en este país, el año 2000 el Gobierno Español comienza a ser más consciente de la inmigración, creando políticas para la Salud como componente esencial de los programas de prevención y promoción, teniendo como objetivo influir en la salud individual y colectiva de las poblaciones. Esto, considerando que las diferencias culturales e idiomáticas dificultan la comunicación y limitan la capacidad de acceso a los programas de promoción de la salud, por lo que el Ministerio de Sanidad Español ha definido la competencia intercultural como un requisito para dar respuesta a la situación sociosanitaria del país (Moreda, Martínez & Vizcaíno, 2017). La competencia intercultural es entendida como una herramienta que surge al alerón de la interculturalidad en salud, la cual se entiende como una relación entre

culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias y mejorando la salud de los diversos grupos sociales involucrados en la relación sanitaria (Narvaréz, 2012).

En cuanto a salud materno infantil, es uno de los ámbitos en donde se puede evidenciar mayor número de problemáticas. Diversas investigaciones llevadas a cabo en varios países europeos han confirmado que las mujeres inmigrantes tienden a presentar mayor morbimortalidad materna e infantil, mayor número de partos prematuros, mayor incidencia de depresión puerperal y mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo y el parto (Hernández, Padilla, Ortiz, & Rodríguez, 2014). Las desigualdades en salud materno infantil experimentadas por inmigrantes se deben a dos grupos de factores relacionados entre sí: 1) las condiciones socioeconómicas adversas, debidas a la posición social menos favorable que tienden a ocupar los inmigrantes en las sociedades de acogida con respecto a los nacionales, a menudo con condiciones de exclusión social como principal causa de las desigualdades sanitarias que sufren los inmigrantes y minorías étnicas y; 2) las desigualdades en la atención sanitaria, menos accesible y de menor calidad para las poblaciones de inmigrantes, incluidas las embarazadas y las madres en programas de salud a la mujer (Hernández et al., 2014).

Una de las estrategias para reducir las desigualdades en salud y en la atención sanitaria en contextos con alta población inmigrante consiste en fomentar la competencia cultural entre los profesionales y las organizaciones sanitarias, entendiéndose como competencia cultural a “una serie de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se integran en un sistema, en un organismo en los profesionales para trabajar de manera eficaz en situaciones interculturales” (Hernández et al., 2014, p.126).

En cuanto a la realidad nacional, una proporción significativa de los inmigrantes vive actualmente en condiciones de vulnerabilidad social por diversas razones, como encontrarse en situación irregular, pobreza, malas condiciones de vivienda, desempleo o empleo informal y por experimentar procesos de discriminación y abuso. Esta vulnerabilidad social, tanto de la población migrante regular e irregular en Chile, tiene impacto directo en su salud y la de sus familias, tanto por los procesos de migración, por condiciones sociales de vida al ingresar al país o por barreras de acceso al sistema formal de salud (Bernales, et al., 2017).

Uno de los aspectos de mayor impacto en el acceso a la atención de salud, es la condición migratoria de las personas (Liberona, 2015). Para el año 2013, un 8,5% de los inmigrantes del país afirmaban no tener previsión de salud y, en términos de demanda por atención, el 23,7% de inmigrantes intentó pedir hora

por algún problema de salud, pero no la obtuvo, quedando con esta necesidad insatisfecha (Bernales et al., 2017).

Esta población migrante presenta barreras con la regularización de sus documentos en Chile y el consecuente impacto en el acceso a servicios de salud, por lo cual el Gobierno propuso dos iniciativas centrales en materia de inmigración: 1) el Plan Piloto de Acceso a Salud para inmigrantes a cargo del Ministerio de Salud en coordinación con diversas entidades públicas, incluyendo a FONASA, atención primaria y secundaria de salud, y 2) la protección legal para atención de salud independiente de la regularidad/irregularidad migratoria, vigente para menores de 18 años, mujeres embarazadas, partos y personas con riesgo vital (Bernales, et al., 2017).

La elaboración de la Política de Salud de Migrantes Internacionales inició su proceso de construcción el año 2014 con el Plan Piloto que se desarrolló entre los años 2014 y 2016 en cuatro regiones de Chile con alto componente de personas migrantes. El objetivo de esta política era desarrollar estrategias en el modelo de atención de salud que permitan superar las barreras existentes en cuanto al acceso a la atención, promoción y prevención de salud de esta población; promoviendo así una mirada inclusiva y la disminución de barreras culturales, administrativas, de género, entre otras. Entró en vigencia en el año 2018 y ha permitido desarrollar acciones como capacitaciones a migrantes sobre

el funcionamiento del sistema de salud chileno, preparación y entrega de folletos y materiales educativos en idiomas pertinentes según nacionalidad, programas, manuales, guías y protocolos de atención directa a migrantes, trabajo en conjunto con facilitadores lingüísticos y participación de mediadores culturales, acciones que permiten una atención segura, no discriminatoria y eficaz (Ministerio de Salud, 2018).

Un estudio realizado en Chile con 101 participantes arrojó resultados sobre las barreras que los trabajadores de salud pública experimentan a la hora de atender pacientes inmigrantes en nuestro país. En cuanto a dificultades técnicas y administrativas, se menciona; (i) un desconocimiento de cuántos y quiénes son los inmigrantes potenciales del sistema de salud, lo que genera dificultades en su atención por no conocer la población real, dificultando la asignación de recursos y planificación; (ii) falta de recursos económicos para atender a la población migrante, vinculado a que muchos individuos no están inscritos en el sistema de salud; (iii) normativas poco claras dictadas de manera centralizada y difíciles de implementar; (iv) falta de información a diferentes niveles, que disminuye la claridad en ámbitos de políticas públicas; (v) inmigrantes carentes de información sobre el sistema de salud chileno, lo que genera expectativas desmedidas de este; (vi) y el enfrentamiento a un mundo culturalmente ajeno y desconocido, lo que conlleva la adaptación a creencias por

partes del migrante y/o barreras de lenguaje que dificultan la comunicación (Bernales et al., 2017).

### 3.3) Modelo Determinantes Sociales de la Salud

La investigación propuesta se basa en el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), entendido como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; tratándose de un modelo analítico que facilita la comprensión de los factores sociales, culturales y políticos en los resultados de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución de recursos a nivel local, nacional y mundial, y con esto la distribución de dinero y de poder que condicionan de cierta forma la vida de las personas y comunidades (OMS, 2007).

La comisión de los determinantes sociales se basa en el principio ético de la equidad en salud, que se define como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (OMS, 2007).

El modelo de los DSS se enfoca en los contextos socioeconómicos y políticos en los cuales están inmersas las personas, los cuales pueden generar desigualdad en salud. Como indica la Organización Mundial de la Salud, los

determinantes sociales se dividen en niveles macroestructural, intermedio y microestructural.

En el nivel macro nos encontramos con el contexto, es decir, el gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales, públicas, la cultura y los valores de la sociedad. En el nivel intermedio se encuentra la posición o clase social, el género, la etnia, el nivel de educación, de ocupación y de ingresos; y a nivel microestructural están aquellas circunstancias materiales, los factores biológicos, conductuales y psicosociales, creencias, valores, percepción del mundo, capacidad de manejo de estrés y adaptación, que influyen en el cuidado y la valoración de la salud. Todos los factores incluidos en estos tres niveles constituyen los determinantes sociales de las desigualdades en salud (OMS, 2007).

El contexto político y económico influye enormemente en la salud de cada población, ya que, define la distribución de los recursos y la creación de políticas públicas para el acceso a la salud de cada comunidad, es decir, influye a nivel estructural. La posición socioeconómica de cada grupo de la población, incluyendo los factores intermedios como lo son la clase social, género y etnia, son factores que se relacionan firmemente con las desigualdades en salud, ya que en base a estos factores hay grupos más aventajados que otros (Cabieses, Bernales, McIntyre, 2017).

Los inmigrantes son, en su mayoría, personas jóvenes y saludables que, al llegar a otros países se ven enfrentados a distintas barreras, tanto culturales como lingüísticas, que los llevan a tener prácticas de riesgo en su salud sexual y reproductiva, uso de alcohol y de drogas, uso de viviendas sin condiciones de saneamiento básicas, entre otras prácticas que pueden afectar su salud. También se destaca que muchas veces hay desconocimiento por parte del inmigrante sobre sus derechos, incluyendo su derecho a salud, lo que aumenta su desventaja dentro del plano cultural y de salud. Estas personas están expuestas a distintos riesgos de salud, tales como deficiencias nutricionales y de hidratación, la exposición a enfermedades infectocontagiosas, explotación, abuso, y acceso nulo o limitado a servicios de salud durante el ciclo de la migración (Cabieses et al., 2017).

Además de lo expuesto, se sostiene que las personas inmigrantes se enfrentan a barreras tanto económicas, legales, sociales, culturales y comunicacionales durante el proceso de migración, que afectan su bienestar físico mental y social. También la discriminación, el estigma hacia ellos, la inequidad y los sentimientos en contra de la migración que se adoptan en cada país aumentan la exclusión social que afecta de manera importante la salud de las personas inmigrantes (Cabieses et al., 2017).

Dentro de lo que se puede hacer para disminuir la desigualdad en salud hacia estas personas, es capacitar al personal de salud sobre el contexto y las dificultades que enfrentan estas poblaciones, para así asegurar que los servicios de salud sean culturalmente sensibles y adecuados (Cabieses et al., 2017).

#### 3.4) Propósito y vacío de conocimiento

A partir de la revisión bibliográfica realizada sobre la inmigración en Chile y su atención en el sistema primario de salud, podemos observar la presencia de estudios cualitativos que analizan este fenómeno, investigando las percepciones que los trabajadores de salud primario poseen frente a la población migrante y las dificultades administrativas que se presentan a la hora de ingresar a estos usuarios al sistema de salud, como lo es la falta de RUN (Rol Único Nacional) de algunos inmigrantes, visas de trabajos vencidas, diferencias culturales, entre otros (Bernaes et al., 2017).

No obstante, se puede apreciar una escasez de literatura sobre las técnicas que el personal de salud primario utiliza para una atención integral hacia al paciente migrante, encontrándose pocos estudios que analicen en profundidad ciertos aspectos.

Es por esto que el propósito de realizar esta investigación es identificar las barreras que tiene el personal de salud al momento de atender a un paciente

inmigrante que puede o no dificultar el proceso de esta. Además, identificar aquellos aspectos facilitadores que le permitan al personal entregar una atención más efectiva y completa, con la finalidad de entregar recomendaciones posterior al análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas semiestructuradas realizadas a los profesionales en salud y administrativos, al CESFAM donde se realizó el estudio, para de esta forma mejorar la atención de salud hacia la población migrante, pudiendo con este conocimiento disminuir el impacto de las barreras y potenciar los facilitadores presentes en la atención sanitaria entregada.

Esta búsqueda bibliográfica ha sido realizada en diferentes bases de datos y buscadores tales como PubMed, EBSCO Host, Scielo y Google Scholar, donde se utilizaron ecuaciones de resultados de búsqueda como: “interculturalidad en salud”, “barreras de salud e inmigración”, “atención de salud al inmigrante”, “salud primaria e inmigración”, “salud e inmigración” obteniendo los resultados anteriormente mencionados, lo cual se puede encontrar detallado en el Anexo 1, correspondiente al flujograma de búsqueda bibliográfica.

#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?

#### **5. OBJETIVOS**

##### 5.1 Objetivo General

Identificar las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

##### 5.2 Objetivos Específicos

- a) Explorar las barreras que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.
- b) Indagar sobre los facilitadores que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.
- c) Identificar posibles soluciones para una atención más efectiva por parte del personal de salud del CESFAM La Granja de la comuna La Granja, hacia los usuarios inmigrantes de dicho CESFAM.

## 6. CAPITULO II

### METODOLOGÍA

La presente investigación se llevó a cabo desde una metodología cualitativa, la cual corresponde al paradigma naturalista, que busca explorar la complejidad y subjetividad de un fenómeno, desde la perspectiva de los sujetos involucrados en el problema de estudio. Desde este paradigma, el investigador se traslada al contexto donde se encuentra el sujeto de interés y se introduce en su realidad, realizando observaciones en forma de narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y registros escritos (Creswell, 2014).

La investigación corresponde a un diseño metodológico de Estudio de Casos, a través del cual se busca desarrollar una descripción en detalle de uno o varios casos en relación con un tema de estudio (Pedrero y Chepo, 2016).

Los casos podrían involucrar a uno o varios individuos, un programa, evento o una actividad. Para llevar a cabo un estudio de caso hay que incluir a los individuos que comparten una experiencia en particular, la cual se llama caso de estudio (Pedrero et al., 2016).

#### 6.1 Técnica de investigación

La recolección de la información para el Estudio de Casos de esta investigación consta de una entrevista semiestructurada (Anexo 2), basada de un guion cuyas preguntas apuntan a un foco en particular, el cual es objetivo del

estudio, y son guiadas por los entrevistadores (Pedrero et al., 2016). Para el objetivo de esta investigación, el caso a estudiar fueron los profesionales de salud del CESFAM La Granja, de la comuna de La Granja de la Región Metropolitana, que atiendan o hayan atendido a pacientes inmigrantes.

La entrevista semiestructurada consiste en que previo a la realización de esta, el investigador prepara un guion temático sobre lo que quiere saber y conversar cara a cara con el informante, donde se explora un tema particular. El informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando se abren temas emergentes que es preciso explorar, permitiendo así lograr los objetivos planteados (Denzin y Lincoln, 2005).

## 6.2 Población participante

El universo de estudio son todos aquellos funcionarios del área médica, enfermería, matronas, nutricionistas, técnicos y administrativos, mayores de 18 años, que atiendan a población inmigrante en el CESFAM La Granja durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2019, período en el cual se llevó a cabo la recolección de datos de la investigación.

### 6.3 Técnica de muestreo

La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo por conveniencia, es decir, la selección de las unidades participantes se llevó a cabo enfocándose en reclutar sujetos con características determinadas en común que permitan construir una teoría o explicar un fenómeno (Pedrero et al., 2016).

### 6.4 Método de selección de participantes

Se eligió a esta población ya que son parte del equipo de salud del CESFAM donde se realizó la investigación. Al ser parte de los trabajadores del equipo de salud, representan a la población que se ve enfrentada a los pacientes inmigrantes que asisten al centro. Se reclutaron a los participantes de la investigación luego de conversar con la dirección del CESFAM La Granja, y se puso a disposición de ellos un informativo sobre el estudio, donde se detalla paso a paso lo que se pretendía realizar, aspectos éticos y de confidencialidad. Luego de esto se contactó a cada uno de los participantes y se les preguntó si deseaban formar parte de la investigación. En el caso de las respuestas positivas, se hizo entrega de un consentimiento informado y se dio inicio al proceso de recolección de datos.

