

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

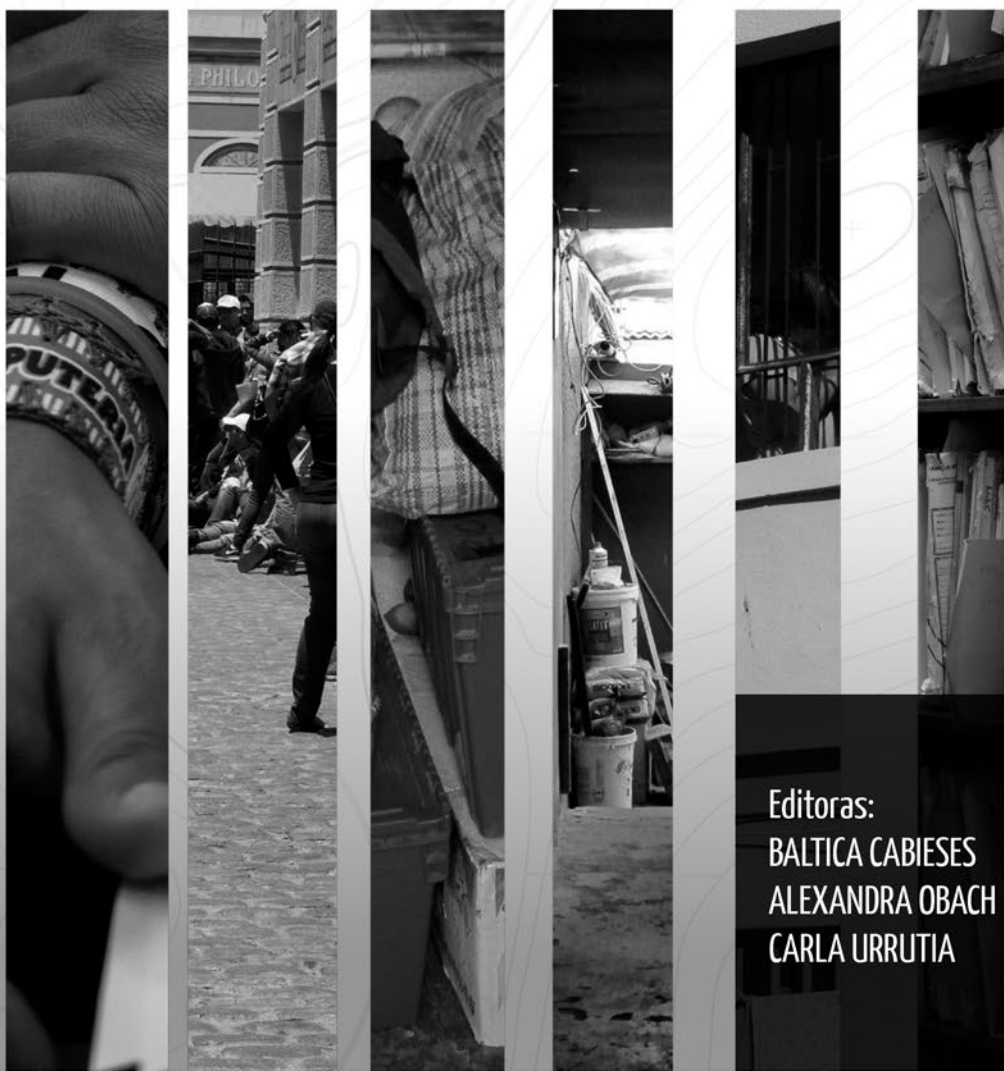
Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales



Editoras:
BALTICA CABIESES
ALEXANDRA OBACH
CARLA URRUTIA

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales



Editoras:
BALTICA CABIESES
ALEXANDRA OBACH
CARLA URRUTIA

Programa de Estudios Sociales en Salud

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM)

Facultad de Medicina Clínica Alemana

Universidad del Desarrollo

Se autoriza la reproducción de la información aquí contenida siempre que se cite esta publicación como fuente.
El uso de las imágenes requiere autorización de sus propietarios.

© 2021. Universidad del Desarrollo.

Protegido por derechos de autor

Impreso en Chile / Printed in Chile

ISBN versión digital: 978-956-374-055-4

ISBN versión impresa: 978-956-374-054-7

Fuentes de financiamiento:

Este libro fue financiado por medio de:

Proyecto de investigación FONIS SA19I0066 ANID, Chile.

Con el apoyo de la:

Dirección Nacional de Enfermería, Ministerio de Salud, Chile.

PRÓLOGO 1

James Alan Trostle
PhD MPH Profesor Distinguido de Antropología, Trinity College,
Hartford CT, EE. UU.

Interculturalidad en Salud: Teorías y Experiencias para Poblaciones Migrantes Internacionales

Manejando por el norte de Ecuador en el año 2019, desde Ibarra a Quito, pasando por un territorio despoblado, vi por el parabrisas del auto en que viajábamos a varios grupos de personas caminando lentamente al lado de la carretera. Estos grupos estaban compuestos por personas de diferentes edades y géneros, vestidos con ropa sencilla, portando mochilas, y solo en pocos casos con maletas. Mis compañeros ecuatorianos con quienes viajaba me contaron que se trataba de venezolanos que no tenían el dinero suficiente para tomar un transporte público. Eran todos ellos personas transitando por un espacio intermedio, liminal en el sentido de Victor Turner (1), entre territorios, identidades, redes, trabajos, residencias y comunidades, en camino a otra ciudad, país y futuro. La integración, o asimilación, o discriminación contra estas poblaciones móviles, quienes posiblemente se convertirán en migrantes permanentes, es un desafío clave para los gobiernos y ciudadanos de los países receptores, quienes viven, además, presiones históricas relacionadas con el reconocimiento y negociación con sus pueblos originarios. Los estados de salud de estos grupos, y sus interacciones con los servicios de salud, forman parte de estos desafíos.

En este contexto, el presente libro es muy oportuno. Esto, ya que, en la actualidad, la crisis global y regional de la migración humana se ha visto amplificada por la crisis global y regional de la transmisión del virus SARS-CoV-2, el cual está contagiando a diversos grupos humanos en formas alarmantemente desiguales. En este escenario, tanto los gobiernos como los sistemas de salud están aprendiendo que, cuando las personas se movilizan, junto con ellas se mueven sus ideas sobre salud, enfermedad, y formas de cuidarse. Y mientras se movilizan los cuerpos humanos, también se trasladan sus agentes patógenos y sus microbiomas. Esta multiplicidad de ideas, comportamientos, agentes patógenos, y microbiomas hace que necesitemos ajustar, o transformar, nuestras formas de comprender y prestar atención a esta complejidad. La pandemia de COVID-19 ha revelado el hecho de que los cuerpos humanos y, también, muchos organismos infecciosos y comensales, están entrelazados en una red de relaciones humanas, y que estas relaciones condicionan y determinan los entornos, recursos, y resultados, los que son relevantes en lo relativo a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Los perpetuos conflictos económicos y políticos, y los cambios contemporáneos relacionados a la ecología y el clima, están causando grandes transformaciones en las estructuras de las sociedades y la ubicación espacial de los seres humanos. Para el año 2019 había 272 millones de migrantes internacionales a nivel mundial(2), generando importantes retos para la salud global (3). La migración relacionada al cambio climático es un factor creciente: de acuerdo a las proyecciones del Banco Mundial, en el peor escenario, para el año 2050 habrá 143 millones más de migrantes internos, desplazamientos que serán ocasionados por este factor ambiental

(4). Por otra parte, las relaciones interculturales no se reducen exclusivamente al vínculo entre pueblos originarios y colonos, sino también entre ciudadanos chilenos y nuevos ciudadanos que residen en Chile, quienes han viajado desde países como Bolivia, Haití o Cuba. Tal como lo demuestra el presente libro, lo intercultural en la actualidad tiene facetas no solamente culturales, sino también de clase, origen urbano-rural, nacionalidad, formas de desplazamientos, entre otras.

Este libro nos ofrece cuidadosas revisiones de la literatura, conclusiones claras, y recomendaciones explícitas sobre las migraciones internacionales en Chile en la actualidad. Los y las autores enfatizan, definen, y reconocen dinanismos en las categorías sociales (como etnia, raza, identidad, cultura, asimilación, y muchas otras) más usadas en las discusiones y debates sobre la salud intercultural. Las tres secciones del libro (Propuestas Teóricas, Evidencia Científica y Gris, y Experiencias y Aprendizajes) facilitan comparaciones entre autores, conceptos, y estrategias de intervención. Los autores revelan herramientas útiles para empujar lo que se denomina “diálogos entre epistemologías” para integrar perspectivas locales de las migraciones con las de los servicios de salud. En los diversos capítulos se reconoce la importancia de lo histórico en lo contemporáneo, o sea, como los conflictos y cambios precedentes puedan condicionar posibles caminos (estrategias y políticas) en la actualidad. Junto con esto, los capítulos presentan retratos detallados de estudios e intervenciones que enfatizan la importancia de un enfoque de salud intercultural al abordar a poblaciones migrantes internacionales.