El arranque muestral corresponde a dos médicos, dos enfermeros, dos matronas, dos nutricionistas, dos técnicos y dos administrativos que formen parte del equipo de salud del CESFAM mencionado. De esta forma, se obtuvo una

saturación de la información sobre el objeto de estudio, obteniendo la información necesaria.

*Tabla de arranque muestral*

<b>Informantes</b>	<b>Cantidad de entrevistas a informantes por profesión</b>
Administrativos	2
Técnicos	2
Matronas	2
Enfermeros	2
Médicos	2
Nutricionistas	2
<b>Total</b>	<b>12</b>

Los criterios de inclusión corresponden a médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, técnicos y administrativos que trabajan actualmente en el CESFAM La Granja, que tengan o hayan tenido contacto con pacientes inmigrantes que se atienden en dicho centro de atención primaria y que sean mayores de 18 años.

Los criterios de exclusión corresponden a médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, técnicos y administrativos que trabajan actualmente en el CESFAM La Granja que no tengan ni hayan tenido contacto con pacientes inmigrantes que se atienden en dicho centro de atención primaria y que sean menores de 18 años.

### 6.5 Análisis de resultados

Toda la información obtenida en el trabajo de campo por medio de la entrevista individual semiestructurada aplicada fue grabada y transcrita palabra por palabra hasta obtener un material escrito. Todo este material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas. Dichos patrones temáticos son consistentes con la guía de preguntas de las entrevistas, que a su vez son consistentes con la pregunta de investigación y los objetivos específicos de esta. De esta forma se podrán crear códigos y categorías por cada una de las preguntas directrices, que se entienden como el foco de análisis de este estudio. Se considera que este método de análisis cualitativo es el que mejor se adapta al proyecto de trabajo presentado en esta tesis debido a que permitirá que el estudio se centre en el fenómeno a estudiar (Otzen y Manterola, 2017).

### 6.6 Criterios de rigurosidad

Los criterios de rigurosidad son aquellos que permiten garantizar la calidad de los estudios cualitativos y así avalar que el estudio final represente de manera correcta el tópico de interés de la investigación y la importancia para los participantes (Carpenter & Streubert, 2011).

El rigor en la investigación permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación y de las técnicas de análisis para la

obtención y procesamiento de la información obtenida. Cuando se exploran realidades humanas, estas se observan y analizan a través de diversos puntos de vista de él o los investigadores del estudio, lo cual muchas veces puede generar explicaciones que se convierten en una realidad; es por esto que el criterio de rigor es de suma importancia, para que esta realidad final no esté influenciada por el investigador y se preserve la originalidad del estudio cualitativo (Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo, 2012).

La rigurosidad científica tiene metas fundamentales que deben cumplirse en una investigación que son la credibilidad y la confirmabilidad.

La credibilidad ocurre cuando las realidades reveladas por los participantes están representadas de la forma más adecuada posible en los hallazgos puedan ser reconocidos como verdaderos por quienes aportaron la información. Para lograr esto, una vez transcritas las entrevistas realizadas al equipo de salud del CESFAM La Granja fueron revisadas por los integrantes del grupo y la profesora guía para discutir los resultados. Posteriormente fueron expuestos a un profesional del centro para determinar si se siente identificado con las experiencias narradas con respecto al fenómeno observado.

Por otro lado, la confirmabilidad corresponde a la garantía de que los resultados obtenidos durante el proceso de recolección de datos deben ser completamente verídicos según las descripciones entregadas por los participantes de la investigación. Para lograr esto, una vez obtenidos los datos

de la investigación, las entrevistas fueron transcritas de forma textual y luego contrastadas con los resultados de la evidencia presentada en el marco teórico de la investigación.

Para garantizar el cumplimiento de las metas mencionadas anteriormente, en la presente tesis se aplicaron los siguientes criterios de rigurosidad:

- *Audit Trail*: Busca que queden explícitas todas las decisiones y opciones tomadas durante el proceso de investigación en un informe que reporte los hallazgos del estudio para lograr una claridad y justificación del proceso de investigación. Además, se mantuvo un diario de campo (bitácora) donde se registraron las ideas y experiencias del equipo de investigación, las fechas de la recolección de los datos y los cambios que se fueron generando durante el proceso; esta bitácora es fundamental para el análisis y proceso de escritura final (Noreña et al., 2012).
- *Validación de participantes*: Después de completar el análisis temático, los resultados y hallazgos sobre las perspectivas del equipo de salud de atención primaria, fueron discutidos con los participantes de la investigación y otros agentes externos a la investigación, que en este caso es un profesional del centro de salud donde se realiza la investigación, a quien se le expuso los resultados obtenidos mediante una presentación y así confirma si se siente o no identificado con los resultados expuestos (Noreña et al., 2012).

- *Revisión de pares:* Se conforman comités con agentes externos, que para el presente estudio está conformado por los alumnos tesistas y los profesores presentes en la presentación de los resultados preliminares del estudio el día 30 de septiembre, con la finalidad de establecer un apoyo en el proceso de análisis de los datos obtenidos y recibir sugerencias sobre lo presentado (Noreña et al., 2012)

#### 6.7 Limitaciones del estudio

La realización de esta investigación no presentó grandes limitaciones. La bibliografía fue suficiente para poder armar el marco teórico, el CESFAM La Granja demostró su apoyo en el proyecto a realizar, nos fue facilitada información y se observó el interés por parte de los participantes de las entrevistas. Las tutorías siempre fueron de índole crítica para mejorar los aspectos deficientes, y la relación con la tutora guía permitió mejorar la realización del estudio a medida que este se fue construyendo.

#### 6.8 Aspectos éticos

Los principios éticos de investigación en salud se encuentran fundados en cuatro principios (autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia), los cuales fueron respetados durante el proceso investigativo. En primer lugar, la autonomía es validada mediante un consentimiento informado (Anexo 3), el cual fue entregado previo a la entrevista y grabación de ésta, explicitando que la

participación es voluntaria y las respuestas son confidenciales, sin divulgar sus respuestas. En segundo lugar, la justicia, principio que se funda en que el estudio no perjudicará a los participantes en ningún aspecto el ser sometidos o no a la entrevista. En tercer lugar, la no maleficencia se cumple, ya que el estudio no producirá daño al equipo de salud del CESFAM La Granja, no afectará su salud física, mental o social (informado previamente en el consentimiento) y que no está sujeto a riesgos de maleficencia. En último lugar, la beneficencia se determina en que el estudio sólo pretende contribuir de manera positiva al CESFAM La Granja, sin intención de perjudicar. Todo esto con el fin de favorecer la experiencia del equipo de salud y su afrontamiento con población migrante (Emanuel, 2003).

El consentimiento informado para realizar la investigación en el CESFAM La Granja fue aprobado por el comité de ética de la Universidad del Desarrollo. Cada participante de la investigación aprobó su participación a través de un consentimiento informado. La información recopilada por los participantes del estudio fue de manera confidencial, es decir, sólo tuvieron acceso a ella los involucrados en la investigación. Las entrevistas fueron confidenciales, grabadas luego de la firma en el consentimiento, transcritas por los mismos investigadores y destruidas luego de terminar la transcripción (Burns y Grove, 2004), (González, 2002). Los antecedentes como la edad, sexo y cargo en el equipo de salud fueron

recogidos sin nombres con el propósito de caracterizar el grupo entrevistado, para así los lectores conozcan el perfil.

Esta investigación se presentó al Comité de Ética Científico de Pre-Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo para su evaluación, la cual fue aprobada (Anexo 4), junto con esto, se contó con el consentimiento de la dirección del Centro de Salud Familiar La Granja (Anexo 5).

## 7. CAPITULO III

### **PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para la presente investigación se recolectó la información a través de la realización de 12 entrevistas semiestructuradas a trabajadores del CESFAM La Granja de la comuna de La Granja, que hayan entregado, en al menos una ocasión, atención a pacientes inmigrantes en el centro mencionado.

Las características sociodemográficas de las personas entrevistadas corresponden a sexo, edad, estado civil, comuna de residencia, profesión, área de trabajo y años de servicio en el centro de salud. En primer lugar, la mayoría de los entrevistados son de sexo femenino, siendo 10 mujeres y 2 hombres. Las edades de los entrevistados van desde los 25 a los 60 años, siendo 33 años la edad promedio de la muestra. Con respecto al estado civil, un 75% de los entrevistados tienen un estado civil correspondiente a soltero, mientras que un 25% corresponde a casado. La comuna de residencia a la cual pertenecen mayor cantidad de entrevistados es Puente Alto, seguido por la Granja, Santiago Centro, Maipú, La Pintana, Buin, La Cisterna y Vitacura. Las profesiones de los participantes corresponden a médicos, enfermeras, nutricionistas, matronas, técnico paramédicos y administrativos, acorde con la muestra seleccionada para el desarrollo de la investigación. El área de desarrollo laboral en el centro se desarrolla en box clínico de atención en el 83% de los participantes y el 17% tiene su área de trabajo correspondiente al policlínico del CESFAM. Finalmente, con

respecto a los años de servicio de los entrevistados en el centro de salud familiar mencionado, van desde los 3 años hasta los 30 años, siendo 8 años el promedio de años de servicio.

El análisis temático de los datos obtenidos de las entrevistas realizadas se desarrolló en base a códigos elaborados en base a los tres objetivos específicos de la investigación los cuales corresponden a barreras, facilitadores y soluciones.

Además de esto, se utilizaron códigos emergentes, los cuales fueron elaborados en base a la evidencia recolectada durante la construcción del marco teórico de la investigación. Estos códigos corresponden a idioma, cultura, intérprete, adaptación y diferencias.

A continuación, se dan a conocer los resultados obtenidos, los cuales están separados según objetivo específico y su correspondiente análisis.

## **7.1 Barreras**

### Primer objetivo específico:

Explorar las barreras que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

En base a las respuestas entregadas por los participantes en cuanto a las barreras al atender a población inmigrante, se desprenden temas que presentaron una mayor recurrencia, los cuales se describen a continuación.

**7.1.1 Barreras idiomáticas:** Se establece que el idioma es una de las principales dificultades en la atención en salud a pacientes inmigrantes, sobre todo para aquellos pacientes que no comprenden o hablan el idioma español, tales como los usuarios de nacionalidad haitiana que sólo manejan el creole, lo que repercute en que se ve perjudicado el manejo integral del paciente. Esto conlleva el que haya una dificultad a la hora de realizar un control eficaz a los pacientes en que se logre una comunicación efectiva, con una pesquisa de las necesidades de los pacientes, una intervención y entrega de indicaciones claras. Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Al haitiano además se le suma el hecho de que no maneja el lenguaje, esa barrera idiomática junto con la barrera cultural que es siempre llegar atrasado, por ejemplo, el haitiano se caracteriza por siempre llegar atrasado, le cuesta mucho al migrante haitiano acomodarse al horario, aunque con el tiempo y tanto decirles se han visto mejoras” (E10N2).*
- *“Sí, el idioma, bueno obviamente la falta de comunicación, de que ellos no pueden expresar muy bien lo que te quieren preguntar, entregar indicaciones porque no entienden, manejan otras medidas, no se...onza en vez de mL, cosas que no entienden cómo trabajamos acá y eeh...mmm...diría que eso es la barrera más, más grande que hay, que no nos podemos comunicar por temas del idioma” (E4E1).*

Como se puede observar, existe una dificultad en la comunicación debido a la barrera idiomática, tanto desde los pacientes que no logran expresar bien lo que sienten, lo que quieren decir o preguntar, y desde el personal de salud es difícil también conocerlos, comprenderlos, lograr conversar con ellos, entregarles las indicaciones y lograr una atención integral.

- *“La dificultad que más tengo es con los pacientes haitianos. Muy bien, porque yo hago extensión horaria, entonces los veo... yo veo a los pacientes en la noche también, entonces a veces que me ponen pacientes haitianos eeh... en horario nocturno y no tengo traductor. Entonces es muy difícil hablar con ellos, es muy muy difícil por ejemplo hablar en español o ellos tienen otras terminologías, que suponiendo ellos dicen “me duele el estómago” y se tocan el pecho siempre, entonces al principio uno queda como que “¿pero te duele el pecho o el estómago?”, “el estómago”, entonces esas cosas así son muy diferentes, entonces no se saben expresar. O si no, cuando tu hablas con ellos, hablan poco español y todo dicen sí, todo dicen sí. “Aah... ¿me entendí?” y te dicen sí, “¿Que medicación vas a tomar?” “sí”, entonces es muy difícil. Las barreras más que todo es, de ellos, los pacientes haitianos, es la traducción del idioma” (E12D2).*
- *“Bueno en el caso de los pacientes haitianos, lo primero es la barrera idiomática” (E1M1).*
- *“La mayoría de los haitianos no habla español po. Entonces ahí en tema del lenguaje y del idioma es súper complicado, muy complicado” (E2M2).*
- *“Nuestras barreras idiomáticas son las que, en realidad, son las que cuestan un poco de repente comunicarse y saber la razón por la cual vienen” (E3A1).*

- *“La mayor dificultad el tema de eeh...del idioma, entonces al no poder expresar ellos ni, ni el receptor entender lo que la persona está diciendo hace que uno...como que se frustra y diga pucha no, no puedo con los haitianos, no puedo atenderlos, no le puedo dar una atención de calidad (E4E1).*
- *“A veces la forma en como tú les explicas ellos no lo entienden de acuerdo al idioma o a las... a los tecnicismos que ellos manejan versus los que manejamos nosotros” (E5T1).*

Otro tema que surge desde las entrevistas es la frustración que puede llegar a sentir el personal de salud al no comprender lo que quiere expresar el paciente, ya que entenderlos es fundamental a la hora de lograr una buena atención en salud. Esta falta de comprensión, debido al idioma, puede llevar a rechazar la atención a pacientes que no hablen español, por el temor a no poder generar una comunicación efectiva y, por lo tanto, no poder lograr una buena atención.

- *“Eeh... la mayor dificultad es el lenguaje, porque algunos hablan, pero hablan lo básico entonces no saben explicar muy bien acerca de la alimentación, o quizás incluso de los medicamentos” (E7N1).*
- *“La atención primaria en salud es prevenir, promover, educar, entonces eso cuesta un poco con el tema del idioma, eso cuesta mucho, y que haya un intermediario en el control es bueno y es malo a la vez, porque el te ayuda, te traduce y todo pero igual se pierde la confidencialidad, eeh...mmm...si la traductora no supiera de salud y...no sé, hay que darle noticias como tú eres VIH positivo, son cosas difíciles, entonces que haya un intermediario que más encima tu no entiendes como se lo está diciendo, a lo mejor uno va a ser lo*

*más empática posible, decirle mira, sentarlo, no sé qué y...y al no entender, el traductor va y le puede decir oye, salió mal examen y pa, y perder todo el tema de, de la entrevista motivacional, de cómo dar una buena consejería, de cómo dar un resultado que es difícil, una noticia difícil” (E4E1).*

- *“Generalmente llegan los hombres para acá y se traen a su pareja, y las mujeres como generalmente no trabajan algunas, entonces tampoco tienen mayor manejo del idioma entonces generalmente las mujeres que llegaban embarazadas no entendían todo o entendían muy poco de lo uno les estaba hablando” (E7N1).*
- *“Me tocó una vez atender a una paciente por el programa de salud cardiovascular, y me entendía más con la pareja y él era como más de traductor, el manejaba más el idioma que ella” (E7N1).*

Otro aspecto a considerar en la barrera idiomática es que el personal percibe que existe una mayor barrera con las pacientes mujeres, que manejan menos el idioma que los pacientes masculinos, y que esto puede deberse a que los hombres generalmente trabajan al ingresar al país, mientras algunas mujeres no lo hacen, por lo que se relacionan y se involucran menos con el idioma español.