No es fácil abarcar todas las complejidades propias de los grupos sociales de migrantes internacionales, donde variables como cultura, nacionalidad, religión, edad, género, o ideas sobre lo que es la salud y la enfermedad se interseccionan de manera permanente. ¿Son estas variables mundos apartes y mutuamente inconcebibles, o es posible que, con el poder de la imaginación, sean abordables y posibles de incorporar en las sociedades receptoras? El concepto de interculturalidad lo hace posible. En el Capítulo 1 del libro este concepto es definido de diversas maneras, incluyendo aquella que la describe como *“el modo de acción en el que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder, de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.”* Esta definición corresponde a una postura bastante optimista, pero factible si se reconoce que los desafíos en estos “modos de acción” deben ser acordes con la escala de su implementación. Así, por ejemplo, en el trabajo clínico la interculturalidad con población migrante internacional se puede implementar a través del establecimiento de una relación íntima entre usuarios y personal de salud, mediante interacciones personales donde la interculturalidad en salud puede manifestarse a través de elementos tales como la inflexión de voz, manipulación del cuerpo, uso de palabras, y nivel de afecto entre las personas involucradas. Pero el trabajo clínico también puede ser aséptico y burocrático, y la interculturalidad en salud se puede manifestar mediante el manejo de documentos, cobertura de seguros, disponibilidad de servicios, y existencia de legislaciones que aseguren a las personas migrantes el acceso al sistema de salud. Así, el poder de la interculturalidad en salud puede ser evaluado en diferentes niveles, ya sea a través de las relaciones que se establecen entre usuarios y personal de salud, políticas de salud, condiciones de salud, y/o números de personas tratadas en el sistema de salud.

Los desafíos de una interculturalidad orientada hacia migrantes internacionales son múltiples, y este libro abarca muchos de ellos, desde los aspectos teóricos hasta los aplicados. Analiza programas para el abordaje intercultural de migrantes internacionales recién llegados a Chile; los desafíos de las vulnerabilidades sociales que enfrentan estas poblaciones; problemáticas de salud mental y de salud sexual y reproductiva; y, además, explora la relevancia del enfoque intercultural dentro de la medicina social y la salud global. La llegada de estos “otros” a Chile, representados por población migrante internacional, es un momento oportuno en dos sentidos: para visibilizar las brechas entre grupos en la sociedad actual; y para visualizar formas novedosas de reconocer, resolver, o prevenir estas brechas en el futuro.

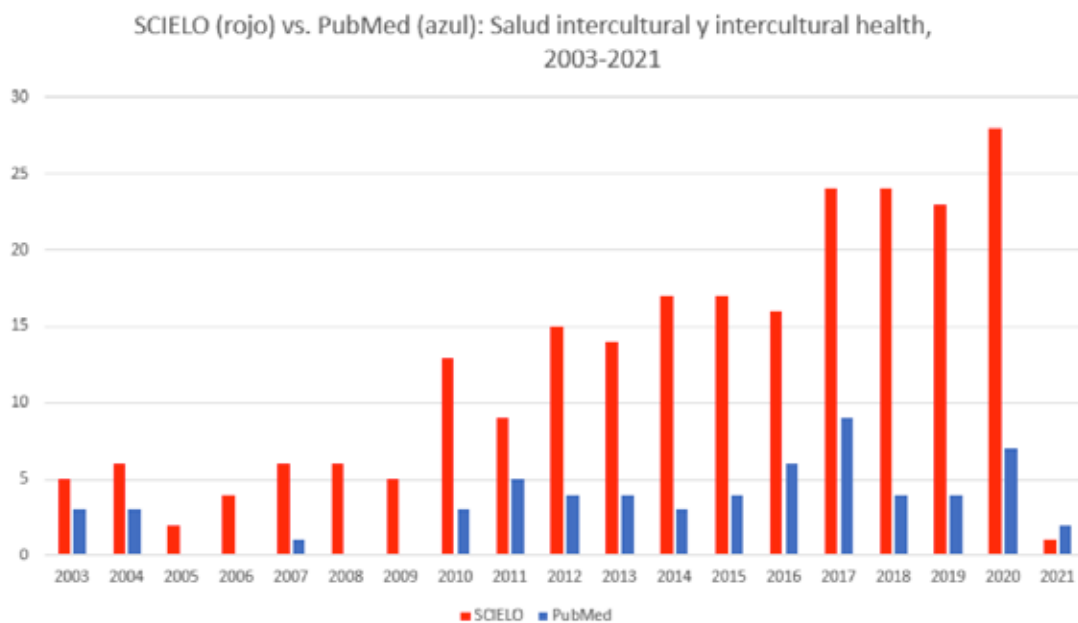
Las revisiones de la literatura que se presentan en este libro abren las puertas para comparar las conversaciones académicas sobre cultura y salud en distintas regiones, y yo, desde una perspectiva estadounidense, veo diferencias notorias entre las referencias indexadas para académicos inglés parlantes comparado con los hispanoparlantes. Esas diferencias no son solo atribuibles al idioma, aunque este factor, sin dudas, tiene incidencia. Pero además de esto, las principales diferencias se vinculan con las historias locales de las distintas áreas geográficas, porque estas son sumamente importantes en el desarrollo de conceptos y teorías. La presencia y poder de pueblos originarios; las políticas nacionales de asimilación versus coexistencia o discriminación contra grupos

minoritarios; las historias de migración pasada; el poder de comunidades locales de científicos sociales o clínicos; todas estas son condiciones que también influyen en el desarrollo de conocimientos locales.

En la medida que la “salud intercultural” en América Latina asuma o busque un relativo equilibrio de poder entre diversos grupos de interés, comienza a diferir de la forma en que se ha desarrollado el movimiento dominante de la “competencia cultural en salud” en los Estados Unidos y otros países. Debo recalcar que la capacitación en competencia cultural en salud es una verdadera industria en algunos países ingles parlantes, con consultores, talleres, y materiales relativos a esta temática (5)cultural competence, cultural safety, cultural humility, cultural intelligence. Este movimiento y literatura están dirigidas principalmente a profesionales de salud, y tiene por objetivo mejorar la calidad y eficacia de los intercambios personales del personal de salud con sus pacientes. La interculturalidad en salud en América Latina por su parte, enfatiza -como lo indica la definición antes citada - “en personas, grupos e instituciones... en un contexto compartido.”

Para comparar más cuidadosamente la literatura latinoamericana con la literatura mayormente norteamericana referida a estos temas, se pueden contar las referencias a estos conceptos en las revistas en español y portugués cubierta por SCielo.org (operado por FAPESP, CNPq, y BIREME/OPS) y en las revistas mayormente en inglés indexada por PubMed.gov (operado por los institutos nacionales de salud de las EE. UU.). En SCielo, hay artículos indexados bajo el tópico de “salud intercultural” desde 2003, y han aumentado en una forma lineal desde esa fecha en adelante (Figura 1, datos en rojo). Por su parte, el tópico de “intercultural health” en inglés aún no se puede encontrar dentro de los “Medical Subject Headings” (MeSH) de PubMed y, dada esta situación, es más difícil de separar, indexar, y encontrar. Por lo mismo, es relativamente poco usada en PubMed, comparada con su presencia en SCIELO, donde muestra alzas y bajas desde su primera cita en 2003 (Figura 1, datos en azul).

Figura 1



En contraste, la “competencia cultural” (“cultural competency”) apareció en inglés como un concepto en artículos en PubMed a principios de la década de 1990 y estos han ido en aumento de manera constante hasta la actualidad. Es aún más visible en la literatura reciente ya que comenzó a ser un tema formal en PubMed en 2008. Entre 2008 hasta mayo de 2021 había 3.349 publicaciones indexadas en PubMed bajo esta categoría temática (“cultural competency” [MeSH Major Topic]). En resumen, usando PubMed para explorar la literatura académica sobre salud y cultura, es mucho más fácil encontrar publicaciones sobre la competencia cultural comparado con la interculturalidad; y usando SCielo para explorar esa misma literatura es más fácil encontrar publicaciones sobre la interculturalidad en salud que la competencia cultural.

Esta separación entre uso de estos conceptos también puede ser explorado y visualizado geográficamente con el uso de Google

búsqueda para estos conceptos. Usando el servicio de “Google Trends” (<https://trends.google.com>) se puede comparar por nación o tiempo el nivel de interés en cualquier palabra buscada con Google, sin ser limitada a referencias académicas en revistas científicas. Generando una búsqueda en Google Trends con los cuatro conceptos clave (“salud intercultural,” “intercultural health”, “cultural competence,” y “competencia cultural”), y sumando las búsquedas globales desde 2004 a mayo de 2021, se puede observar que el interés en la frase exacta “cultural competence” es siempre más visible en Canadá, EE. UU., Inglaterra, Nueva Zelanda, y Australia. A su vez, el interés en “salud intercultural” siempre es más visible en Perú, México, Ecuador y Chile (Figura 2). No se observa tanto interés en la frase en español “competencia cultural” en Norteamérica, aunque esto fue buscado en España; y no se observa tanto interés en la frase inglés “intercultural health” en América Latina. Cabe destacar que, al parecer, estas separaciones están divididas a su vez por idioma, nacionalidad, y región.

Figura 2



Como demuestran algunos autores en este libro, y algunas de las referencias citadas, últimamente la competencia cultural ha sido criticada en Norteamérica por dar por sentado el poder clínico, e ignorar la necesidad de enseñar a los pacientes sobre las culturas clínicas de la misma manera que enseña a los médicos sobre las culturas de los pacientes (6–8). Hay un encuadre alternativo de las relaciones médico-paciente desarrollándose en Norteamérica, basado en la idea de estructuras sociales y poder más que en el conocimiento cultural y las prácticas étnicas, pero esto no parece haberse afianzado tanto entre las comunidades académicas y científicas latinoamericanas. Pueda ser por la importancia del movimiento de la medicina social en la región, la cual incluye gran parte de este énfasis, y/o pueda ser por la amplitud del concepto de cultura e interculturalidad en políticas gubernamentales a partir de los noventa, y otras contribuciones, pero el hecho es que la competencia cultural tal cual no tiene mayor fuerza en las conversaciones latinoamericanas. Dado los límites mencionados anteriormente, tal vez es mejor esta ausencia.