- *“Cuando no, no tenemos hora disponible como para agendarle una hora es explicarle esa situación, ellos no entienden. Por ejemplo, venir otro día, venir por ejemplo a las ocho de la mañana para que los atienda un médico el mismo día, eso les cuesta entender...” (E11T2).*
- *“Lo otro que ha sido el... el idioma. Por ejemplo, yo te puedo decir, por decirte, no se eeh... es que tú, tu carné tiene, tienes que traerme tu carné, y te miran*

*así po, te ponen una cara de... ¿qué carné? Hoy día le decía ¿tienes tu DNI? y ella me dice “¿el PDI?” No, la DNI “¿El PDI? No, DNI” (E8A2).*

- *“Lo que hizo Chile Crece Contigo, que fue por ejemplo aplicar la escala de Edimburgo de los niños de las puérperas... eeh...mmm...traducidas en creole, está mal traducida, no sirve, entonces tampoco es de mucha ayuda” (E4E1).*

**7.1.2 Barrera de Intérprete:** Durante las entrevistas se menciona la existencia de una facilitadora idiomática en el CESFAM, que funciona como traductora, quien facilita la atención a los pacientes que no hablan ni comprenden español. Sin embargo, la barrera se identifica con el hecho de que es solo una intérprete el centro, por lo que no da abasto para el total de pacientes inmigrantes que asisten al CESFAM.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“No hay horas suficientes de intérprete para la cantidad de pacientes migrantes que hay con la barrera idiomática que son los haitianos... entonces a pesar de que existe un intérprete no siempre está disponible porque muchas veces está con otro profesional... no da abasto” (E10N2).*
- *“Dan la posibilidad de intérprete y agendamiento en treinta minutos, pero no son suficientes” (E10N2).*
- *“En este CESFAM hay una persona facilitadora, que en realidad parece un pulpo, así que esa es una de las principales barreras” (E3A1).*
- *” Pero es una para todo el CESFAM, entonces el paciente que es inmigrante que no habla español tiene que esperar a esa traductora para lograr entender*

*qué proceso administrativo tiene que hacer de inscripción o de solicitud de interconsulta o de solicitud de otra” (E9E2).*

- *“Otra barrera es que a pesar de que existe un intérprete no siempre está disponible esta persona para acompañar en la atención al paciente, sobre todo haitiano, porque no nos va a entender nada, y eso demora la atención, primero que nada, porque hay que hacerlo a través de imágenes” (E10N2)*

**7.1.3 Barrera cultural:** La diferencia entre culturas con pacientes inmigrantes es una dificultad que aparece en la atención, ya que hay distintas costumbres, desde conceptos diferentes de cómo funciona el sistema de salud, de cómo se tratan y controlan las enfermedades, hasta costumbres en cuanto a los horarios, a estilos de vida, a decisiones y normas de crianza, etc.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“De que ellos no tienen como cultura asistir a controles con la matrona... faltan harto y cuesta explicarles cómo es el sistema acá, por qué es necesario que vengan... como que no cachan mucho” (E2M2).*
- *“Los sistemas de salud en cada uno de estos países es totalmente distinta y las condiciones sanitarias igualmente” (E3A1).*
- *“Cultura... ellos igual tienen otras costumbres también de alimentación” (E2M2).*
- *“Vienen al control de la diada; ahí vienen con el recién nacido las mamás, a los pocos días de vida, y vienen dándole leche... fórmula. O sea, nosotros somos prolactancia y debería ser lactancia materna exclusiva hasta los 6*

*meses por lo menos, y como que los haitianos en ese sentido no tienen esa formación” (E2M2).*

- *“En los migrantes haitianos porque en su cultura hay muchos controles que no existen, como el control nutricional, el control de matrona, por ejemplo, hay profesionales que a lo mejor ellos no conocen; también atenciones o exigencias que ellos sienten no sé po, a lo mejor innecesarias, porque dentro de su sistema de salud no existen. Entonces yo creo que a ellos les cuesta igual mmm... adaptarse, ¿ya?, y en el fondo yo creo que eso influye también mucho en la atención, el sistema cultural que ellos tienen y de salud, son diferentes” (E10N2).*
- *“Si yo encuentro que no le dan la importancia no sé, a un control nutricional, por ejemplo, a un control de enfermera, y principalmente al control de educadora... por ejemplo cuando hay tema de derivación por alteración del desarrollo psicomotor, ellos no lo entienden, porque para ellos no existe eso, no le toman la importancia. Al final me he ido dando cuenta que lo que si les interesa es el retiro de alimentos, de la leche, entonces como para eso necesitan tener los controles al día, por eso no más asisten, pero no porque entiendan la importancia... al menos vienen por eso, por el alimento, es complicado en ese aspecto porque hay que de repente hacer rescate y todo” (E10N2).*

En las entrevistas se logra evidenciar la diferencia cultural con los pacientes haitianos, destacando la barrera que significa los distintos sistemas de salud, el desconocimiento desde estos pacientes a los distintos controles de salud que tienen lugar en la atención primaria en Chile, tales como controles con matrona, con nutricionista, derivaciones a educadora de párvulo, etc.

El tema de la lactancia materna también es una barrera recurrente con estos pacientes, de parte del personal de salud, ya que como se menciona en algunas entrevistas, Chile es un país en que se promueve la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses, y se otorgan facilitadores para esta alimentación, desde canasta de lactancia, clínicas de lactancia, etc.; situación que es distinta en otras culturas, por ejemplo, en los pacientes haitianos que acostumbran alimentar con fórmulas lácteas desde el inicio de vida de los lactantes.

- *“Ellos tienen otra cultura y nosotros tenemos otra cultura, entonces el choque de las culturas es ahí ¿cachai o no? Y aquí ha costado y es lo que te digo, me ha costado a mi hacerles entender que ellos tienen que tener una constancia de trabajo, para que sus papeles puedan salir como corresponde” (E8A2).*
- *“Eeh... cultural porque hay una cultura muy distinta a la crianza que nosotros nos regimos por el Chile Crece Contigo, crianza respetuosa... ellos les cuestan un poco acoplarse a ese sistema de crianza” (E9E2).*

**7.1.4 Falta de información:** Se establece que existe un déficit de información al paciente inmigrante sobre cómo funciona el sistema de salud chileno, cuáles son sus normas, sus beneficios, sus derechos y deberes como pacientes, y cómo es el funcionamiento en general. Esto representa una dificultad a la hora de que los usuarios se atienden ya que, al no conocer el sistema, no conocen bien las prestaciones, no siempre asisten a un centro de salud y/o los controles, no comprenden el porqué de las derivaciones, etc.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“En relación a los migrantes en general, ya sea haitianos, venezolanos o colombianos, como dificultad o falencia en general, no están muy bien informados sobre cómo funciona el sistema de atención en salud en el CESFAM. Eso es como en general, una de las dificultades” (E10N2).*
- *“En general bien, yo creo que en gran porcentaje aceptan como las indicaciones acorde a la... a las normativas chilenas que nos regimos en los controles. Pero hay un pequeño porcentaje que no se toma bien las indicaciones, que existe” (E9E2).*

**7.1.5 Tiempo de atención:** En el contexto de la atención a pacientes inmigrantes, el tiempo de atención es fundamental para lograr una buena comunicación e intervenciones efectivas. Es por esto que el tiempo limitado para los controles con cada profesional representa una barrera, ya que en ocasiones no se logra cumplir con los objetivos del control. Un control que para un paciente chileno es de 20 minutos, para un paciente inmigrante que no habla ni comprende el español este tiempo no es suficiente.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Otra barrera para atenderlo es que el agendamiento a veces está en no sé, 20 minutos” (E12D2).*

- *“Anteriormente al principio cuando empezaron a llegar si fue muy difícil. Por ejemplo, las atenciones de box, por ejemplo, una atención de media hora se demoraban como cuarenta o hasta una hora” (E11T2).*

**7.1.6 Barrera de ingreso:** En esta barrera se establecen las condiciones de ingreso de los inmigrantes al país, con respecto a los documentos que traen consigo como VISA, pasaporte o aquellos que vienen indocumentados e incluso aquellos que entran de forma ilegal a Chile. Es una barrera importante que genera gran dificultad al momento de ingresar al sistema para recibir algún tipo de atención sanitaria, ya que la mayoría de la población inmigrante que llega a Chile está en una situación económica precaria, por lo que para obtener atención sanitaria deben optar por el seguro público, que es FONASA. La problemática se genera debido a que la carencia de documentos personales actualizados o la carencia de documentos en su totalidad, dificulta este ingreso al sistema porque este requiere de documentación y datos de la persona para poder generar una admisión y que se pueda efectuar la atención de forma adecuada. Esto conlleva el que, esta barrera genere lentitud en la entrega de atención sanitaria, ya que se deben realizar múltiples procesos previos para que el inmigrante pueda recibir la atención que requiere.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“La otra barrera también que es burocrática es que no siempre vienen con documentación, por ejemplo, niños sin partida de nacimiento o niños sin pasaporte, o hay personas que perdieron su pasaporte en el entretanto del viaje, entonces eso igual es, es un tema” (E3A1).*
- *“Los documentos, porque muchos de ellos vienen ilegales. De partida ¿cómo entran? Entran sin todos sus documentos, no entran todos con sus documentos, y eso que no entren con sus documentos hace todo más complicado para ellos” (E8A2).*
- *“Estos usuarios migrantes ingresan al país, la mayoría ingresa con visa turista, por lo tanto, cada vez que vamos a solicitar un Rut provisorio, Fonasa los rechaza, entonces esa es una tremenda barrera para ellos porque a veces ellos vienen estando embarazadas, o están con alguna enfermedad crónica descompensada, entonces tenemos que comenzar con los correos” (E3A1).*

Además de la falta de documentación, se genera otra dificultad en esta barrera debido a que muchas veces la atención que requieren estos usuarios es de urgencia, ya que presentan patologías previas, las cuales padecen desde antes de la migración, y que requieren de un tratamiento continuo y concienzudo. De lo contrario podrían verse enfrentados a una descompensación, lo que puede traer consecuencias graves para su salud si no son atendidos en el tiempo estimado. Lo mismo, en el caso de las inmigrantes que llegan embarazadas, por lo que requieren atención desde el inicio de su embarazo y de forma constante hasta el momento del parto, por lo que retrasarse con el ingreso de ellas también puede generar efectos negativos en su estado de salud.

**7.1.7 Barrera RUT:** Se establece como una barrera en la atención en salud todo el proceso que conlleva la obtención del RUT definitivo por parte de los pacientes inmigrantes. Los administrativos que trabajan en los centros de salud identifican este tema como una barrera debido a que es en ese momento, del contacto con el administrativo - inmigrante, que, al no tener un RUT definitivo, al administrativo se le dificulta realizar el ingreso del usuario al consultorio y a FONASA. Muchas veces estos pacientes cuentan con un RUT provisorio, pero este solo tiene una duración de tres meses, por ende, una vez transcurrido ese tiempo vuelven a carecer de esta identificación y se vuelve a generar un conflicto para el ingreso al sistema de salud chileno.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Pero en el caso de las que tienen, son los carnet de identidad que no están vigentes, les damos un RUT provisorio hasta que se normalice su estado, aunque no a todas las normalizan la situación, entonces quedan como sin su RUT definitivo” (E1M1).*
- *“El proceso burocrático, el proceso de solicitud de Rut provisorio es un tema muy burocrático, muy engorroso, eeh...tardío, porque no es, no es una solicitud que puedas solucionar en 24 horas” (E3A1).*

**7.1.8 Cambio en tipo de atención:** Esta barrera se asocia principalmente con los pacientes inmigrantes de nacionalidad venezolana, ya que en su país la atención de salud funciona de forma radicalmente distinta en comparación con la

atención otorgada por el sector público de Chile. Como se evidencia en las entrevistas realizadas, Venezuela es un país donde la atención sanitaria entregada en primera línea se basa en las especialidades médicas, muy distinto al tipo de atención pública de Chile, en donde se necesita una derivación de parte de un médico general desde Atención Primaria para optar a un especialista. Por esto, muchas veces los inmigrantes de esta nacionalidad se muestran molestos al acceder a la atención en salud entregada por los consultorios, ya que llegan a un modelo de atención primaria inicial, cuando lo que ellos buscan es llegar directamente con un especialista que le solucione el problema por el que está consultando. De acuerdo a los entrevistados, esto conlleva a que se molestan cuando deben ser derivados, cuando sostienen que podrían haber consultado a ese mismo especialista inicialmente y de forma más rápida. De acuerdo a los entrevistados, muchos migrantes venezolanos no comprenden este modelo de atención y lo comparan con el que solían tener debido a que no se sienten satisfechos.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Venezuela era un país eeh... muy desarrollado en material de salud, entonces ellos se atendían de manera rápida, tenían muchos especialistas, entonces venir acá es un choque tremendo de la espera, de tratamientos de todo eso, entonces lo difícil más que todo es... es el cambio de su forma de lo que es la atención de salud en su país con la de acá de Chile” (E12D2).*

- *“La mayoría de los pacientes como bien usted sabe que hay más inmigrantes son venezolanos, ellos son en la mayoría profesionales, son... que tienen su título y todo, y que ellos ven acá a esta forma que ellos se atendían de manera particular, con especialistas al momento y venir acá y periodos de espera... se molestan” (E12D2).*
- *“La venezolana es como más exigente de derechos, ya, que ellos vienen, ellos saben a lo que vienen, a diferencia de otras, las otras nacionalidades que son como más, más de bajo perfil” (E3A1).*
- *“Cuando llegan al país tienen que integrarse al programa que hay acá... hacer la comparación y ahí hacer la equivalencia de las vacunas que les faltan según el programa del país de donde vengan” (E5T1)*

Cabe destacar que no sólo el cambio en el tipo de atención afecta a los inmigrantes venezolanos, sino que también se ve una dificultad al momento en que los usuarios deben integrarse en su totalidad al sistema de salud chileno, lo cual incluye integrarse al calendario de vacunación vigente para nuestro país, por lo que muchas veces se deben colocar más vacunas a los niños que ingresan para lograr una equivalencia según las vacunas y/o dosis que faltan y ajustarse según la normativa de inmunización nacional, que también muchas veces no es comprendida por usuarios extranjeros.

**7.1.9 Discriminación:** Los entrevistados identifican esta barrera desde el punto de vista de discriminación por parte del equipo de salud que trabaja en el CESFAM hacia el usuario inmigrante que consulta. Según los datos obtenidos en las entrevistas no quedan claras las razones de esta discriminación, pero sí se

narran situaciones en donde se evidencia que ciertos profesionales se niegan a atender a pacientes de otras nacionalidades. Además, se sostiene que muchas veces el personal no cuenta con las habilidades blandas suficientes para darse el tiempo de explicarles a los usuarios extranjeros como es el funcionamiento del centro o los procesos que deben seguir para recibir una atención de forma integral.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Es más hay médicos que no quieren atender, aquí hay médicos chilenos que no quieren atender...inmigrantes, no atienden a haitianos específicamente” (E6D1).*
- *“Muchas veces las personas de primera línea o no tienen la empatía o no tienen el tiempo de explicarle cómo se solicita la hora o como es lo que tienen que derivar para entregar la leche como... como es el funcionamiento administrativo propiamente tal” (E9E2).*

**7.1.10 Falta de capacitaciones a nivel biomédico:** Esta barrera establece una dificultad al hecho de que la fisiología y fisiopatología entre distintas razas es diferente en diversos aspectos, principalmente entre personas blancas y afrodescendientes. Existen aspectos desde el punto de vista biomédico como resultados de exámenes de hemogramas, infecciones, curvas de crecimientos, etc, que poseen estándares de resultados distintos entre una raza y otra, por lo que muchas veces un resultado catalogado como dentro de rangos

normales para unos, puede ser anormal para otros. Esto puede ver afectada la salud de los usuarios debido a que, como existe carencia de estos conocimientos por parte del personal de salud chileno, se desconoce cuándo podría estarse frente a alguna patología frente a la raza negra, que no afecte a la raza blanca o en los casos en que ciertas enfermedades en algunos avancen de forma más rápida de lo que estamos acostumbrados a ver y se pueda generar una descompensación más precoz.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Los hemogramas son diferentes, las patologías son diferentes, el tipo de pacientes que consultan no tienen un estudio eeh... de las haitianas, entonces se ven patología que se descompensan más rápidamente y nosotros, no existen indicadores demográficos que nos puedan permitir conocer el perfil de una población extranjera” (E1M1).*
- *“No ha existido una capacitación del punto de vista biomédico que, a nosotros, no sé si tu currículum, pero por lo menos en el mío no está incorporada la patología y el examen físico de la raza negra, que son totalmente, bueno no son tan diferentes, pero son diferentes” (E1M1).*
- *“Como te digo, yo que venga alguien y que te explique y te diga mira, las curvas de los niños son distintas porque tienen un crecimiento mayor a los chilenos, así que por lo tanto no utilizamos esta, si no que no, no hay nada de eso...(E4E1).*

De acuerdo a los entrevistados, esto también se ve en las curvas del crecimiento y desarrollo de los niños, donde el crecimiento óseo y desarrollo fisiológico son diferentes entre razas, lo cual implica que muchas veces en los controles sanos se les aplican a niños de raza negra, principalmente pacientes de nacionalidad haitiana, las curvas de crecimiento estándar de Chile, que se ven alteradas porque no siguen los mismos patrones y no porque tengan una patología, entonces no se cuentan con curvas para ellos ni conocimiento extra que permita entregar una atención acorde a la raza.

## **7.2 Facilitadores**

### Segundo objetivo específico:

Indagar sobre los facilitadores que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

En base a las respuestas entregadas por los participantes en cuanto a los facilitadores al atender a población inmigrante, se desprenden temas que presentaron una mayor recurrencia, que serán descritos a continuación:

**7.2.1 Intérprete del centro:** Se establece que uno de los mayores facilitadores que poseen los profesionales de salud en el CESFAM La Granja es la presencia de una facilitadora idiomática, la cual posibilita la comunicación con la población haitiana que no tiene un manejo del idioma español, permitiendo tener un flujo de información bilateral en los controles de salud y la entrega de cuidados pertinentes a esta población inmigrante. Esto permite, conocer tanto las necesidades, información e inquietudes que los pacientes manifiestan, como la entrega de indicaciones y actividades a los pacientes.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Ahora que tenemos la ayuda de XX que es una traductora que ahí ella nos puede ayudar más” (E11T2).*
- *“Ahora la XX, ella ayuda mucho que es la traductora, pero ahora hemos estado como por ejemplo explicarle con papel, día que tiene que venir y la hora y ahí entienden” (E11T2).*
- *“Si bien tenemos, ósea primero partiendo por la traductora, y segundo por todo el material educativo que hay para diferentes situaciones que están en creole, como te digo y que son super bonitos” (E1M1).*
- *“Acá lo bueno es que tenemos la traductora, eso es como lo principal” (E2M2).*
- *“La traductora como te digo es un pilar fundamental en el tema de la atención a haitianos” (E2M2).*
- *“En este CESFAM hay una persona facilitadora” (E3A1).*
- *“la facilitadora que nosotros tenemos es médico” (E3A1).*

Se ha podido establecer durante las entrevistas que la facilitadora lingüística presente en el CESFAM es médico, lo cual facilita la comprensión de tecnicismos que los profesionales de salud deseen comunicar a los pacientes, pudiendo ella entregarlos de manera efectiva en creole a la población haitiana, ampliando de esta forma la posibilidad de generar una comunicación rica en recursos para la atención en salud.

- *“En el caso de los haitianos, eeh...mmm...la XX2 po, la traductora... (I: Ya...) que eso ayuda mucho para poder comunicarse con ellos, y que puedan resolver sus dudas” (E4E1).*
- *“Afortunadamente aquí en CESFAM tiene una niña que te ayuda en todo lo que es la intercomunicación con ellos...” (E5T1).*

- *“Lo que tenemos es la XX, que es esta niña haitiana que te ayuda en la interlocución con ellos” (E5T1).*
- *“La ayuda de la intérprete que está todo el día aquí en el CESFAM” (E5T1).*
- *“Tenemos una profesional haitiana que nos ayuda en cada consulta a traducir los pacientes haitianos” (E6D1).*
- *“Para los haitianos que es como la mayor población que hay acá, la facilitadora que es haitiana también ayuda harto” (E7N1).*
- *“Hay facilitadoras para inmigrantes, y ellas vienen el miércoles” (E8A2).*
- *“Acá existe una traductora” (E9E2).*

**7.2.2 Programa de inmigrantes:** Como fue mencionado por un gran número de entrevistados, en el CESFAM La Granja se realiza un programa dedicado a pacientes inmigrantes que lleven menos de un año de residencia en el país. Este programa consiste en guía y apoyo a estos inmigrantes, dándoles a conocer el sistema de salud chileno y cómo relacionarse con él de manera exitosa, siendo una herramienta fundamental para contextualizar a la población inmigrante en el centro de salud de cómo se estructura y cómo funciona el sistema de salud en Chile, y de esta forma facilitarles una entrega de atención eficaz y multidisciplinaria por parte de los profesionales de salud que atienden en este CESFAM.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“A nivel municipal desde hace poco tiempo, comenzó a trabajar el programa de inmigrantes y el programa de inmigrantes está trabajando acá en el CESFAM como con atenciones de... pacientes que estén como menos de un año residentes acá en Chile” (E9E2).*
- *“La única que yo conozco es la que te decía del programa de inmigrantes, ¿ya?, en la que se pretende en el fondo informar acerca de las atenciones de salud, inscribirlos y además que se informen” (E10N2).*
- *“Se ha entregado también un nuevo plan que también está en extensión horaria para los migrantes, que ellos aquí también ayudan no tan solo a que eeh... enfocarlos a como es la atención a nivel de salud, a nivel de CESFAM, a nivel extrahospitalario y también ellos como que lo ayudan a buscar trabajo. Entonces el CESFAM está muy arraigado a esto con los extranjeros porque aparte lo que le... les involucra o les informan cómo es la atención aquí de salud, ellos también reciben atención a nivel... para que puedan buscar trabajo, los ayudan en ese aspecto, entonces eso les facilita a ellos también bastante venir acá a la atención primaria” (E12D2).*
- *“El programa está haciendo la atención eeh... nocturna muy bien, que esto está ayudando bastante a los pacientes inmigrantes y cada paciente inmigrante que tenemos acá a veces nosotros lo derivamos a ese programa. Y ese programa se encarga de guiarlos como es la atención primaria, guiarlos en los exámenes que tienen que hacerse y eeh... ayudarlos a veces también en buscar o lo que es encontrar un trabajo a personas que no tienen trabajo en lo que es el CESFAM” (E12D2).*

Este acompañamiento realizado por el programa de inmigrantes facilita la atención en salud entregada por el equipo multidisciplinario que se desempeña en el Centro, ya que los pacientes llegan a los controles con los exámenes necesarios que deben hacerse para poder entregarles una atención completa

durante su control de salud. También se les enseña a cómo navegar en el flujograma que existe en el centro de salud, minimizando los errores que se generan en la entrega de información de este tipo a los inmigrantes, evitando la pérdida de horas por controles mal citados, empoderando al inmigrante sobre el cuidado de su salud y haciéndole protagonista en su relación con el CESFAM.

- *“Si, porque tenemos programa migrantes. Atendemos el día martes, atendemos tres horas a los migrantes, que tenemos este espacio que tiene, donde trabaja una psicóloga, una antropóloga, una enfermera y yo que soy la matrona” (E1M1).*
- *“Pucha uno los deriva para explicarles cómo funciona el sistema de salud acá, cómo serán atendidos y todo... pero al final uno no sabe si van o no. Pero de que hay un programa, lo hay” (E2M2).*
- *“Programa sirve para explicarles esas cosas, que, por no entender el español, no entienden” (E2M2).*
- *“Aquí funciona un equipo, un equipo de una psicóloga, una enfermera, que es un equipo migrante, que atiende los martes acá y exclusivamente a población migrante menos de un año dentro del país, entonces creo que son de la UDD jajaja, eeh... eso es una que considero yo que es una muy buena herramienta, a través de promoción y participación” (E3A1).*
- *“Hay un programa que tiene la UDD que hizo la...la XX3...(l: Apellido XX3) (Apellido XX3), que vienen unas de la escuela de enfermería, viene una psicóloga que funciona los días martes, de hecho hay una matrona que participa, que los oriente ahí, pero es como al revés po, a ellos les explica todo el tema de...de cómo es la salud en Chile, como es el acceso que tiene” (E4E1).*

Es importante mencionar que la iniciativa de este programa de atención nace desde una unidad académica, que es el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo, y que se implementa en este Centro de Salud.

**7.2.3 Cursos de creole para trabajadores del CESFAM:** El CESFAM entrega durante el año ciertos cursos de creole básicos a los profesionales de salud que deseen tomarlos, para poder conocer las características básicas del idioma y poder tener una interacción simple con la población inmigrante haitiana, en especial en los casos donde la presencia del facilitador idiomático no es posible. Esto permite en primera medida que el profesional de salud pueda entregar un cuidado más independiente, no debiendo siempre estar condicionado por la presencia de un facilitador lingüístico en el CESFAM.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Todos los años hay clases de creole para los funcionarios” (E4E1).*
- *“También hicimos cursos como de creole, pero igual es lo muy básico” (E11T2).*
- *“También hay algunas redes con estas oficinas sociales en donde mandan a que las personas se capaciten” (E3A1).*

**7.2.4 Trato igualitario:** Un aspecto facilitador que también fue mencionado durante las entrevistas fue el trato igualitario que se le da a esta población inmigrante, respetando sus tiempos de atención, no habiendo diferencia en el trato profesional de salud - paciente entre la población chilena atendida en el CESFAM y la población inmigrante.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Todos los compañeros de trabajo que me he relacionado están muy dispuestos a integrar a los inmigrantes cualquiera sea su nacionalidad” (E9E2).*
- *“Todos tienen el mismo trato aquí” (E12D2).*
- *“Es que más que todo, con los inmigrantes... se les da el mismo trato, no hay ninguna... ningún periodo de... de sacarlos porque es inmigrante, no, se recibe el mismo trato. Si el paciente es inmigrante y nosotros hacemos una pesquisa de presión arterial de hipertensión, recibe el mismo trato, se le da el mismo tiempo” (E12D2).*

Este trato igualitario facilita la mayor cercanía de la población inmigrante con el CESFAM, aumentado la posibilidad de que estos asistan a sus controles agendados y sean partícipes activos de su salud, al no ver al centro de salud como un lugar donde reciban una atención diferente por ser de una nacionalidad extranjera. Esta mayor cercanía al CESFAM les permite mantener un mejor estado de salud durante su residencia en el país, disminuyendo la prevalencia y

retrasando la aparición de enfermedades crónicas en la población inmigrante, lo cual tiene un impacto negativo desde una perspectiva económica para la salud en el país.

- *“Nosotros tenemos una agenda programada con horarios, las (Ininteligible 00:05:18) recibimos en el SOME, se tratan de orientar al tiro para que le hagamos un EMPA que es un examen de salud preventivo para el adulto y a partir de ahí eeh... tomamos el papanicolaou al tiro, inmediatamente, tratamos de hacerlo que no esperen porque como es un resultado que el proceso es en anatomía patológica, se demora un mes, entonces en ese caso es para que no se nos complique” (E1M1).*

**7.2.5 Adaptación de niños inmigrantes:** Se establece durante las entrevistas que los y las niños inmigrantes, en especial los compuestos por la población haitiana tienen una mayor facilidad de adaptación al aprendizaje de un nuevo lenguaje. Se sostiene que, varios de ellos poseen un mayor dominio del español que sus propios parientes, lo cual genera facilidades en poder atender a los pacientes haitianos cuando vienen acompañados por sus hijos a los controles de salud.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Si, en general los hombres son más receptivos que las mujeres. Las mujeres tienden a quedarse más en su clan y eeh... les cuesta más integrar su idioma a la sociedad. Sin embargo, los niños chicos no, ellos aprenden y son bilingües” (E1M1).*

- *“En general, tú ves, los niños son más dados al lenguaje y lo diferencian bien y les dan las indicaciones a los adultos jajaja” (E1M1).*

Esto también facilita la comunicación entre el profesional de salud y los pacientes haitianos, dando la posibilidad de poder entregar una atención correcta aun cuando no haya la presencia de una intérprete lingüística en el CESFAM, ya que algunos niños juegan este papel durante la atención en salud.