A partir de las críticas contemporáneas al movimiento de competencia cultural, surgió como alternativa la llamada “competencia estructural”, concepto que ha comenzado a recibir atención en los EE. UU. y otros países ingles parlantes. Esta corriente de pensamiento surgió con la publicación, en el año 2014, de un artículo de Metz y Hansen titulado “Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality” (“La competencia estructural: Teorizando un nuevo compromiso médico con el estigma y la desigualdad”) (9) toward attention to forces that influence health outcomes at levels above individual interactions. It reviews existing structural approaches to stigma and health inequalities developed outside of medicine, and proposes changes to U.S. medical education that will infuse clinical training with a structural focus. The approach, termed “structural competency,”

consists of training in five core competencies: 1. La literatura (casi toda escrita en inglés) referida a este concepto ha ido en aumento hasta el presente, con más de 110 citas en PubMed hasta mayo del 2021. Si bien la competencia estructural todavía representa solo una pequeña fracción de las citas de competencia cultural en los mismos años (por ejemplo, en 2020 había 33 publicaciones indexadas en PubMed bajo competencia estructural y 294 indexadas bajo competencia cultural)í, esta representa un giro desde el individualismo del movimiento de competencia cultural norteamericano, hacia un análisis e intervenciones basadas en fuerzas sociales colectivas.

Recuerdo las discusiones de los años 70s y 80s en relación a la mejor forma de relacionarse entre disciplinas académicas en salud: algunos enfatizaban en lo “multidisciplinario” para subrayar la cantidad y variabilidad entre distintas especialidades; otros enfatizaban en lo “interdisciplinario” para empujar no tanto la variabilidad sino la extensión del intercambio y disposición de adoptar herramientas y conceptos de otras disciplinas. Otros sugirieron lo “transdisciplinario” argumentando que la mejor forma de colaborar es a través de una nueva concepción del problema o pregunta, la que no debiese pertenecer a ninguna disciplina específica. Este tercer grupo propuso enfocarse, por ejemplo, en “investigación en sistemas de salud” en vez de lo meramente epidemiológico o antropológico al abordar una problemática en salud.

Hay ecos de esta discusión cuando hablemos de lo multicultural, versus lo intercultural, versus otros modos de relaciones sociales entre distintos grupos. La ubicación del poder (y las distintas definiciones de aquello) juega un papel distinto de acuerdo con los grupos sociales referidos, sean pueblos originarios, migrantes internacionales, o los no-profesionales versus los profesionales de salud.

A mi juicio, el desafío esencial en el desarrollo de sistemas y procedimientos de cuidado médico apropiado para migrantes internacionales es como se producen las negociaciones entre los distintos grupos de interés. ¿Es el conocimiento del “otro” la base de cambio de un sí mismo, o es solo la base para la manipulación o manejo del otro? ¿Son estas relaciones de intercambio capaces de cambiar a todos los involucrados, a solo a los denominados “usuarios” del sistema de salud? ¿Cuándo hay que localizar un problema de salud en el cuerpo o comportamiento de un migrante internacional o un profesional de la salud, y cuándo hay que localizarlo en las normativas dispuestas por los gobiernos y las instituciones de cuidado de la salud?

Cuando estos venezolanos que vi caminando pasen por Ecuador y lleguen en Perú, Argentina, o Chile, ¿quién les va a atender y bajo qué normativas? ¿Con qué nivel de conocimiento y empatía por su viaje serán recibido por el personal de salud, y con qué recursos los apoyarán para ayudarles a construir su futuro? Este libro abre nuevas vías y pensamientos para abordar la problemática actual de salud de migrantes internacionales desde un enfoque de interculturalidad en salud y, además, propone interesantes caminos para la construcción de políticas de salud culturalmente pertinentes, equitativas y justas con las poblaciones migrantes en Chile.

Agradecimiento: A Caroline Richards por su ayuda como asistente de investigación.

Referencias

1. Turner VW. *The ritual process: structure and anti-structure*. New York: Aldine Transaction; 1997.
2. World Migration Report 2020. 2019 Jan 2 [cited 2021 Jun 1]; Available from: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>
3. Schwerdtle P, Bowen K, McMichael C. The health impacts of climate-related migration. *BMC Med*. 2017 Dec 11;16(1):1.
4. Rigaud KK, de Sherbinin A, Jones B, Bergmann J, Clement V, Ober K, et al. Groundswell [Internet]. World Bank, Washington, DC; 2018 Mar [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29461>
5. Shepherd SM. Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Med Educ*. 2019 Jan 8;19(1):14.
6. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006 Oct;3(10):e294.
7. Gregg J, Saha S. Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Acad Med*. 2006 Jun;81(6):542–7.
8. Willen SS, Bullon A, Good M-JD. Opening up a huge can of worms: reflections on a “cultural sensitivity” course for psychiatry residents. *Harv Rev Psychiatry*. 2010;18(4):247–53.
9. Metz J, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014 Feb 1;103:126–33.

PRÓLOGO 2

Margarita Sáez Salgado

El aporte de este libro a la interculturalidad en salud

Las editoras de este proyecto ponen en nuestras manos un valioso texto que nos invita a profundizar en la puesta en práctica de la intercultural en salud y a reflexionar sobre la oportunidad de ser aplicada, considerando la importante presencia de migrantes internacionales en nuestro país. El libro nos ofrece una amplitud de visiones, problemas teóricos y metodológicos en las experiencias desarrolladas principalmente en Chile, aportando también una visión crítica -en especial- en el marco del trabajo realizado con pueblos indígenas bajo el principio y enfoque intercultural traducido en políticas públicas, aun cuando por mandato constitucional no somos un país pluricultural.

Un escenario favorable se instaló con la ratificación del Convenio 169 de la OIT por todos los países de la región, dando un impulso sustantivo al desarrollo de procesos en el marco del respeto de los derechos de poblaciones diversas. Aunque su ratificación fue reciente en Chile, se avanzó a nivel de políticas de Estado en el reconocimiento de la categoría de pueblos indígenas, superándose así la Ley Indígena que hablaba sólo de comunidades y asociaciones indígenas.

La interculturalidad solo puede desarrollarse en el marco de un Enfoque de Derechos. Derechos como la autonomía, la autodeterminación, la territorialidad, derecho al desarrollo propio, participación, tienen como fundamento principios orientadores basados en el respeto a la vida, la igualdad, la diversidad cultural, la dignidad de los pueblos, al operar en los procesos de interacción social van modificando y orientando las conciencias y las prácticas del quehacer humano hacia la responsabilidad colectiva e inauguran una nueva concepción de las políticas en salud, fundada en los derechos colectivos. Este es un gran desafío al enfrentar el fenómeno de la migración internacional. Considerando que hace más de dos décadas que se han introducido cambios en el modelo de atención de salud para su pertinencia cultural, el texto nos ilustra en sus nutridos artículos sobre el estado del arte y ofrece recomendaciones.

Los artículos describen numerosas experiencias, diversas expresiones y grados de la puesta en práctica de la intercultural en el sector salud, nos aportan reflexiones propias y muestran sus aproximaciones desde una relación cercana. Destaca el que las editoras comparten reflexiones de una amplitud de destacados autores, que en una revisión crítica ponen en común diversas materias en torno a la interculturalidad en salud y conceptos asociados, mediación cultural, competencias culturales, relaciones interétnicas, facilitación intercultural, diálogos interculturales; y, advierten de los riesgos del uso y abuso de estos.

La gran apuesta fue y será tratar de construir nuevas prácticas en el sistema de salud que sigue siendo hegemónico, proceso en el que se ponen en juego distintos grados de poder y la búsqueda de la equidad adquiere una dimensión más compleja. Al intentar establecer un diálogo entre culturas diferentes, la base de este encuentro, sin duda, ha estado marcada por la construcción de

relaciones de confianza entre los actores. Desde la experiencia en salud y pueblos indígenas, a la que algunos artículos refieren, cabe señalar que por primera vez se rompieron las trabas institucionales en salud, desarrollando políticas nacionales que reconocieron la diversidad y la existencia de otros saberes en salud y el mayor desafío estuvo puesto en lograr diseñar programas y planes locales a nivel de los servicios de salud que se construyeran con decisiones tomadas en conjunto con los pueblos indígenas. Así progresivamente se ha ido instalando un cambio paradigmático que por años ha tenido tanto adherentes como detractores. No ha dejado ser un concepto controvertido.

El énfasis puesto en la participación a nivel de políticas y programas en materia de interculturalidad en salud, nos llama ahondar en dichos procesos, un vacío pendiente corresponde a la necesidad de evaluar, ¿ha sido posible lograr la participación y el compromiso de los pueblos indígenas en los territorios y donde el sector público de salud ha estado intentado ejercer un liderazgo?

Variadas definiciones refieren al concepto de interculturalidad. La experiencia me permitió entenderla como un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas. Desde esa óptica su enfoque puede ser aplicable a diversos grupos y en particular a la población migrante. No obstante, este proceso ocurre en un contexto donde operan un conjunto de variables que determinan su desarrollo.

Desde esta perspectiva, es clave la formación del recurso humano en salud intercultural, los equipos técnicos del sector requieren de nuevas habilidades, su capacitación debe ser fruto de una decisión política planificada y sostenida. Los programas deben asegurar que los planes territoriales cuenten con financiamiento acorde a las necesidades de los procesos y garanticen el desarrollo de procesos participativos. Desde la lección aprendida es posible afirmar que la voluntad política desde el Estado, no se sostiene sólo en declaraciones de principios, debe asegurar condiciones para hacerlos operativos.

La interculturalidad en salud también nos refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas. Intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales en la conceptualización y búsqueda de salud y promueve la articulación o complementariedad de sistemas médicos. Este es uno de sus componentes más discutidos, especialmente por la hegemonía del sistema de salud y la no visualización de la cultura en los modelos médicos. Nos enfrentamos a la pregunta, si de migrantes se trata, esta estrategia de articulación ¿puede ser transferible?

De cara al fenómeno de la migración internacional, el texto aborda en sus capítulos finales, un análisis de la puesta en marcha de experiencias del Programa de atención a población migrante internacional en atención primaria. A su vez, nos presenta antecedentes teóricos, marcos normativos y analiza las oportunidades que este proceso ofrece en materia de protección social en salud e interculturalidad en salud con población migrante.

De este modo, tanto insumos teóricos y como estratégicos nos orientan al desarrollo de políticas y programas en salud intercultural en un país multicultural, las que debieran responder a la situación y necesidades de salud de la población migrante, en un marco de respeto a sus derechos, que garanticen el acceso a una atención integral, con pertinencia cultural, de calidad, con igualdad y equidad respecto del conjunto de las personas.

En sus propias palabras, el texto señala que “busca rescatar y promover la dimensión ética, humana y diversa social y culturalmente que hoy exige ser reconocida y experimentada en forma plena y significativa por los/as usuarios/as, los/as trabajadores de salud y todos los demás actores que pueden estar presentes”. Gracias por el viaje, cada artículo me permitió una navegación en profundidades conceptuales y/o exhaustivas revisiones documentales, que sin duda han tenido eco en mis vivencias desde la institucionalidad tratando de hacer camino al andar.

Índice de Contenidos

PRÓLOGOS.....	5
---------------	---

Sección 1

PROPUESTAS TEÓRICAS Y CONSENSOS INTERNACIONALES

CAPITULO 1

Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana.....	21
---	----

CAPÍTULO 2

Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud.....	51
--	----

CAPITULO 3

Propuestas socio-antropológicas de interculturalidad en salud aplicables a poblaciones migrantes internacionales.....	87
---	----

CAPITULO 4

Diversas formas de representarnos: reflexiones desde la interculturalidad para las interacciones con poblaciones migrantes internacionales.....	111
---	-----

CAPITULO 5

Debates y estrategias para el abordaje de la salud mental de migrantes internacionales en América Latina.....	123
---	-----

Sección 2

EVIDENCIA CIENTÍFICA Y GRIS INTERNACIONAL

CAPÍTULO 6

Interculturalidad en salud desde la medicina social y la salud pública global: una revisión de literatura.....	143
--	-----

CAPITULO 7

Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales.....	177
--	-----

CAPITULO 8

Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes internacionales en América Latina.....	211
--	-----

Sección 3

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

CAPÍTULO 9

Aprendizaje de salud intercultural con pueblos originarios transferibles a poblaciones migrantes internacionales en Chile.....	233
--	-----

CAPITULO 10

Análisis de la Política de salud de migrantes internacionales en Chile, desde un enfoque de interculturalidad en salud.....	251
---	-----

CAPITULO 11	
Programa acceso a la atención de salud a personas migrantes internacionales: la experiencia de la atención primaria en Chile	273
CAPITULO 12	
Plan de atención inicial de salud a migrantes internacionales en atención primaria en Chile	295
CAPITULO 13	
Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile	319
CAPÍTULO 14	
Salud sexual y reproductiva en población migrante internacional, con énfasis en la población adolescente femenina	345
EPÍLOGOS	367
Acerca de las editoras	373
Acerca de los autores	374
Acerca de los expertos revisores de Capítulos	378

Sección 1

PROPUESTAS TEÓRICAS Y CONSENSOS INTERNACIONALES

CAPITULO 1

Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes, refugiadas y en movilidad humana

Báltica Cabieses. Enfermera-matrona, epidemióloga social PhD, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl

Alexandra Obach. Antropóloga, PhD. Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Ciencias y Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, aobach@ud.cl

Carla Urrutia. Antropóloga, MSc. Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Ciencias y Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, carla.urrutia@udd.cl

Este capítulo tiene como objetivo desarrollar conceptos fundamentales relacionados a interculturalidad en salud en poblaciones social y culturalmente diversas, con énfasis en pueblos migrantes. La interculturalidad como concepto y como práctica, en general, se abre como un nuevo campo de exploración y reflexión académica, clínica y política en salud poblacional desde hace poco tiempo. La interculturalidad en salud en particular, relacionada con poblaciones diversas como lo es la de los pueblos originarios, ha tenido su desarrollo conceptual y su bajada práctica reflejada en programas de atención, y normativas. Sin embargo, la perspectiva de lo intercultural en la salud pensada en la población migrante es una temática en pleno desarrollo. Este capítulo revisa conceptos esenciales como cultura, identidad, etnicidad y raza. También revisa definiciones más vinculadas a la diversidad social y cultural en salud como asimilacionismo, multiculturalidad e interculturalidad en salud. Luego, revisa la relevancia y pertinencia de enfoques como el de derechos humanos y la discusión actual sobre competencias culturales o interculturales en salud, finalizando con la construcción inicial del concepto de encuentro intercultural en salud con bases éticas del cuidado y de las virtudes humanas. Este capítulo sienta las bases de conceptos que serán ampliamente revisados, profundizados y cuestionados en este libro, invitando al lector a querer seguir ahondando en este importante cuerpo de conocimiento y de práctica que continua en revisión y construcción en Chile, América Latina y el mundo.

Palabras clave: multiculturalidad en salud, interculturalidad en salud, competencias interculturales en salud, encuentro intercultural en salud.

Abstract

This chapter aims to develop fundamental concepts related to interculturality in health in socially and culturally diverse populations, with emphasis on migrant peoples. Interculturality as a concept and as a practice has opened up as a new field of academic, clinical and political exploration and contemplation on population health in a short time. Interculturality in health, in particular, related to diverse populations such as indigenous peoples, has had its conceptual development and its practice on care programs and regulations. However, the intercultural perspective in health on the migrant population is a subject in full development. This chapter reviews essential concepts such as culture, identity, ethnicity, and race. It also reviews definitions more linked to social and cultural diversity in health such as assimilationism, multiculturalism and interculturalism in health. Then, reviews the relevance and pertinence of approaches such as human rights and the current discussion about cultural or intercultural competencies in health, and ending with the initial construction of the concept of intercultural encounter in health, with ethical bases on care and human virtues. This chapter lays the foundations and concepts that will be extensively discussed in this book, inviting the reader to continue delving into this important body of knowledge and practice that continues to be reviewed and developed in Chile, Latin America, and the world.

Keywords: multiculturalism in health, interculturalism in health, intercultural competences in health, intercultural encounter in health settings.

Introducción

La interculturalidad en salud enfocada en poblaciones migrantes se abre como un nuevo campo de exploración y reflexión tanto académica, así como también en el ámbito de las políticas públicas y la práctica clínica. La interculturalidad relacionada con poblaciones diversas, como lo es la de los pueblos originarios, ha tenido su desarrollo conceptual y su implementación reflejada en programas de atención en salud, normativas y políticas de salud. Sin embargo, la pregunta acerca de lo intercultural en la salud

pensada en la población migrante que habita y continúa llegando al territorio chileno, así como su dinamismo y complejidad para la región de América Latina y el Caribe, es una temática en pleno desarrollo en la actualidad.

De acuerdo con esto, es imperativo dotar de sentido y contenido claro a aquello que se denomina primeramente interculturalidad y luego en específico interculturalidad en salud en contextos migratorios. Esto porque las discusiones sobre la interculturalidad en salud pueden tornarse, en algunos casos, excesivamente abstractas y difíciles de operacionalizar cuando no se han definido las bases teóricas y prácticas que tributan al concepto mismo. Desde distintos estudios (1–3) se hace patente la necesidad de profundizar en ello desde un nivel académico, pero con vistas hacia otros actores que también necesitan nutrirse de este debate. En específico, en lo relativo al trabajo del personal de salud y de las autoridades sanitarias, las que deben enfrentar en su quehacer diario la atención de población migrante, así como la toma de decisiones sobre cobertura en salud. Desde el escenario del sistema de salud y sus actores, se materializa el encuadre y funcionamiento de las diferentes instituciones de salud en los distintos niveles de atención en torno a lo intercultural en sociedades modernas globales, diversas y multiculturales. Así, si bien estas definiciones de conceptos ofrecidas en este capítulo no son necesariamente una novedad, ya que muchas disciplinas de las ciencias sociales y de la salud han hecho un importante aporte en el pasado, se tornan de todos modos necesarias para la introducción conceptual a este libro.

Lo intercultural a primera vista puede desglosarse en dos partes: aquello que definimos como “inter” y aquello que corresponde a lo “cultural”. En términos simples y concretos, lo *inter* se refiere a “entre o en medio” (4). Por su parte lo cultural o la cultura en su acepción más cercana a los propósitos de este capítulo se entiende como el “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.” (5). De acuerdo con estas definiciones, lo intercultural se entiende entonces como todo a quello -material e inmaterial- que habita entre dos o más personas, en cuanto a los conjuntos de modos de vida que estas mismas personas definen, comprenden y practican, y que en algún punto se encuentran y transforman en una espiral de co-construcción permanente de la realidad. Desde esta definición emergen una serie de preguntas de profundización como, por ejemplo: ¿Qué es lo cultural en la atención de salud? ¿Qué es la interculturalidad en la atención de salud? ¿Cómo se practica y construye la interculturalidad en los espacios de salud? ¿Necesitan los migrantes internacionales una atención intercultural especializada en los diversos escenarios de atención de salud? ¿Qué son las competencias interculturales y el encuentro intercultural en salud y cuál es su aporte a la atención de salud?