**7.2.6 Folletos en creole:** El CESFAM cuenta con algunos folletos informativos en creole, lo cual facilita la entrega de información que el ministerio de salud recomienda que sea entregada a la población que se atiende en los controles de salud en el CESFAM. También les permite a los profesionales de salud entregar indicaciones a los pacientes haitianos que no hablan español, haciendo que la entrega del cuidado sea más expedita.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“En vacunatorio... las indicaciones... está todo en creole” (E9E2).*
- *“Tenemos las cartolas de chile crece en creole, tenemos folletos de lactancia materna en creole” (E9E2).*
- *“Herramientas físicas como los folletos traducidos” (E9E2).*
- *“Nosotros en el estamento igual tenemos algunas pautas que son como por ejemplo del control del quinto mes para el inicio de alimentación complementaria desde el sexto mes, hay pautas que están en haitiano” (E7N1).*

- *“También se ambientaron los folletos en creole, se puso los... estos informativos en creole” (E8A2).*

**7.2.7 Médicos extranjeros en el CESFAM:** En algunas entrevistas fue mencionada la participación de médicos extranjeros en el equipo de salud como un facilitador para la atención de población inmigrante, ya que estos tienen un mayor conocimiento de la morbilidad de estos pacientes, pudiendo entregar cuidados y tratamientos más acordes en base a experiencia empírica adquirida en sus países de origen.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Claro, porque ellos tienen patologías en los hemogramas que son diferentes y que nosotros no alcanzamos a ver y de enfermedades tropicales, tampoco se sabe mucho. Gracias a Dios que tenemos médicos ecuatorianos, que tenemos médicos venezolanos, que ellos nos ayudan, pero en la formación nuestra de los chilenos no la tenemos incorporada” (E1M1).*
- *“En el caso de los venezolanos, personalmente, tenemos médicos venezolanos, así que nosotros le podemos ir a preguntar cosas específicas de los niños, en el caso, de no sé, por ejemplo, lo del tema de los parásitos de los niños, cuando los van a desparasitar o no, porque allí en Venezuela se acostumbra que se desparasiten, hay otra forma modelo de salud, y eso ha ayudado como a poder...eeh...dar una buena atención a ellos, porque en el fondo uno ve si necesitan medicamentos o no, le va a preguntar a la doctora, le pregunta cuántos meses lleva acá y ahí se maneja con el tema de si, puede ser necesario que hagamos o no un examen, entonces, en ese caso puntual*

*a ayudado bastante el que estén ellos, y también ver los que traen tratamiento o carnet de allá de salud, que te puedan ayudar a como...eeh...eeh...mmm...hacerlo equivalente al control de acá, eso” (E4E1).*

Esto les permite compatibilizar y seguir con los cuidados entregados en su país de origen. También permite tener una mejor comprensión de las herramientas utilizadas en países extranjeros y como estas se interpolan con las utilizadas en nuestro país.

**7.2.8 Pacientes acompañados de traductores:** Se establece durante las entrevistas que la compañía de los pacientes haitianos a los controles de salud por parientes o amigos que tengan un mayor manejo del español facilita la atención entregada a estos, pudiendo de esta forma entregarles cuidado e información pertinente, correcta y expedita, al disminuirse la brecha idiomática con esta población inmigrante. También se generan instancias donde trabajadores del centro de salud son haitianos, y ellos pueden brindar un apoyo con la comunicación idiomática a esta población inmigrante.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Mira yo creo que nosotros, o sea hay muchas maneras depende de la persona que tu entrevistaste, pero, por ejemplo, tenemos muchas trabajadoras*

*de salud aquí que son las que hacen el aseo que son haitianas y hablan creole y español y ellas nos sirven de traducción” (E1M1).*

- *“En general, tú ves, los niños son más dados al lenguaje y lo diferencian bien y les dan las indicaciones a los adultos jajaja” (E1M1).*

**7.2.9 Extranjeros más preocupados y responsables:** Se establece en las entrevistas que varios profesionales de la salud tienen la percepción de que la población inmigrante es más preocupada y responsable de su cuidado en salud y a la asistencia a controles que la población chilena que se atiende en el CESFAM La Granja.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Se demuestran responsables e interesados por sus tratamientos...” (E5T1).*
- *“Por ejemplo bueno aparte de haitianos, no se venezolanos, colombianos en general son bien responsables quizás más responsables que la población de acá, con sus controles...” (E7N1).*
- *“A la nutricionista cuesta que los pacientes vayan, pero en general van, bueno y porque también si no van a la nutricionista, no les dan la hora para el otro control de la enfermera y donde la enfermera siempre van sobre todo niños, por las vacunas, bueno por un montón de cosas que hacen ustedes que en general las mamás siempre lo llevan al control de la enfermera, pero el de nutricionista a veces se lo saltan, pero como acá si no vienen al de la nutricionista no le van a dar la otra hora o no le van a dar las vitaminas a los niños o a los adultos no le dan los medicamentos, en general como que todos siguen” (E7N1).*

- *“Los peruanos siento que están como mucho más acoplados al sistema de salud chileno jajaja, ya entienden como el... el flujograma de la solicitud, ellos entienden un poco más las indicaciones a la realidad como... del país” (E9E2).*
- *“Hay una muy buena relación, en relación a los usuarios nuestros” (E3A1).*

Esto mejora la adherencia al tratamiento y la continuidad en la entrega de cuidados, ya que los pacientes tienden a faltar poco a sus controles de salud, lo cual permite hacerles un seguimiento efectivo, promoviendo su salud y previniendo la aparición de enfermedades crónicas.

**7.2.10 Administración efectiva con documentos:** Se establece durante las entrevistas que existe una administración efectiva en cuanto a los documentos de la población inmigrante, entregándoles RUT provisorio para facilitar la atención y continuidad en la entrega de cuidados en el CESFAM.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Los inmigrantes tienen esa como facilidad de poder ser atendidos no necesariamente con RUT o con Fonasa, sino que incluso con el pasaporte” (E4E1).*
- *“En general ya todos los pacientes que están acá están inscritos, están en FONASA, o todos tienen su papeles al día tienen carné de identidad los que están inscritos en el consultorio, entonces como problema administrativo en general no hay porque ya están inscritos en el consultorio” (E7N1).*

- *La atención po, su atención en este caso el Rut provisorio para que ellos se puedan ver por salud, eeh... sus controles” (E8A2).*

Si bien en el punto 1.6 y 1.7, se menciona que la indocumentación es una barrera para la atención de los inmigrantes, el CESFAM presenta facilidades para la atención otorgando RUN provisorio o permitiendo la atención con pasaporte.

### **7.3 Soluciones**

#### Tercer objetivo específico:

Identificar posibles soluciones para una atención más efectiva por parte del personal de salud del CESFAM La Granja de la comuna La Granja, hacia los usuarios inmigrantes de dicho CESFAM.

En base a las respuestas entregadas por los participantes en cuanto a las soluciones para atender a población migrante, los temas que presentaron una mayor recurrencia fueron:

**7.3.1. Agendar controles con mayor tiempo:** Debido a las barreras que se presentan al realizar controles a pacientes principalmente haitianos, se ve afectado el tiempo de atención, ya que es necesario buscar la forma de comunicarse efectivamente.

Esta información se ve evidenciada a través de la siguiente cita:

- *“Mira yo creo que es súper importante mmm... agendarlos con más tiempo, o sea mínimo treinta minutos...”* (E10N2)

**7.3.2. Mayor cantidad de horas de intérprete:** El horario de trabajo de la facilitadora no logra abarcar en totalidad el horario de atención a los pacientes, esto se puede reflejar durante la extensión horaria. Es por esto que proponen la solución de aumentar la cantidad de horas de la intérprete.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“...y dos, que pongan a disposición mayor horas de intérprete, o sea, eso haría posible una atención mucho más adecuada”* (E10N2).
- *“...la solución como le digo a nivel eeh... haitianos, que haya traductores el mayor tiempo posible en la consulta, así sea lo que es extensión horaria, que no lo tenemos, nuestro traductor solo se queda hasta las cinco y la dificultad es mucha gente ve haitianos, médicos, enfermeras, TENS eeh... nutricionistas y sólo hay un solo traductor”* (E12D2).
- *“Mayor disponibilidad de traductora, porque de repente se hace poco...”* (E4E1).

**7.3.3. Más facilitadores idiomáticos:** Esta solución surge ya que, el que exista solo una facilitadora en el CESFAM, no alcanza para abastecer todas las

consultas, situación que es mencionada en diferentes entrevistas al equipo de salud.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“Más traductores, porque con una es muy difícil porque a veces las matronas que están con ella en un ingreso tienen que hacerle muchas preguntas, entonces acá hay más de seis matronas, entonces esa día es complicada porque a veces tienen el mismo horario de todas las matronas”* (E11T2).
- *“Quizás tener más mmm... traductores. Tener más traductores...”* (E2M2).
- *“...en el caso de los haitianos, yo pediría, así como a gritos otro facilitador de idioma”* (E3A1).
- *“Debería haber más de una facilitadora, pero no en temas de haitianos solamente, si no que una facilitadora intercultural”* (E9E2).
- *“...que, para ser un facilitador lingüístico en un establecimiento de salud, igual tiene que cumplir con ciertos criterios, tal vez algún TENS, tal vez algún profesional de la salud, tener esas competencias, porque sea como sea, tiene que entrar dentro de la consulta, tiene que hablar casi en un mismo idioma con los mismos términos técnicos que un profesional, entonces tampoco se trata de que sea cualquier persona, ¿me entiende?”* (E3A1).

#### **7.3.4. Difusión de información sobre centro de salud a inmigrantes:**

Se considera una potencial solución difundir información sobre el funcionamiento del centro de salud a inmigrantes que lo desconozcan, para que de esta forma se minimicen dificultades en el ingreso y la atención de ellos.

Esta información se ve evidenciada a través de la siguiente cita:

- *“Yo creo que es la difusión, pero no sería a nivel de nosotros, sino que a medida que vayan llegando extranjeros que tengan la difusión de cuál es su centro de salud, pero yo siento que sin difusión han llegado igual.”* (E1M1).

**7.3.5. Cursos de idiomas:** Una solución que se ve mencionada, es la necesidad de comunicarse de mejor manera con el paciente haitiano, sin la necesidad de una facilitadora. Por esto son propuestos los cursos de creole para el equipo de salud del CESFAM y los cursos de español para el paciente haitiano, con la finalidad de que el paciente se vaya del box entendiendo completamente las indicaciones y la persona del equipo de salud se sienta satisfecho al entregar una atención completa y correcta, solucionando así la barrera idiomática.

Esta información se ve evidenciada a través de las siguientes citas:

- *“La propuesta sería que nosotros mismos nos capacitáramos en el idioma de ellos”* (E6D1).
- *“Podría pedir cursos de creole o pediría cursos de español para estos usuarios, pero por ambas partes creo que sería una herramienta vital”* (E3A1).
- *“...y bueno quizás implementar no sé si a nivel de CESFAM, pero que los haitianos puedan aprender el español po”* (E2M2).

**7.3.6. Instruir sobre nuevas patologías:** Las patologías de los pacientes inmigrantes, sobre todo de los pacientes haitianos, son en muchas ocasiones distintas a las que se enseñan en las facultades de medicina del país. Por esto, se hace necesario como solución, que el equipo de salud que se enfrenta a estos pacientes conozca estas patologías para atender de forma eficiente al inmigrante.

Esta información se ve evidenciada a través de la siguiente cita:

- *“...quizás...instruir un poco a los profesionales de la salud del centro cuales como la epidemiología de las enfermedades más frecuentes de los haitianos, cuáles son los parámetros, o sea a nosotros nos llama harto la atención que los niños haitianos es muy común la hernia umbilical, eeh...mmm...que...mmm...no sé, los adultos se ven mucho paciente hipertenso, cosas que nosotros no manejamos de, de la epidemiología de ese país po, entonces...o de ese tipo de raza...entonces si sería bueno como poder a lo mejor dar alguna charla, alguna información a los profesionales que se enfrentan a estos pacientes” (E4E1).*

**7.3.7. Reforzar empatía:** El tema de la empatía del equipo de salud para enfrentarse a un paciente inmigrante, facilita la forma de atención que se brinda a este tipo de usuarios, por lo que es necesario fortalecerla y así mejorar la barrera de discriminación.

Esta información se ve evidenciada a través de la siguiente cita:

- *“Dentro de los funcionarios hay que reforzar un poquito en primera línea el tema de la empatía hacia el inmigrante” (E9E2).*

Pero no sólo se puede observar discriminación hacia el mismo extranjero, sino que también hacia personas de diferentes rangos etarios que tan solo por su edad, no puedan ser atendidos por el personal de salud, como se ve reflejado en la siguiente cita:

- *“Yo quisiera proponer para las limitantes que hay que todos los médicos debieran atender a todos los inmigrantes de cualquier etapa vital, sea niño, adulto, adolescente, adulto mayor. Para que ellos no tengan complicaciones.” (E6D1).*

## 8. CAPITULO IV

### DISCUSION

El presente estudio plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?, que tiene por finalidad dar respuesta a los tres objetivos específicos planteados en la elaboración del proyecto.

Dentro de los resultados obtenidos en la entrevistas, una de las principales barreras percibidas por el equipo de salud es el idioma, siendo este una dificultad presente en la atención, ya que genera problemas en la comunicación y entrega de indicaciones, lo cual se ve reflejado en la literatura encontrada. En un estudio realizado en California, Estados Unidos, por los autores Olmos y Martínez en el año 2003, se expone que la diferencia de idioma entre el personal de salud y los pacientes inmigrantes genera una dificultad en la entrega de atención sanitaria.

Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile plantea que algunas de las barreras presentes durante la atención a estos pacientes son lingüísticas, culturales, psicosociales del funcionario de salud, como la falta de información, prejuicios, discriminación, todas estas dificultades tienen directa relación con el equipo de salud (Ministerio de Salud, 2017).

Moreda, Martínez & Vizcaíno en el año 2017 plantean que las diferencias culturales e idiomáticas dificultan la comunicación y limitan la capacidad de acceso a los programas de promoción de la salud, por lo que los profesionales sanitarios deben presentar un nivel de competencia intercultural para responder a las necesidades sociosanitarias de la población. Junto con esto, en un estudio de Hernández en 2014, se señala que acercarse culturalmente facilita una interacción efectiva y una mejor atención a pacientes inmigrantes haitianos. Esta evidencia es congruente con los resultados de esta investigación, donde se menciona que además de la diferencia idiomática existe una diferencia cultural que limita la interacción y atención a estos pacientes, como por ejemplo distintas normas de crianza, cambios en el tipo de alimentación, rigurosidad en la asistencia a los controles de salud, diferencia entre los tipos de controles y especialidades, entre otros.

Por otro lado, Montoro-Gurich, menciona que los pacientes inmigrantes mantienen una peor calidad de salud que la población local, debido a un bajo apoyo social y ser víctimas de discriminación (Montoro-Gurich, 2017). Situación similar a la relatada en algunas de las entrevistas, donde es mencionada la existencia de cierto rechazo por parte de algunos profesionales frente a la atención de a pacientes inmigrantes.