Estas preguntas elementales son la guía que da forma a este capítulo. Sin su abordaje, se torna difícil avanzar hacia una comprensión en la que todos los actores sociales involucrados en el proceso de atención sanitaria en poblaciones migrantes puedan formar parte. Sabemos que detrás de estos conceptos y anclajes teóricos generales hay historias y experiencias de personas y familias migrantes reales en sus necesidades y encuentros con el sistema de salud en el país receptor, sean estos de todo tipo y forma posible. Y es que la migración conlleva múltiples y variadas experiencias, y en ella también las personas, las familias y colectivos pueden reinventarse y encontrar efectivamente nuevas oportunidades de florecer y alcanzar un mejor vivir. Tal como lo menciona Ivy Daure (6) la migración impacta y reorganiza las relaciones familiares, y no solamente la relación entre los migrantes y sus hijos, sino también lo hace sobre muchas generaciones, aquellas de los nietos y bisnietos de los migrantes, así como también la relación con redes sociales de diverso tipo y con las instituciones presentes en cada país de origen y receptor. La migración es vivida a la vez como un elemento dinamizante, de enriquecimiento y de descubrimiento, pero también como una restricción frente a la realidad de enfrentar un nuevo sistema como puede ser el sistema de salud y sus actores (7).

Metodología

Este capítulo se realizó mediante una búsqueda de literatura con un enfoque socio-antropológico y desde el ámbito de la salud en las siguientes bases de datos científicas y repositorios: Scielo, Pubmed, Jstor y Google Scholar. Esta búsqueda se complementó con la revisión selectiva de autores clave de acuerdo con investigaciones y revisiones previamente realizadas por las autoras en esta temática. Estos autores fueron guiando la ampliación de la búsqueda temática, en formato de revisión de literatura gris que incluyó

libros y reportes. Para realizar la búsqueda se escogieron términos de búsqueda considerando la disponibilidad gratuita de los artículos completos y libros en español, francés e inglés. Se utilizaron ecuaciones de búsqueda tales como:

“migración salud interculturalidad”; “salud intercultural latinoamericana”; “antropología interculturalidad salud”; “sociología interculturalidad salud”; “salud intercultural Chile”; “antropología y raza”; cultura y antropología; “competencias culturales”; identidad y antropología; “derechos humanos y salud”; “derechos humanos e interculturalidad”; “Intercultural health”; “Intercultural health migrants”, “Santé migrants interculturalité”, “asimilación cultural”; “cultural assimilation”; “anthropologie, santé, migrants”; “assimilation culturel”

Como resultado se identificaron 57 documentos relevantes para su lectura y análisis. Para este último fue usado el método de análisis de contenido temático, lo que dio como resultado la construcción de cinco secciones de contenidos de este capítulo: (i) “Cultura, identidad, etnicidad y raza: revisión de conceptos”, (ii) “Asimilacionismo, multiculturalidad, interculturalidad en salud”. Luego, (iii) “Derechos humanos, salud y migración”; le sigue (iv) ¿Competencias culturales o interculturales? Y finalmente (v) “Hacia un encuentro intercultural en salud: una propuesta”.

Cultura, identidad, etnicidad y raza: revisión de conceptos

La migración implica el contacto de grupos sociales y culturales diferentes insertos en contextos específicos, por lo que antes de comenzar de lleno a revisar las teorías de interculturalidad producidas desde América Latina en el ámbito de la salud, se torna importante adentrarse en conceptos de corte socio-antropológico que subyacen a la interculturalidad. En este apartado se revisarán algunos elementos sobre la cultura, la identidad, la etnicidad y la raza, el asimilacionismo, la multiculturalidad y la interculturalidad en salud, los derechos humanos en contextos de salud y migración, las competencias interculturales, y el encuentro intercultural en salud, que sirven de base para el desarrollo de la mirada de la interculturalidad en escenario particular de la salud. Es de obvedad hacer notar que estos conceptos han sido profundamente trabajados desde distintas disciplinas en el mundo, sobre todo desde la antropología y la sociología. No es objeto de este texto el dar cuenta de todas las posibles formas y posiciones que existen sobre estos conceptos; si no más bien, delinear ciertos elementos que ayuden a fundamentar de mejor manera el origen conceptual y la relevancia práctica del encuentro intercultural en contextos de salud, enfocados en la población migrante.

Cultura

Definiciones

La cultura ha sido uno de los objetos predilectos de estudio en la antropología y ha sido largamente debatido en la disciplina, aunque no todo objeto de interés antropológico está dedicado a la cuestión de la interculturalidad. Un error común es el de asociar como sinónimos los conceptos de sociedad y cultura, esto es, asumir que a una sociedad le corresponde una sola cultura. Esto refuerza la mirada de mono-culturalismo, es decir, la idea de que, a un territorio, o estado nación le corresponde una sola cultura. La experiencia indica lo contrario, en una sociedad se pueden encontrar múltiples culturas y esto es esencial como base para trabajar sobre la interculturalidad.

El término cultura es actualmente utilizado por otras disciplinas o agentes en distintos niveles de discurso y práctica. En el caso de la antropología existen cientos de definiciones de lo que se entiende por cultura. Estas definiciones son coherentes con la teoría o prisma particular con que se esté observando. Una de las definiciones clásicas de Tylor (8) que indica que “el contacto entre grupos humanos culturalmente diversos forma parte de la historia de la humanidad”. La cultura puede definirse como “aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en tanto miembro de la sociedad. La condición de la cultura en las diversas sociedades de la humanidad,

en la medida en que puede ser investigada según principios generales, constituye un tema apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción humanos” (8).

Harris (9), siguiendo una lógica materialista de la definición, propone que la cultura está en primer lugar determinada por los factores materiales, demográficos, ecológicos, tecnológicos y económicos a los que están sometidos los grupos sociales. Esto implica que se pone en la base del concepto el problema de la producción y reproducción social. De la infraestructura se configuran los elementos mentales, conductuales y simbólicos de las culturas. Por ende, la cultura es “el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar”. Para Lévi Strauss (10), la cultura es “un sistema de comunicación regido por el intercambio de los valores más preciados de la humanidad: las *palabras*, es decir, el lenguaje; las *mujeres*, lo que implica el sistema de parentesco y los *bienes materiales*, que representan los sistemas económicos”. Otras aproximaciones subrayan aspectos simbólicos de la cultura. Geertz (11) expone que la cultura tiene un sentido semiótico en la que “el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido... la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busca es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie”. De modo que, lo importante es describir el acontecer cultural de un modo denso, no superficial y encontrar los significados que los actores sociales otorgan a sus prácticas; siendo estos significados compartidos de manera pública.

García Canclini (12) agrega, en la misma línea simbólica y coincidiendo con Geertz, que los sujetos son seres que construyen significados, y que la cultura tiene dos dimensiones. En su dimensión *material*, los objetos culturales, poseen un valor de uso y otro de cambio. Y en su dimensión *simbólica*, el proceso de significación cultural implica los signos y los símbolos que son atribuidos a los objetos y fenómenos socioculturales. De modo que Canclini define la cultura como “el conjunto de procesos donde se elabora la significación de las estructuras sociales, se la reproduce y transforma mediante operaciones simbólicas”. A esto se le suman los procesos de consumo de la significación simbólica que ocurren en la vida social.

Como se puede apreciar, estas definiciones hacen énfasis en distintas dimensiones de lo que se considera cultura. Algunas comprenden a la cultura como un todo macroestructural que, en algún sentido, es independiente de los miembros de la sociedad. En otras se resalta el aspecto material y de producción y reproducción social; o bien el aspecto mental del que la cultura estaría en la mente de los sujetos. La cultura también es definida por su carácter simbólico y semiótico, así como desde el intercambio tanto de elementos materiales como inmateriales.

Cultura como proceso dinámico

Teniendo en cuenta todos los elementos resaltados en las múltiples definiciones, la cultura debe comprenderse dinámicamente. Es decir, la cultura no es estática, por el contrario, cambia a través del tiempo ya que los mismos individuos y grupos sociales cambian. Este punto es importante, ya que es de relativa facilidad caer en visiones reificantes (es decir, *cosificantes* en el sentido marxista de la palabra) de la cultura y por ende rigidizar el entendimiento de procesos y fenómenos socioculturales.

De acuerdo con Kottak (13) la cultura es aprendida por medio de la socialización entre sus miembros en un proceso llamado enculturación en el que se transmiten de forma explícita e implícita las formas culturales determinadas, por lo que, las diferencias en el comportamiento humano, no se remiten a un precepto biológico unívocamente. Por otra parte, ésta es compartida, ya que se aprende en el seno de un grupo social. Para Langdon et al. (14) además de ser compartida, la cultura es estandarizada “ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales”.

A esto se liga su carácter simbólico que ya fue evocado. Para White (en Kottak) (13) “la cultura se originó cuando nuestros ancestros adquirieron la habilidad de usar símbolos; esto es: originar y conferir significado a una cosa o evento y, en consecuencia, a asimilar

y apreciar tales significados "Esto quiere decir que los símbolos representan algo específico dentro de un contexto cultural. La asociación entre el símbolo y su significado no es natural, es otorgado por la cultura y este proceso es parte fundamental de lo humano y lo cultural.