La condición migratoria como barrera para los pacientes inmigrantes, junto con los problemas de regularización de documentos que son mencionados en diferentes entrevistas, fueron descritos en la evidencia publicada por Liberona en el año 2015 y por Bernales el año 2017, quienes destacan el hecho de que los documentos ilegales y la Visa de turista representan una barrera a la hora de tener acceso al sistema de salud por parte de los pacientes inmigrantes.

Los profesionales del centro de salud ven como una dificultad el hecho de que exista un déficit de información disponible para inmigrantes, que los ayude a comprender el funcionamiento del sistema de salud chileno, tanto de los centros de atención disponibles como de las prestaciones de estos, para que así aumente su participación y adherencia a la atención y tratamientos. Esto se puede comparar con un estudio realizado en Chile por Bernales el año 2017, donde se exponen barreras que los trabajadores de salud pública experimentan al atender a los pacientes inmigrantes, en el cual se puede mencionar que muchos individuos no están inscritos en el sistema de salud, hay inmigrantes carentes de información sobre el sistema de salud chileno y el enfrentamiento de un mundo culturalmente ajeno y desconocido.

Con respecto a los facilitadores y soluciones para aminorar estas barreras, es en el documento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales donde

se mencionan estrategias que buscan superar las barreras existentes en la atención en salud (Ministerio de Salud, 2018).

Entre las estrategias mencionadas en esta política están los materiales y folletos en idiomas pertinentes, lo cual se asemeja a los facilitadores mencionados por los entrevistados con respecto a los folletos en idioma creole. También se menciona el trabajo con facilitadores lingüísticos, otro aspecto que de igual forma es mencionado en las entrevistas, tanto como un facilitador, como también como una posible solución, haciendo alusión a que un solo facilitador no es suficiente y que se podría contar con más (Ministerio de Salud, 2018).

En el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud se ven claramente evidenciadas las barreras que fueron mencionadas en las entrevistas.

Este modelo demuestra como el contexto político y socioeconómico en el que están inmersas las personas influye proporcionalmente en la equidad en salud que estas poseen. Estos contextos se encargan de definir la distribución de recursos, creación de políticas públicas, entre otras cosas, lo que, tiende a desfavorecer a las personas que poseen una escasez de recursos, como, por lo general, lo son los migrantes (Cabieses et al., 2017).

Las distintas barreras, como diferencias idiomáticas, culturales, contraste entre tipos de atención, desinformación, desconocimiento sobre los derechos, el estigma hacia los inmigrantes y la exclusión etc, son factores de riesgo

predisponentes a que este grupo presente prácticas de riesgo donde se vea perjudicada su salud.

Al ser los inmigrantes un grupo más vulnerable, este modelo demuestra todas las aristas donde se ven afectados, y por ende, es posible visualizar posibles soluciones para reducir esta brecha y que aumente la calidad de vida y de salud de este grupo.

## 9. CONCLUSIONES

Frente a los resultados obtenidos se puede concluir que existen diversas barreras percibidas por el equipo de salud que presta atención a pacientes inmigrantes, siendo el idioma, principalmente en haitianos, la barrera principal debido al conflicto que este genera en el entendimiento e intercambio de información durante el contacto entre profesional - paciente.

De igual forma, fueron identificados facilitadores que permiten que la atención sea más completa entre el personal e inmigrantes, dentro de los cuales destacan el contar con una facilitadora idiomática y con un programa de inmigrantes.

Por último, los participantes mostraron interés en dar posibles soluciones, que, bajo su percepción y criterio, pueden ayudar a disminuir las barreras identificadas en la atención y así permitir una entrega de atención más efectiva.

En atención primaria, el rol de enfermería es de suma importancia, debido a que estos profesionales mantienen un contacto directo y permanente con los pacientes, el cual se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, enfocándose en la promoción de la salud, desarrollo fisiológicos y prevención oportuna de enfermedades, por ende, que exista una buena comunicación y un entendimiento oportuno a la hora de los controles de salud es importante, ya que esto es lo que asegura que los pacientes adhieran a las indicaciones entregadas y se genere un lazo de confianza que les de la seguridad de mantener sus controles de forma regular.

## 10. REFERENCIAS

- Bernales, M., Cabieses, B., Chepo, M., McIntyre, A. (2017). Desafíos en la atención Sanitaria de migrantes internacionales en Chile. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2510.
- Burns, N y Grove, S. (2004). Investigación en Enfermería: Ed Elsevier. Recuperado de: <http://media.axon.es/pdf/89574.pdf>
- Cabieses, B., Bernales, M., McIntyre, A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. Recuperado de: [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)
- Carpenter, D. y Streubert, H. (2011). Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed.
- CENSO. (2017) Recuperado de: <https://www.censo2017.cl/>
- Creswell, J. (2014). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Denzin, K. y Lincoln, S. (2005). The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research: pp. 1-13.

Dirección de estudios AMUCH. (2017). Inmigrantes con permanencia definitiva en las comunas de Chile: ¿Qué nos dicen los datos 2006 – 2016?. Recuperado de:  
<http://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2017/06/ESTUDIO-PERMANENCIA-DEFINITIVA-INMIGRANTES-2006-2016.pdf>

Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación sea ética?: Siete requisitos éticos. Recuperado de:  
[https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/investigacionEnsayosClicnicos/Emanuel\\_Siete\\_Requisitos\\_Eticos.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClicnicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf)

García, J. (2012). Mental health care for Latino Immigrants in the U.S.A and the quest for global health equities: psychosocial intervention, 21(3), 305 – 318. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592012000300007&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592012000300007&script=sci_abstract&tlng=en)

González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Iberoamericana De Educación. N.º 29, pp. 85-103. Recuperado de:  
<file:///C:/Users/panch/Downloads/rie29a04.PDF>

Hernández, S., Padilla, B., Ortiz, A. y Rodríguez, E. (2014). La importancia de la Teoría Fundamentada para la investigación sobre la desigualdad en salud materno-infantil en contextos de diversidad: una aproximación psico sociopolítica. doi: 10.1016/j.psi.2014.07.006

Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, S., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de salud pública, 33(3). Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/223-229/es>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Características de la inmigración internacional en Chile: Censo 2017. Recuperado de <https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/inmigraci%C3%B3n/documento-inmigraci%C3%B3n.pdf?sfvrsn=4>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile: 31 de Diciembre 2018. Recuperado de: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/04/Presentaci%C3%B3n-Extranjeros-Residentes-en-Chile.-31-Diciembre-2018.pdf>

International Organization for Migration: World Migration report (2012). Recuperado de: [http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011\\_English.pdf.5](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.5)

Liberona, N. y Mansilla, M. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. Revista salud colectiva, 13(3). doi: 10.18294/sc.2017.1110

Liberona, N. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. Revista Si Somos Americanos, 15(2), 15-40. doi: 10.4067/S0719-09482015000200002

Ministerio de desarrollo Social. (2015). Inmigrantes: Síntesis de resultados. Recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/casen\\_nmigrantes\\_2015.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/casen_nmigrantes_2015.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Inmigrantes: Síntesis de resultados.

Recuperado de

[http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Inmigrantes\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf)

Ministerio de Salud. (2017). Diagnóstico de población migrante. Recuperado de

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-3-DIAGN%C3%93STICO-DE-POBLACI%C3%93N-MIGRANTE.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Política de Salud de Migrantes Internacionales.

Recuperado de

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

Montoro-Gurich, C. (2018). The impact of socioeconomic factor son the health of the Moroccan Immigrants in Navarra (Spain). *Revista portuguesa de Geografía*, 45(109), 71 – 93. doi: 10.18055/Finis13745

Moreda, E., M., Martínez, E. y Vizcaíno, R. (2017). Comunicación Institucional Intercultural para la Salud: desarrollo durante la primera década del siglo XXI. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 8(1), 54–78. doi: 10.20318/recs.2017.3606

Municipalidad de La Granja. (2017). Cuenta Pública 2017. Recuperado de

<https://www.municipalidadlagranja.cl/wp-content/uploads/2018/04/Cuenta-pública-2017.pdf>

Narvaréz, H. (2012). Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. *Revista Ciencia y Enfermería*. 18(3). 17 – 24. doi: 10.4067/S0717-95532012000300003

Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa 12(3), 263-274. Recuperado de:  
<http://jposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>

Olmos, A. y Martínez, R. (2019). A Comparative Approach of Dealing with Diversity: The Managing of Immigration and Education in Spain and Immigration and Health in Usa. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 28(55), 1–14. doi: 10.20983/noesis.2019.1.1

Organización Mundial de la Salud. (s.f), Subsanan las desigualdades en una generación: ¿Cómo? Recuperado de:  
[https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/closethegap\\_how/es/index1.html](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html)

Organización Mundial de la Salud. (2007). Commission on social determinants of health: A conceptual framework for action on the social determinants of health. Recuperado de  
[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnica de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of morphology* 35(1), 227-232. doi: 10.4067/S0717-95022017000100037

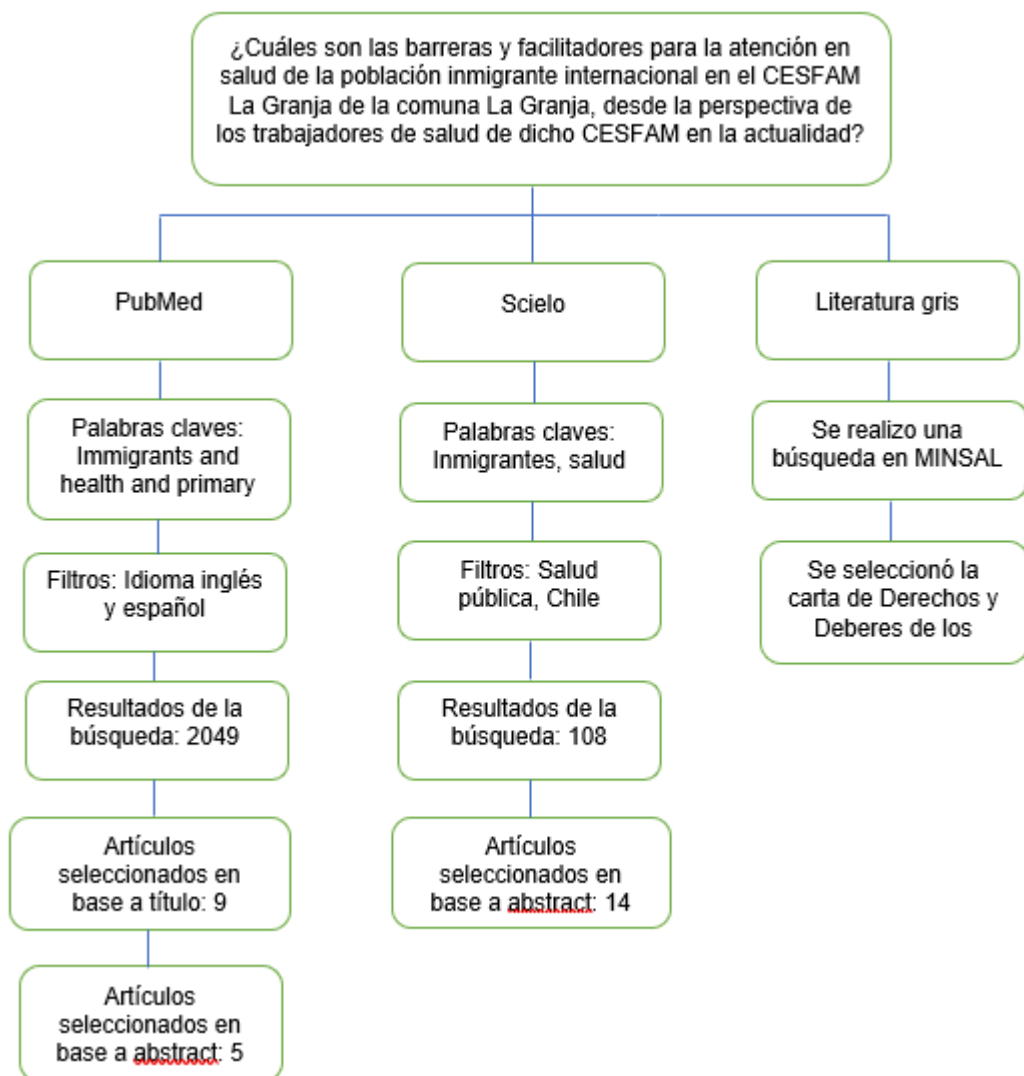
Pedrero, V., y Chepo, M. (2016). Manual para el desarrollo de competencias de investigación en ciencias de la salud (Primera edición), 98-102. Universidad del Desarrollo. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Macarena\\_Chepo/publication/323793366\\_Manual\\_para\\_el\\_desarrollo\\_de\\_competencias\\_de\\_investigacion\\_en\\_ciencias\\_de\\_la\\_salud/links/5ab82163aca2722b97cf989e/Manual-para-el-desarrollo-de-competencias-de-investigacion-en-ciencias-de-la-salud.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Macarena_Chepo/publication/323793366_Manual_para_el_desarrollo_de_competencias_de_investigacion_en_ciencias_de_la_salud/links/5ab82163aca2722b97cf989e/Manual-para-el-desarrollo-de-competencias-de-investigacion-en-ciencias-de-la-salud.pdf)

Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2018). Atención primaria. Recuperado de [http://www.ssmn.cl/atencion\\_primaria.ajax.php](http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php)

## 11. ANEXOS

### 11.1 Anexo 1

#### Flujograma de Búsqueda



## 11.2 Anexo 2

Instrumento de Investigación:

### Entrevista Semiestructurada

<b>Edad</b>		<b>Sexo</b>	
<b>Área de salud</b>		<b>Estado civil</b>	
<b>Profesión</b>		<b>Comuna</b>	
<b>Años de servicio</b>		<b>N° de pacientes inmigrantes que ha visto el último mes</b>	

### **Guion de entrevista**

- 1) ¿Qué población inmigrante es la que más se atiende en este CESFAM?
- 2) ¿Cuáles son las principales razones de consulta de la población inmigrante?
- 3) En el contexto de estar atendiendo a un paciente inmigrante ¿Qué dificultades usted ha percibido o vivenciado al entregarle atención sanitaria a un paciente extranjero, en cuanto al trato bidireccional “trabajador de salud - paciente”?
- 4) ¿Ha observado dificultades administrativas que han hecho más lenta o compleja la entrega de atención sanitaria?
- 5) ¿Qué situaciones o herramientas siente usted que hacen accesible la atención a un paciente inmigrante?