Si bien, la cultura es característica de un determinado grupo, ésta no es un todo homogéneo al que todos los miembros de una determinada sociedad adscriben de la misma manera. La estratificación social, el género, la etnia, la edad, e inclusive la pertenencia a un determinado gremio profesional dan luces de que la cultura es heterogénea internamente y es interiorizada de manera distinta por cada sujeto. Una proposición de entendimiento sobre la cultura que resulta menos culturalizante (en el sentido de que cualquier acontecimiento social y/o cultural es explicado solamente por la cultura, dejando de lado otras aristas como la política, la economía, etc.) es aquella que nos presenta Bayard (15) en que "la cultura es una construcción significativa mediadora en la experimentación, comunicación, reproducción y transformación de un orden social dado. Como dimensión constitutiva de ese orden es una condición de su existencia y no una entidad desgajada, posterior a él: conforma las relaciones sociales, económicas y políticas. A la vez conforma nuestra subjetividad, nuestro modo de percibir el mundo, de vivenciar, indagar y replantear las relaciones humanas". En complemento a esta proposición de la cultura como un proceso dinámico y constante, Cucho (16) propone una visión renovada de la cultura, en tanto procesos dinámico y en constante creación y construcción, de allí que aporte con la palabra *culturación* en vez de cultura.

Identidad

Definiciones

En los procesos de salud-enfermedad-atención, y sus sistemas médicos que incluyen el personal de salud y los distintos sanadores, las atribuciones simbólicas a las enfermedades, las vivencias subjetivas de los padecimientos e inclusive elementos macroestructurales como la economía de la salud, se desarrollan bajo el alero de construcciones socioculturales específicas. Estas son influenciadas por procesos de globalización que son capaces de permear a los contextos locales de múltiples maneras. Por lo tanto, la salud y la enfermedad deben ser entendidas dentro de un contexto sociocultural e histórico determinado y en constante dinamismo con la vida moderna global. Los sistemas de salud y los procesos que de ellos emanan están insertos en dicha compleja trama social y sus significados y representaciones materiales, económicas, políticas y simbólicas.

Al cuestionar la cultura, sus significados y su rol en la vida humana, viene aparejada la cuestión de la identidad. Dado que existe una gran diversidad cultural humana, la pregunta sobre la alteridad y la otredad son ineludibles. Esto se refiere específicamente a como se construye el yo y el otro, el nosotros y el ustedes en un encuentro intercultural. Sobre esto, lo primordial es el hecho de que la identidad se define en la construcción de una relación. No existe un ego o nosotros sin un alter o ustedes, tal y como lo señala Bayardo (15): "Las identidades son construcciones simbólicas que involucran representaciones y clasificaciones referidas a las relaciones sociales y las prácticas, donde se juega la pertenencia y la posición relativa de personas y de grupos en su mundo.

Para Larraín (17) la identidad en el sentido en que las ciencias sociales la entienden de manera general, "tiene que ver con la manera en que individuos y grupos se definen a sí mismos al querer relacionarse -"identificarse"- con ciertas características". Define la identidad desde tres elementos: primero, que los individuos se definen a sí mismo desde ciertas categorías sociales compartidas. En esto cabe la religión, la etnia, la sexualidad o la nacionalidad, entre otras categorías propuestas por Larraín. Ya que estas categorías identitarias son comunes, se arraigan en la cultura, el autor las llama identidades culturales, en las que la nacionalidad es una de ellas. Un segundo componente de la identidad es de tipo material que incluye el cuerpo y elementos que influyen en la identidad humana. Y el tercer elemento, es el que ya fue mencionado en el párrafo anterior, es acerca de los otros,

en el sentido de la internalización de las opiniones de los otros en el yo individual y/o colectivo, y los otros como referencia para la construcción del yo por medio de la diferencia.

Otra definición de identidad de Fossaert (en Gall et al.) es “la percepción colectiva de un ‘hosotros’ relativamente homogéneo (el grupo visto desde dentro) por oposición a ‘los otros’ (el grupo de fuera), en función del reconocimiento de caracteres, marcas y rasgos compartidos que funcionan también como signos y emblemas, así como de una memoria común” (18). De este modo no se trata de propiedades esenciales e inmutables, sino de trazos clasificatorios auto y alter-atribuidos (atribuidos por el mismo individuo o por otro), manipulados en función de conflictos e intereses en pugna, que marcan las fronteras de los grupos, así como la naturaleza y los límites de lo real”. La noción de los trazos clasificatorios auto y alter-atribuidos se refiere a que los elementos identitarios pueden ser adoptados por la persona o grupo en cuestión, o bien pueden ser atribuidos por otros, de ahí la idea de alter, es decir, la otredad.

La comprensión de las complejas, múltiples y cambiantes construcciones identitarias actualmente se realiza en el marco de la globalización y de las sociedades altamente complejas. De modo que, al igual que la cultura, las identidades colectivas e individuales no son estáticas o inamovibles. Los sujetos bien pueden transitar dentro de ciertos marcos en distintas identidades, sin que esto implique que las identidades mismas no existan y sean una ficción.

Identidades líquidas y de poder en el mundo actual

Para Bauman, la modernidad líquida característica de las sociedades complejas afecta cuestiones que van desde lo macroestructural hasta las esferas más íntimas de la construcción subjetiva. Así lo propone al señalar que “el momento de la modernidad fluida, son los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y las acciones colectivos -las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas-” (19).

Otrora, según el autor, en el momento premoderno, las identidades estaban dadas a los miembros de las sociedades, ya que las estructuras sociales al contrario de ser líquidas eran permanentes y sólidas. Por lo que el devenir humano y tener una identidad no era algo a construir, estaba dado (20). El momento histórico más cercano plantea un desafío en la construcción identitaria, tanto a nivel colectivo como individual, pues se plantea el desafío de la individualización: la obligación de forjar en cierta medida la propia identidad y las consecuencias que e llo presupone: “En pocas palabras la “individualización” consiste en transformar la “identidad” humana en algo “dado” en una “tarea” y de las consecuencias (así como de los daños colaterales) de su desempeño [...] Con esto, los humanos ya no nacen “a su identidad” [...] la necesidad de *transformarse* en lo que uno *es* constituye la característica de la vida moderna” (19). Esta tensión venida de la construcción constante de la identidad en un contexto complejo atravesado por lo local y lo global, tiene en parte una voluntad de auto-atribución identitaria (es decir, la capacidad de los sujetos y grupos de definir trazos y dimensiones de su propia identidad), pero este ejercicio constante de individualización está sujeto a su vez a estructuras y contextos de poder que jerarquizan a los individuos y sus posiciones en el mundo social. Por lo tanto, no se pueden comprender las identidades sociales o culturales sin develar los contextos de poder en donde éstas se producen y reproducen.

Al respecto, el prisma de la interseccionalidad Crenshaw (21) expone dicho contexto en tanto exhibe las diferentes fuentes que confluyen en la construcción identitaria y como estas dimensiones se superponen generando posiciones diferenciadas sujetas a relaciones de poder. La etnicidad/raza, género, clase social y edad son las dimensiones clásicas tomadas en cuenta en la aproximación interseccional de la construcción identitaria. Al observar las posiciones sociales contrastadas se hacen patentes opresiones, discriminaciones, exclusiones, violencias y precariedades de colectivos e individuos frente a otros con mayor poder y mejor posición social relativa. Esto se traduce en que no solamente la clase social juega un rol fundamental en reproducir diferencias negativas e inequidades sociales, también lo hacen el género, la pertenencia a las minorías sexuales, la pertenencia a pueblos originarios, ciertas nacionalidades en contextos migratorios y grupos de edad que ejercen mayor poder (22) como se observa, por ejemplo, en el adultocentrismo. Este último se entiende como el mayor peso de la visión del mundo de los adultos por sobre las visiones y sentires de niños, adolescentes y jóvenes. Esto lo señala con solidez y coherencia no solo la antropología, sino que también la medicina social, la epidemiología social y cultural, la economía del comportamiento humano y de la salud, la sociología, por mencionar algunas. Autores fundadores del enfoque de determinantes sociales de la salud y la desigualdad social en salud,

como los profesores Richard Wilkinson y Kate Pickett, han documentado por más de 40 años, y pese a toda mirada crítica, que la relación de poder y estatus en el mundo moderno no solo afecta la identidad de las personas, sino que además nos enferma como individuos y como sociedades.

Empero, puede agregarse a la idea de interseccionalidad el elemento de la interacción Garfinkel (en Martínez (23), que vas más allá de la acumulación de dimensiones opresivas, otorgando movimiento a las posiciones sociales, ya que no hay solamente una acumulación de discriminaciones, también hay un juego en las relaciones en donde el lenguaje y las acciones también otorgan sentido. Garfinkel propone la *indexicalidad* (es decir, en cómo los sujetos involucrados indican los objetos de la interacción y qué sentido le dan, en este caso a sus identidades) de las identidades por sobre su interseccionalidad (de acuerdo con Crenshaw, la idea de que las identidades son complejas y son construidas por dimensiones interceptadas como las de etnia, género, clase social. De cualquier manera, ambos conceptos son de gran utilidad en el propósito de este libro y más que antagonizarlos, se propone rescatar desde ambos sus potencialidades.

Un último punto para agregar sobre las construcciones identitarias es que, si bien están sometidas inescrutablemente a relaciones de poder, no pueden obviarse las prácticas de resistencias. Estas se refieren a cómo los individuos y colectivos generar acciones que pueden ser desde el nivel de lo cotidiano hasta grandes acciones políticas que buscan generar una oposición a las formas hegemónicas. Un ejemplo puede ser la capitalización política de las identidades en movimientos sociales como el feminismo, las reivindicaciones de pueblos originarios, los colectivos de personas migrantes internacionales y desplazados internos, entre otros. Esto apunta a cómo, grupos que puedan estar sometidos a otros, puedan movilizar sus identidades para reconquistar espacios de poder perdidos, restringidos o usurpados.

Etnicidad

Definiciones

Amplificando uno de los aspectos identitarios mencionados anteriormente, la cuestión de la etnicidad adquiere un interés especial en el seno del encuentro intercultural enfocado en la salud entre población local y población migrante internacional. Esto porque en este encuentro la etnicidad adquiere notoriedad ya que se resaltan las diferencias de nacionalidad, país de origen y pertenencia étnica. Sobre esto “el término etnicidad ha sido usado para describir la interacción social humana, particularmente en relación con grupos que previamente fueron descritos como “tribales”, y los grupos minoritarios como los migrantes en relación con sus países receptores”(24).

Hasta los años setenta (antes del trabajo de Barth), la forma de entender la etnicidad era la de definir características específicas, buscando encontrar la unidad mínima de una determinada etnia, de modo que pudiese ser comparada con otras. El problema central de esta aproximación comúnmente utilizada (inclusive hoy) es que estas supuestas unidades (como la lengua, la organización política, costumbres etc.) no son rígidas a inequívocas para una única etnia. Por ejemplo, dos grupos pueden hablar el mismo idioma, pero no comparten el mismo sistema económico, ético o moral. Por lo tanto, emerge la necesidad de salir del pensamiento de lo étnico como una parte de la identidad de los grupos sociales que puede ser descrita y entendida meramente por una lista de características internas y abrir el campo a la multiplicidad de representaciones y significados que los grupos étnicos pueden experimentar a lo largo del tiempo, con reconocidas diferencias de sujetos y de miradas en su interior.

Etnicidad y relaciones de poder

Siguiendo esta idea, los grupos humanos no pueden ser pensados como entidades pre-existentes ni tampoco sus identidades, así como tampoco puede serlo la etnicidad. El acento debe ser puesto en aquello que hace que las etnias y la diferencia existan con los procesos de génesis, construcción y mantenimiento de los grupos humanos. Sobre esto, los términos de etnia y etnicidad suelen

confundirse. Para efectos de este capítulo, se entiende la etnia o a las etnias como grupos sociales con un acervo cultural común. Por otra parte, la etnicidad es una relación social, al igual que el género, la edad y la clase social. Esta dimensión es una relación social jerarquizada que puede ser analizada en distintos niveles, tanto en lo micro, como el nivel medio y en un macro nivel, tal y como lo indican diversos autores desde la antropología Como Chantal Crenn y Laurence Kotobi (25) y la medicina social (Wilkinson & Pickett (26)). Es la etnicidad, entonces, una pregunta que se plantea desde lo socio-antropológico a partir la producción de la diferencia social y sus consecuencias en las relaciones de poder, más que una cuestión sobre el estudio de un determinado grupo social y la lista de sus características específicas en comparación a otra como fue mencionado anteriormente. Denys Couche (16) agrega que “el campo de las relaciones étnicas no es el estudio de las relaciones entre grupos étnicos, o de las relaciones entre culturas, sino el análisis de la producción social de la diferencia étnica y cultural en sí, y de los procesos sociohistóricos en los que las relaciones de dominación entre los grupos se enraízan”.

Barth (27) contribuyó a cambiar la idea de esta fijación esencial ilustrando los movimientos transfronterizos de dos etnias diferentes de Pakistán que cambiaban su identidad de manera constante (de una hacia otra), sin poner en duda la existencia de las dos identidades étnicas mismas. En la construcción identitaria el elemento cultural era el último en definirse, ya que estos grupos no se definían primariamente por una lista de rasgos culturales, si no de formas de relación económica y política. Desde esta perspectiva, lo más importante es el tema de la auto-atribución. Por esta razón, la etnicidad es fluida, líquida incluso como lo señala Bauman, y se afirma en la interacción social permanente y siempre cambiante. Los individuos poseen múltiples filiaciones y juegan en diferentes niveles dependiendo de lo que les convenga en cada momento. Las identidades pueden manipularse según la situación. Una ejemplificación de esto puede reflejarse en pensar a una mujer chilena de clase media, que étnicamente se posiciona como no mapuche frente a una persona mapuche. Luego a su vez, puede identificarse como chilena frente a una persona peruana. Y en una escala más grande, puede identificarse como latinoamericana junto a la persona de nacionalidad peruana, frente a una persona de nacionalidad alemana. Esto demuestra que las etiquetas pueden mostrarse y ocultarse según al otro que se tiene enfrente en la interacción humana.

En este vaivén de proposiciones sobre la identidad y la etnicidad, Dietz (28) plantea el necesario escape del extremo de la mirada culturalista (en que cualquier fenómeno social se explica por la cultura de manera tautológica, dejando fuera elementos como las dimensiones políticas o económicas) por sobre el extremo del deconstructivismo puro (en el sentido de que no existe la realidad social en un sentido positivista, sino que la realidad existe en tanto existe un observador que la observa). De modo que el culturalismo reduce la complejidad de lo étnico y torna a los grupos socioculturales como entidades monolíticas, rígidas y cerradas. En otras palabras, un grupo que asegura su reproducción biológica y cultural común manteniendo aquella lista de caracteres que lo hace ser quién es, ya que los individuos de un grupo portarían en sí mismos una identidad específica a descifrar. Por otra parte, el deconstructivismo puro le quita relevancia al contexto en el que se producen las relaciones interétnicas, ya que serían los grupos y sujetos los que construyen su identidad a su voluntad sin pretendidas restricciones socioambientales. Es por esto que evidenciar las relaciones de poder y jerarquía resulta en definitiva fundamental, ya que existen límites inevitables en cuanto a la capacidad de auto-atribución étnica.

Todo lo anteriormente expuesto pone en la palestra la producción e importancia de la diferencia social, pero también se tensiona con aquello que hace iguales o que es universal a los grupos humanos. Esto es primordial para entender los complejos procesos que ocurren en los encuentros interculturales, no solo a nivel de salud si no en la totalidad de los ámbitos sociales. Como ya se ha mencionado, los grupos no son entes herméticos, en los encuentros socioculturales existe evidentemente traspaso de información, epistemologías, significados, saberes y prácticas de un lugar a otro. En el contacto entonces los grupos se constituyen y transforman, se posicionan y pueden o no mezclar, hibridar y/o mestizar estos elementos.

Sobre la etnicidad, es posible rastrear históricamente como se ha ido construyendo, destruyendo y recomponiendo en procesos como la etnogénesis, usada desde la antropología para entender los procesos de construcción identitaria de lo indígena. Es también utilizado el término de reetnificación. Su importancia radica en dejar entrever que las identidades en general y en específicos las identidades indígenas están en constante cambio dinámico. Esto por influencia desde los mismos grupos o por la acción de los Estados e inclusive la misma disciplina antropológica.

Amselle (29), a propósito de las estadísticas étnicas, arguye que el hecho de poder medir la diversidad étnica especialmente “no

es entonces solamente el registrarla, es también hacerla advenir, crearla. Identificar a las personas discriminadas es de hecho crear identidades. Cada término utilizado (negro, judío, magrebino, gitano, etc.) tiene un efecto y una historia: ha aparecido en una época, en unas determinadas circunstancias, y luego ha sido reemplazado por otro en otras circunstancias” (29). En la misma línea, dependiendo de las tradiciones académicas e institucionales se puede hablar de etnia y/o raza. Desde Estados Unidos y el Reino Unido la categoría de raza es utilizada para designar la etnicidad en los censos poblacionales, a diferencia de Chile, que se utiliza la categoría de pertenencia étnica. Estos distintos modos que tienen los estados, los censos y cualquier tipo de encuesta que busque contabilizar la población indígena de un cierto país o territorio tiene una implicancia no menor, en tanto el hecho de crear categorías crea también en alguna manera las realidades que estas categorías pretenden nombrar. Muchas de estas etiquetas pueden no tener pertinencia para los grupos que intentan clasificar, pueden también atribuir características estigmatizantes de la que los grupos quieran deshacerse, pueden tener connotaciones peyorativas o pueden crear tensiones entre grupos. Un ejemplo de una categoría que tensiona a un grupo puede ser la de “araucano” para referirse a los Mapuche. Muchas personas Mapuche arguyen que el término araucano viene desde los conquistadores, y que no es la forma en la que quieren ser nombrados.

Jugnot (30) adjunta la idea de que las categorías étnico-raciales no tienen pertinencia científica; aunque esto no quiere decir que no existan. En este capítulo precisamos que las categorías étnicas tienen una historia y connotaciones, y éstas enuncian a un cierto grupo social y cultural. Esto recalca la idea anterior en tanto se pueden rastrear a nivel histórico y observar cómo han ido variando a través del tiempo, lo que hace variar la cuantificación de quienes pertenecen estadísticamente a cierto grupo. Las categorías mezclan elementos dispares como lugares de origen (los europeos, los africanos etc.); las características físicas, en especial los colores de la piel (los negros, los blancos, etc.); la lengua (los latinos) o la pertenencia “étnica” (los judíos, los Mapuche). Sin embargo, se discutirá la propuesta de Jugnot en tanto la etnicidad como producción de la diferencia social no es una ficción, más bien son etiquetas y categorías que existen, denominan a cierto grupo, pero no implica que todas ellas sean estáticas, esa es la clave comprensiva para dimensionar la etnicidad: su dinamismo.