- 6) ¿Qué solución daría usted para facilitar la atención a los pacientes inmigrantes?
- 7) ¿Qué elementos entrega el CESFAM para facilitar, la atención a los pacientes inmigrantes?
- 8) ¿Cómo ha sido el proceso de incorporación y aceptabilidad de los servicios de la población inmigrante al CESFAM?
- 9) ¿El centro de Salud Familiar y Comunitaria donde usted se desempeña, hay programas o políticas específicas que busquen detectar y solucionar problemas presentes en el centro en cuanto a la atención de salud del paciente inmigrante?

## 11.3 Anexo 3

### Consentimiento Informado a participantes



#### **INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO**

**“Barreras y facilitadores del equipo de salud para la atención de la población inmigrante en CESFAM La Granja”**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO - INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES**

##### **Nombre de los Investigadores y Tutor**

Éste será realizado por los alumnos Francisco Alvizú, Javiera Fernández, Antonia Figueroa, Francisca Orellana, Monserrat Yañez, todos estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, bajo la tutoría de Alexandra Obach, Docente en Enfermería CAS-UDD.

##### **Introducción y Objetivo**

La creciente alza de inmigrantes en territorio nacional durante los últimos años ha sido debido a que, durante el transcurso del año 2008, se decretó una política migratoria en la cual, a través del Instructivo No. 9, se declara a nuestro país como un “país de acogida”, lo cual facilita el ingreso de inmigrantes a la nación.

La encuesta CASEN del año 2017 indica que un porcentaje del grupo migrante que se ha atendido en el sistema público de salud ha tenido algún tipo de problema de acceso y/o de atención en los distintos establecimientos debido a las barreras idiomáticas, culturales, entre otras que presentan. Es en relación a esto que surge la problemática para realizar esta investigación, la cual está enfocada principalmente en la atención en salud que se le entrega a estas personas.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es: Identificar cuáles son las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante

internacional en el CESFAM La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

#### **¿Quiénes pueden participar en este estudio?**

En este estudio podrán participar técnicos, administrativos y profesionales con contrato vigente en el CESFAM La Granja que tengan contacto con pacientes inmigrantes.

#### **Procedimientos del estudio**

Si usted está de acuerdo, quisiera invitarlo a participar de manera individual a realizar una entrevista semiestructurada que constará de preguntas abiertas, la cual será grabada. Su participación en este estudio será totalmente voluntaria y no será informada a terceros.

#### **Riesgos y beneficios**

Este proyecto no conlleva riesgos para usted. Su participación en este estudio no conlleva beneficios económicos para usted. Sin embargo, se espera que tanto usted como el CESFAM se beneficien con los resultados de la investigación. Un resumen con los resultados de la investigación será entregado al director del establecimiento con recomendaciones específicas para el desarrollo de estrategias que permitan mejorar la atención de salud de la población inmigrante en el establecimiento. Además, quisiéramos agradecer desde ya su voluntad a participar de este proyecto.

#### **¿Quién diseñó el estudio?**

Este estudio fue diseñado por: Francisco Alvizú, Javiera Fernández, Antonia Figueroa, Francisca Orellana, Monserrat Yañez estudiantes de 5to año de la carrera de enfermería de la Universidad del Desarrollo, bajo la supervisión de Alexandra Obach, docente de la carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo.

#### **Costos para el participante**

Este estudio no tendrá costos para usted, más allá del tiempo destinado a la entrevista.

#### **Participación voluntaria**

Su participación en este estudio será totalmente voluntaria y no será informada a terceros. Cualquier información entregada a usted o a otros acerca de esta actividad, será solo un resumen general. Por consiguiente, su decisión de participar o no, NO afectará de ninguna forma su trabajo dentro del CESFAM.

Usted también podrá retirarse de este estudio, sin ninguna consecuencia negativa asociada; además, podrá retirar cualquier información o dato recolectado de tal forma de que esta información no sea incorporada en los resultados de este estudio.

El período en que podrá retirar dicha información, en caso de que usted desee suspender su participación, corresponderá al periodo de recolección de datos de este estudio, el que se realizará entre los meses de agosto y septiembre 2019.

#### **Confidencialidad**

Cualquier información que se comparta o escriba acerca de este estudio será completamente confidencial. La información no identificará lo emitido por los participantes de este estudio.

Toda la información recolectada será guardada por 5 años, al término del estudio y bajo llave en una oficina de la Universidad del Desarrollo. Sólo el equipo del estudio tendrá acceso a esta información y por un período limitado de tiempo (mientras el estudio está en desarrollo).

#### **Más información**

Investigador responsable (alumnos tesistas): Francisco Alvizú, Javiera Fernández, Antonia Figueroa, Francisca Orellana, Monserrat Yañez.

Aprobación: Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre-Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG).

**A quién puede consultar en caso de duda:**

Javiera Fernández al email [jafernandezp@udd.cl](mailto:jafernandezp@udd.cl) Alumna enfermería UDD, +569 77593941

Francisca Orellana al email [frorellanac@udd.cl](mailto:frorellanac@udd.cl) Alumna enfermería UDD, +569 82065492

Carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, Teléfono: +562 23279110 y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email [avaldesv@udd.cl](mailto:avaldesv@udd.cl)

Estas hojas de información son para que usted las guarde una vez leída.

## **REGISTRO EXPRESIÓN DE VOLUNTAD - CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Reconocimiento del Participante (o su Representante) en la investigación:**

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado “Barreras y facilitadores del equipo de salud para la atención de la población inmigrante en el CESFAM La Granja”
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fecha de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- He sido informado que en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi trabajo ni tampoco mi desempeño laboral.
- Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

\_\_\_\_\_ Acepto participar en este proyecto de investigación.

\_\_\_\_\_ Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Declaración del Investigador:**

**El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.**

**Nombre y firma del investigador que toma CI: \_\_\_\_\_**

**Firma del investigador: \_\_\_\_\_**

**Fecha de la firma: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Autoridad institucional que autoriza:**

\_\_\_\_\_

## 11.4 Anexo 4

### Acta de aprobación comité de ética

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLINICA ALEMANA  
CENTRO DE BIOETICA  
COMITE DE ETICA CIENTIFICO DE PRE GRADO

#### ACTA DE APROBACION

PG\_24-2019

Santiago, 31 de Julio de 2019

Autores responsables: Francisco Alvizú, Javiera Fernández, Antonia Figueroa, Francisca Orellana y Monserrat Yañez

Tutora: Alexandra Obach

Institución: **Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana  
Universidad del Desarrollo.**

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996:

- 1) Proyecto de Investigación: **"Barreras y facilitadores percibidos por el equipo de salud para la atención de salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja"**.
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutora
- 3) Compromiso del Tutor y colaborador directo de la investigación.
- 4) Consentimiento Informado
- 5) Material que se utilizará como por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

- Justificación Social: la investigación pretende aportar al conocimiento identificando las barreras existentes al momento de atender a un paciente migrante que puede o no dificultar el proceso de atención así como aquellos aspectos facilitadores que le permitan al personal entregar una atención más efectiva y completa, teniendo en consideración la población migrante que acude a los centros de salud.
- Evaluación riesgo/beneficio: no representa riesgos y su aporte implica beneficios potenciales para la institución y usuarios internos y externos.



- Existe protección a los participantes en cuanto a:
  - a. Población vulnerable.
  - b. Libertad para participar.
  - c. Confidencialidad.
  - d. Cobertura de costos del estudio.
  - e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al investigador que debe:

- Utilizar el formulario de consentimiento informado con timbre y fecha de aprobación del comité.
- Reportar los eventos adversos serios en un plazo inferior a 48 horas de ocurrido.
- Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.



Sra. Alejandra Valdés V.  
 Presidenta  
 Comité de Ética Científico de Pre Grado  
 Facultad de Medicina Clínica Alemana  
 Universidad del Desarrollo

**Integrantes del CEC Pre Grado:**

- Sr. Ricardo Castillo
- Dr. Sebastián Godoy
- Sra. Fabiola Marín
- Sra. Bárbara Muñoz
- Sra. Daiana Quintiliano
- Sra. Alejandra Valdés



## 11.5 Anexo 5

### Carta de Prefactibilidad para CESFAM

FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO



Facultad de Medicina  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

**CENTRO DE BIOÉTICA  
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO  
PRE GRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PRE GRADO**

**Título de Proyecto: "Barreras y facilitadores del equipo de salud para la atención de la población inmigrante en el CESFAM La Granja".**

**Fecha Planificada de Inicio de Proyecto: ...../...../.....**

**Carrera: Enfermería      Asignatura: Diseño de proyecto de investigación.**

**Tutor: Alexandra Obach King      E-Mail: aobach@udd.cl**

**Autores: Francisco Alvizú, Javiera Fernández, Antonia Figueroa, Francisca Orellana, Monserrat Yañez.**

**Lugar de Ejecución del Proyecto: CESFAM La Granja.**

**Autoridad que pre - aprueba el desarrollo del proyecto en campo clínico  
u otro:**

(Adjuntar carta de autorización en caso que corresponda)

**Nombre:**  .....

**Cargo:**  ..... **Fecha: 26/04/2019**

**Firma:**  .....

**Datos de Contacto (alumno responsable del proyecto)**

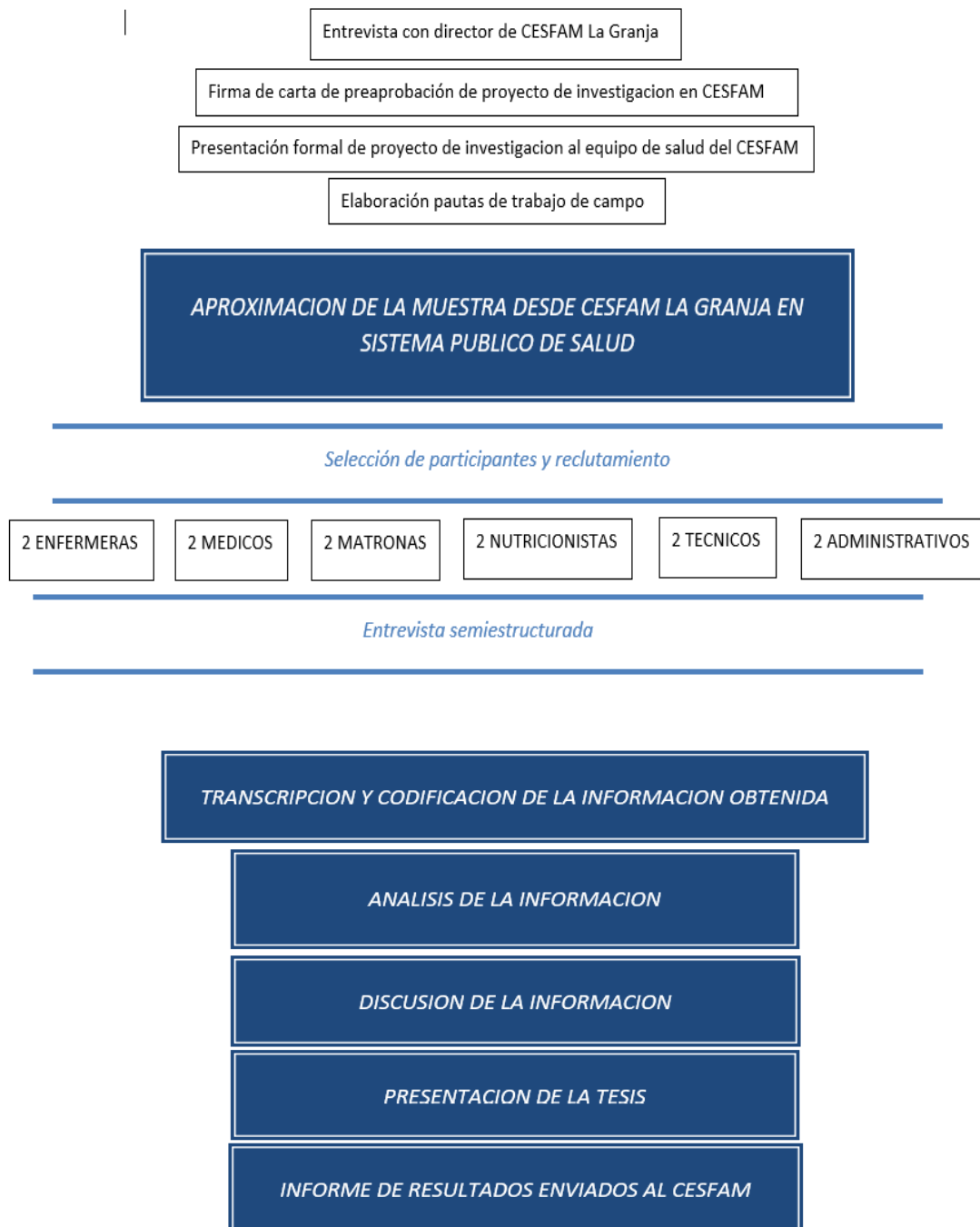
**Nombre: Francisca Tamara Orellana Cabrera**

**E-Mail: froellanac@udd.cl      Teléfono: +56 9 8206 5492**

Comité de Ética Científico de Pre-Grado (CEC - PG)  
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo - Marzo de 2019

## 11.6 Anexo 6

### Plan de Trabajo Flujograma



Plan de Trabajo

Tabla

Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Trabajo en diseño de proyecto	█	█	█	█	█	█	█	█																																
Solicitud y firma de Pre-aprobación de proyecto en CESFAM								█																																
Envío de proyecto al Comité de Ética									█																															
Coordinación con CESFAM para recolección de datos																	█	█																						
Realización de entrevistas																					█	█																		
Transcripción de entrevistas																									█	█	█	█												
Análisis de entrevistas																													█	█	█	█								
Conclusión de entrevistas																													█	█	█	█								
Orden de informe con resultados obtenidos																																	█	█	█	█				
Entrega de resultados obtenidos al CESFAM La Granja																																				█				

## 11.7 Anexo 7

Tabla Resumen de Artículos Seleccionados

<b>Título</b>	Comunicación Institucional Intercultural para la Salud: desarrollo durante la primera década del siglo XXI.
<b>Abstract</b>	Analiza la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud como objeto de estudio a partir de las campañas y materiales informativos y divulgativos (cartelería, dípticos y folletos) realizados por las Administraciones Públicas españolas y dirigidos a la población inmigrante durante la primera década del siglo XXI.
<b>Año</b>	2017
<b>Revista</b>	Revista Española de Comunicación En Salud.
<b>Objetivos</b>	Describir el origen, desarrollo y características de la Comunicación Institucional Intercultural para la Salud.
<b>Diseño</b>	Análisis de contenido.
<b>Tamaño de muestra</b>	No aplica.
<b>Resultados</b>	La Comunicación Institucional Intercultural para la Salud es una línea de investigación hasta ahora poco desarrollada en España, entre otras razones porque la Administración Pública española no ha intervenido como actor en el proceso comunicativo intercultural hasta el inicio del presente siglo.

<b>Título</b>	Interculturalidad en Salud: competencias en prácticas de salud con población indígena.
<b>Abstract</b>	En este artículo se discute sobre la manera en que los servicios de salud que se encuentran en territorios con

	pueblos indígenas se adecúan a la diversidad cultural de estos, abordando las dificultades que se presentan a la hora de ejercer la atención en salud.
<b>Año</b>	2012
<b>Revista</b>	Ciencia y Enfermería. Volumen 18.
<b>Objetivos</b>	Determinar la manera en que los servicios de salud en territorio con alta población indígena se desenvuelven y logran entregar la atención en salud a pesar de las dificultades y diferencias interculturales.
<b>Diseño</b>	Investigación participativa.
<b>Tamaño de muestra</b>	No Aplica.
<b>Resultados</b>	En Chile existe una escasa identificación de factores que influyen en la salud intercultural. Se debe asegurar una implementación de acciones al interior de las comunidades con la finalidad de prevenir posibles problemas en la atención en salud. Debe existir una capacitación interdisciplinaria con respecto a las dificultades presentes en la entrega de salud intercultural.

<b>Título</b>	Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno.
<b>Abstract</b>	Se presentan los distintos tipos de relaciones que se observaron en el sistema público de salud chileno, en el marco de una investigación basada en el impacto del fenómeno migratorio en este espacio.
<b>Año</b>	2015
<b>Revista</b>	Si somos Americanos.

<b>Objetivos</b>	Comprender, en el contexto chileno, cómo se construyen las fronteras sociales y se establecen las relaciones de poder.
<b>Diseño</b>	Investigación de tesis doctoral.
<b>Tamaño de muestra</b>	No Aplica.
<b>Resultados</b>	Se destaca el poder que ejercen los funcionarios y profesionales de la salud sobre los pacientes inmigrantes. También, se evidencia el recurso de un contrapoder por parte de estos pacientes, que es asociado a los conceptos de "hegemonía" de Gramsci y de "agencia" usados por Arent y Sen. Y, finalmente, las relaciones de complicidad que se establecen entre miembros de ambos grupos, donde se expresa lo que podríamos llamar una "solidaridad de clase".

<b>Título</b>	Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.
<b>Abstract</b>	Se realiza una revisión sistemática cualitativa de literatura publicada durante el período 2000–2010. Con esto se identificaron barreras y facilitadores mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud.
<b>Año</b>	2013
<b>Revista</b>	Revista panamericana de Salud Pública.
<b>Objetivos</b>	Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.

<b>Diseño</b>	Revisión sistemática cualitativa de literatura.
<b>Tamaño de muestra</b>	Se seleccionaron 19 de 1 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris.
<b>Resultados</b>	La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente.

<b>Título</b>	La importancia de la Teoría Fundamentada para la investigación sobre la desigualdad en salud materno-infantil en contextos de diversidad: una aproximación psico sociopolítica.
<b>Abstract</b>	Investigación donde se analizan las necesidades percibidas por mujeres en edad reproductiva que son usuarias de atención en salud primaria que se encuentran en un contexto de diversidad asociada a inmigración en Lisboa.
<b>Año</b>	2014
<b>Revista</b>	Psychosocial Intervention. Volumen 23.
<b>Objetivos</b>	Identificar las principales necesidades de este grupo de estudio. relacionadas con la situación de desventajas que presenten.
<b>Diseño</b>	Investigación cualitativa con un diseño de Teoría fundamentada.
<b>Tamaño de muestra</b>	125 entrevistas a mujeres autóctonas e inmigrantes de Lisboa.

<b>Resultados</b>	Las necesidades identificadas se relacionan con las desventajas a nivel socioeconómico que presenta el grupo estudiado, junto con factores que influyen en el acceso a salud, los tiempos de espera y los altos costos de esta.
-------------------	---

<b>Título</b>	Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile.
<b>Abstract</b>	Se realizó un en ocho comunas de Chile, en donde se reclutó a 101 TSP y autoridades locales. En donde las necesidades percibidas por TSP son: estabilidad y claridad en las normativas vigentes en relación a acceso y prestación de servicios, capacitación en normativas y la manera concreta en la que estas deben operar, y sensibilización en competencia cultural.
<b>Año</b>	2017
<b>Revista</b>	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
<b>Objetivos</b>	Indagar en las percepciones de los trabajadores de salud primaria (TSP) sobre los desafíos de atención de salud para población migrante.
<b>Diseño</b>	Estudio cualitativo de caso múltiple.
<b>Tamaño de muestra</b>	Técnica de bola de nieve se reclutó a 101 TSP y autoridades locales.
<b>Resultados</b>	Los hallazgos ponen en discusión los nuevos desafíos en salud que enfrenta Chile frente a la creciente población migrante. Las necesidades percibidas por TSP son: estabilidad y claridad en las normativas vigentes en relación con acceso y prestación de servicios, capacitación en normativas y la manera concreta en la que estas deben operar, y sensibilización en competencia cultural.

<b>Título</b>	Un enfoque comparativo de cómo lidiar con la diversidad: la gestión de la inmigración y la educación en España y la inmigración y la salud en los Estados Unidos.
<b>Abstract</b>	El artículo muestra cómo se realiza la gestión de la diversidad cultural y cómo se produce la construcción de la diferencia en dos contextos diferentes, España y Estados Unidos; en dos áreas de intervención distintas, educación y salud.
<b>Año</b>	2019
<b>Revista</b>	Noesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, vol. 28, no. 55, 2019.
<b>Objetivos</b>	Mostrar cómo los diferentes modelos “interculturales” autodefinidos para la gestión de la diversidad cultural pueden estar construyendo fronteras etnoculturales que creen desigualdad y Diferencias entre grupos.
<b>Diseño</b>	Investigación cualitativa, estudio de análisis descriptivo.
<b>Tamaño de muestra</b>	Seleccionaron dos casos, uno de contexto español y otro de Estados Unidos.
<b>Resultados</b>	El análisis comparativo ofrecido en ambos contextos evidencia que las políticas públicas observadas en los distintos contextos tienen una dinámica común en la gestión de la diversidad cultural, que construye fronteras etnoculturales y crean diferencias y desigualdades entre grupos locales e inmigrantes.

<b>Título</b>	Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile.
---------------	---

<b>Abstract</b>	Chile se ha ido convirtiendo en un país de destino para las migraciones sudamericanas, las cuales generan un impacto en los servicios públicos, en particular en salud, a nivel económico, social y cultural. El objetivo de este artículo es aportar información documentada sobre los problemas de acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados desde una metodología cualitativa.
<b>Año</b>	2017
<b>Revista</b>	Salud Colectiva.
<b>Objetivos</b>	Aportar información documentada sobre los problemas de acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados.
<b>Diseño</b>	Metodología cualitativa, basada principalmente en una etnografía.
<b>Tamaño de muestra</b>	La entrevista se realizó a 19 funcionarios, la cantidad de entrevistados fue determinada por la saturación de la información recopilada; es decir, hasta no encontrar datos nuevos.
<b>Resultados</b>	<p>Incumplimiento de la normativa y el ejercicio del criterio personal discrecional como barreras en el acceso.</p> <p>Las dificultades que tienen los inmigrantes indocumentados para acceder a la atención médica en Chile se ven afectadas por la percepción de los funcionarios de salud, quienes, al elaborar su propio sistema de representaciones, los ven como una carga para el sistema, y no como parte legítima de la comunidad de usuarios.</p>
<b>Título</b>	Mental health care for Latino immigrants in the U.S.A. and the quest for global health equities.

<b>Abstract</b>	Este artículo analiza la relación entre los inmigrantes latinos y la sociedad de acogida en los EE.UU, la contención de costes sanitarios y desigualdades de poder entre los inmigrantes y su sociedad de acogida.
<b>Año</b>	2012
<b>Revista</b>	Psychosocial Intervention.
<b>Objetivos</b>	Contextualizar la situación actual de inmigrantes a nivel internacional en cuanto a cantidad.
<b>Diseño</b>	Revisión sistemática con enfoque en ecosistemas.
<b>Tamaño de muestra</b>	No Aplica.
<b>Resultados</b>	Existen contextos sociopolíticos en donde el énfasis en la equidad en salud en la justicia social y los derechos humanos no tienen el peso suficiente el cual deberían poseer. Se debe dar énfasis en promover la salud mental de los inmigrantes a través de la salud pública y los servicios de salud mental, dando como énfasis la entrega del mejor cuidado posible a la población vulnerable.

<b>Título</b>	The Impact of Socio-Economic Factors on the Health of the Moroccan Immigrants in Navarra (Spain).
<b>Abstract</b>	Este informe analiza los determinantes sociales, sociodemográficos y de estilo de vida que afectan en la autopercepción de salud de los inmigrantes de origen marroquí residentes en la región española de Navarra empleando información de una encuesta transversal etnográfica desarrollada en 2013.
<b>Año</b>	2018
<b>Revista</b>	Revista Portuguesa de Geografía.

<b>Objetivos</b>	Analizar los determinantes sociales, sociodemográficos y de estilo de vida que afectan en la autopercepción de salud de los inmigrantes de origen marroquí.
<b>Diseño</b>	Diseño cualitativo, basado principalmente en etnografía.
<b>Tamaño de muestra</b>	Se entrevistó a 209 personas, 177 hombres y 32 mujeres.
<b>Resultados</b>	Las mujeres tienen una variación del estado de salud mejor que los hombres, probablemente porque éstos tienen un perfil etario más elevado y llevan más años viviendo en España. Tener un empleo remunerado es el factor significativo y positivo más importante para la salud entre las mujeres.

## 11.8 Anexo 8

### Autoevaluación del Grupo: Cambios y Modificaciones

Cambios y modificaciones al protocolo que tuvieron lugar a lo largo del curso.

l). Cambios en el título: A medida que fue avanzando el protocolo hubo distintos cambios en el título que lo representa, ya que se fueron agregando aspectos y quitando otros. Primero que todo, se considera que las barreras que enfrenta el equipo de salud son barreras percibidas por cada profesional, por lo que se agrega este concepto al título. En segundo lugar, se cambia el concepto "migrante" por "inmigrante", ya que, de esta forma queda más claro que se habla de migrantes internacionales y no de un migrante general de otro país. En tercer lugar, se agregan también el concepto de facilitador, ya que se considera importante medir tanto las barreras percibidas como los facilitadores en la atención a esta población inmigrante. Y finalmente, a medida que fue cambiando el título se fueron agregando y quitando conceptos que aparecen en la pregunta de investigación, con el fin de que quedará lo más conciso y comprensible posible para el lector.

- Primer título: "Barreras que enfrenta el equipo de salud en la atención primaria a la población migrante en el CESFAM La Granja".
- Segundo título: " Barreras percibidas por el equipo de salud en la atención primaria a la población migrante internacional en el CESFAM La Granja en la actualidad".
- Tercer título: " Barreras y facilitadores percibidos por el equipo de salud en la atención primaria a la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja en la comuna de la Granja en la actualidad".

- Título final: “ Barreras y facilitadores percibidos por el equipo de salud en la atención a la población inmigrante en el CESFAM La Granja”.

II). Cambios en la pregunta de investigación: Mediante se fue planteando la pregunta de investigación, base desde la cual se crea el protocolo, se fueron agregando conceptos a medida que se definía de mejor manera lo que se buscaba investigar. En primer lugar, se decide que las barreras y facilitadores a investigar serán considerados desde el punto de vista y percepción de los trabajadores del equipo de salud, secundario a esto se define el lugar a investigar, el cuál corresponde a un centro de atención primaria de la comuna de La Granja y finalmente se define el tiempo en el cual se llevaría a cabo el estudio, el cual se decidió que fuera en el presente.

- Primera pregunta: ¿Cuáles son las barreras para la atención en salud de la población inmigrante internacional en un CESFAM de la comuna La Granja, desde los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?
- Segunda pregunta: ¿Cuáles son las barreras para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?
- Pregunta final: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad?

III). Cambios en objetivo general: Al iniciar el protocolo, hubo distintos cambios en el objetivo general hasta llegar al que abarca completamente lo que se quiere lograr con el proyecto. Primero, se agrega que lo que se quiere conocer es la

perspectiva de los trabajadores de salud, luego se considera que además de las barreras se quieren conocer facilitadores y finalmente se agrega la ubicación del centro de salud donde se realizará el proyecto.

- Primer objetivo general: Identificar las barreras para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja, desde los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.
- Segundo objetivo general: Identificar las barreras para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.
- Tercer objetivo general: Identificar las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.
- Objetivo general definitivo: Identificar las barreras y facilitadores para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad.

IV). Cambios en los objetivos específicos: Los cambios realizados en los objetivos específicos de la investigación fueron principalmente relacionados con los verbos utilizados, ya que, en un comienzo, estos verbos no se relacionaban bien con lo que se buscaba de la investigación, por lo cual se fueron cambiando hasta llegar a los definitivos.

Los cambios fueron los siguientes:

- Objetivo específico 1: se cambia el verbo *explicar* por el verbo *explorar* ya que es lo que realmente se quiere lograr. Finalmente

queda "Explorar las barreras que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad".

- Objetivo específico 2: se cambia el verbo *investigar* por el verbo *Indagar*. Finalmente queda: "Indagar sobre los facilitadores que existen para la atención en salud de la población inmigrante internacional en el CESFAM La Granja de la comuna La Granja, desde la perspectiva de los trabajadores de salud de dicho CESFAM en la actualidad".
- Objetivo específico 3: se cambia el verbo *conocer* por el verbo *identificar*. Finalmente queda: "Identificar posibles soluciones para una atención más efectiva por parte del personal de salud del CESFAM La Granja de la comuna La Granja, hacia los usuarios inmigrantes de dicho CESFAM".

V). Cambios en el marco teórico: El marco teórico fue cambiando continuamente a lo largo del desarrollo del informe, debido a que cada vez se fue agregando mayor bibliografía y evidencia atinente al tema de estudio. Primero se comienza a definir el movimiento de migración, se contextualiza en un marco teórico completo y luego al ir revisando la evidencia recolectada se fueron agregando datos y cifras internacionales y nacionales para justificar la importancia y validez del proyecto.

Dentro de las fortalezas del trabajo como equipo se pudo apreciar que se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos trabajando en conjunto y fue de gran facilidad aceptar las ideas y opiniones de cada integrante y complementarlas entre sí, debido a que las ideas entre los participantes eran concordantes y con contenidos similares.

Como debilidades cabe destacar la falta de organización para la distribución del tiempo, ya que, hubo en algunas ocasiones dificultades para coincidir en reuniones, debido a la diferencia de horarios entre los integrantes.

Finalmente, dentro de los aspectos a mejorar, queda pendiente lograr una mejor organización como equipo, ya que es fundamental para lograr los objetivos propuestos de manera eficaz y oportuna, para así generar un mejor ambiente de trabajo y seguir cumpliendo los objetivos propuestos en los plazos predeterminados.