Raza

Definiciones y debate conceptual

El concepto de raza tiene una larga trayectoria de discusión académica y multidisciplinar. Esta discusión, que ha producido una serie de ideas, teorías y estudios, está para algunos lejos de finalizada. Esta aclaración es importante, ya que en este apartado no se pretende abarcar toda la historia de la discusión sobre la raza, más bien acotar ciertas ideas guías que clarifiquen y delimiten sobre todo su diferencia con la etnicidad, ya que en muchos casos la idea de raza viene aparejada al concepto de etnia que recién fue revisado.

Existe, sin embargo, reconocido consenso internacional sobre la idea biológica de raza no existe y que la superioridad de razas sobre otras en la especie humana tampoco. Tanto así, que en la actualidad se propone no hablar de razas humanas, sino que únicamente hacer referencia al concepto de etnia. Las editoras de este libro adherimos a este consenso, pero nos pareció igualmente importante revisar desde un punto de vista antropológico de dónde surge y como se desarrolla a nivel mundial el concepto de raza y sus limitaciones. De acuerdo a Smedley (31) “el consenso entre la mayor parte de los académicos en campos como la biología evolucionista, la antropología, y otras disciplinas es que las distinciones raciales fallan en tres puntos- esto es, no son genéticamente discretas, no se pueden medir de manera confiable y no tienen significado científico”. En esto, la antropología y la sociología aportan la importancia de la enculturación y la capacidad humana de aprender una determinada forma o formas culturales, las que no vendrían inscritas en la biología y de lo que se desprende que no existen realmente las razas humanas y una jerarquía biológica entre ellas. Así, el concepto de raza en términos biológicos no existe y no es pertinente a nivel científico, pero el

racismo como ideología social o construcción cultural sí existe. Esto quiere decir que distintos actores utilizan la categoría racial como realidad social, en tanto produce jerarquización social diferencias relativas de poder y discriminaciones entre distintos grupos.

Olivia Gall (18) resume las dos formas en las que se construye el racismo moderno: una basada en la desigualdad y otra forma basada en la diferencia. La primera, plantea que el otro es naturalmente inferior (lógica construida en contextos de colonización) y por ello se excluye y discrimina a los grupos minoritarios o contruidos como minorías con respecto a los grupos dominantes. La segunda forma se basa en la idea de que el otro es tan diferente y que esta diferencia es tan abismante que se produce un desencuentro cultural total. Por ende, el otro es excluido, marginado, disminuido o discriminado. Es así como la raza se emplaza de manera histórica como ficción biológica, sobre la cual se construye el racismo como realidad social (31). En ello, la esencialización de las diversidades étnicas que habitan en nuestro planeta advierte de los peligros de racializar las relaciones sociales, las que son más complejas y multidimensionales de lo que aparentan, tal y como se evocó a propósito de los conceptos de interseccionalidad y de indexicalidad. En términos aclaratorios, racializar es el proceso de atribución de características ficticias e inamovibles, es decir, inscritas en los cuerpos de un grupo determinado sobre su definición biológica. Como se argumentó anteriormente, la raza como categoría científica no tiene pertinencia, pero ello no implica que el proceso de adjudicar etiquetas raciales a grupos sociales no exista incluso en la vida actual post-moderna. Por otra parte, el etnicizar relaciones sociales es el reducir la complejidad de los vínculos sociales solo a la variable étnica, enmascarando otros factores como la diversidad humana individual, las trayectorias de vida y su construcción única y particular de cada ser humano, así como otras dimensiones complejas interactuantes como el género o la clase social.

De acuerdo Gall (18), los seres humanos comparten un 99,9% de similitudes genéticas, de lo que se deduce que solo un 0,1% corresponde a variaciones, las cuales también son relevantes, pero debe precisarse que, comparativamente, se comparte más de lo que no se comparte como especie humana. De todos modos, las diferencias fenotípicas entre los seres humanos toman una alta relevancia en las interacciones sociales, pero no todas estas categorías son significadas e impactan a los grupos de la misma forma. En otras palabras, las supuestas diferencias raciales no se basan únicamente en estas diferencias fenotípicas, ya que solo algunas son categorizadas en ideologías raciales. Desde el punto de vista histórico, se sabe y acepta en la actualidad que esto se hizo predominante a partir del encuentro colonialista de los europeos con otras sociedades como en el caso de Latino América, Centro América y América del Norte, cada uno a su propio tiempo y con su propia historia.

Raza y racismo en el ámbito de la salud

Aplicando esta discusión en el ámbito de la salud, un ejemplo importante es el de Northington y Blustein (32) en Estados Unidos, en el que se explica el mal uso de la variante étnico-racial en ensayos clínicos, específicamente en casos de osteoporosis y fertilidad. Para este último tema, demuestran que varios estudios que han medido la baja fertilidad de las mujeres afroamericanas en comparación con las mujeres blancas utilizan el concepto de raza de manera discriminatoria. De hecho, evocan la llamada "hipótesis de la salud", donde la supuesta raza negra hace que las mujeres negras sean más propensas a descuidar su salud y su sexualidad, adquiriendo más enfermedades (1999: s.p.). De esto se desprende la importancia de evitar el abuso del concepto de raza o etnia como explicación sociocultural. Más aun, se recomienda abolir completamente el uso del concepto de raza, sin dejar de reconocer el racismo como un fenómeno social real que existe en toda la humanidad y que tiene profundos y nefastos efectos en salud poblacional, equidad y ética del cuidado. Este punto es sumamente importante a ser tomado en cuenta en la arena de la salud y la interculturalidad, enfocada en poblaciones migrantes, tanto desde las instituciones y creadores de políticas públicas en salud, como desde los distintos trabajadores de la salud que están en contacto permanente con estas poblaciones. Se debe clarificar el uso y el contenido de las variables étnico-raciales en sus contextos, y en específico en salud y en el encuentro intercultural, para evitar el uso de las diferencias fisiológicas o biológicas en las explicaciones y entendimientos de las distintas prácticas y significados que otorgan los migrantes internacionales a sus procesos de salud-enfermedad-atención.

Sumándose a la línea argumentativa recientemente expuesta, Knipper (33) habla de la necesidad de considerar las categorías étnicas en salud de una manera que él califica como "sana". Esto traería como consecuencia una medicina más humana y satisfactoria. El error que él detecta como más común es la consideración de lo étnico en términos de un factor causal o variable de riesgo. Como

muchos autores a tratar en este capítulo, Knipper recuerda la importancia de tomar en cuenta las historias biográficas de los pacientes, los posibles traumas que cargan a propósito de trayectorias y asentamientos en la migración violentos, y las condiciones pobres de existencia como factores más relevantes.

Derechos humanos, migración y salud

Los derechos humanos han sido ampliamente citados y utilizados para la protección de los distintos grupos humanos. Estos se definen como “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna” (34).

Los derechos humanos nacieron luego de la Segunda Guerra Mundial a propósito del Holocausto y sus víctimas. Algunos autores (35,36) explican que se necesita una recontextualización y ampliación para su correcta adecuación para los tiempos actuales. Sobre esto, se habla de la intertextualidad de los derechos humanos, en cuanto a que su interpretación y los textos que tributaron a su construcción “deben ser entendidos en referencia al conjunto de discursos que les circundan en un determinado tiempo histórico y espacio social” (37). Por lo tanto, en la actualidad, los sujetos históricos a los que apuntan los derechos humanos son otros, y entre ellos figuran los migrantes, lo que demanda una readecuación de su forma y aplicación.

Los derechos humanos buscan declarar de manera universal la igualdad y la protección de todos los seres humanos, aunque hay una discusión aún patente sobre su alcance y sobre la universalidad que se tensiona frente a la diversidad cultural que es parte esencial de la humanidad. Dicho de otra forma, se pone en cuestionamiento la efectividad de una declaración que basa su argumento en la igualdad universal aun cuando tal igualdad no existe realmente debido a la alta variabilidad cultural y las relaciones de poder entre dichos grupos (38). Para poder seguir brevemente el hilo conductor de esta discusión que, por cierto, es extensa y se ha desarrollado desde las ciencias sociales, las relaciones exteriores y las ciencias jurídicas, se debe primero revisar algunas ideas sobre, la ciudadanía, la pertenencia a un estado-nación, la soberanía y luego los derechos humanos ligados a la migración y la salud.

Desde la *polis* del Imperio Romano, se ha establecido que una comunidad política es constituida por personas que adquieren el estatus de ciudadano, es decir, los sujetos que tienen el derecho a participar de las decisiones y la vida política y social de su comunidad. Este derecho ha ido cambiando a través del tiempo, ya que en la actualidad y a diferencia de las antiguas *polis*, ya no son exclusivamente los hombres en una posición acomodada los únicos ciudadanos, también se ha ampliado el derecho a la ciudadanía a las mujeres y personas de otros estratos socioeconómicos y pertenencias étnicas. A pesar de esto, los teóricos de la ciudadanía arguyen que más que incluir a nuevos perfiles en la ciudadanía, siempre se han hecho en realidad una exclusión de la otredad. Por lo tanto, la ciudadanía como construcción social se basa en procesos de exclusión e inclusión de distintos sujetos sociales.

En la actualidad, de acuerdo a Estévez (35) la comunidad política se organiza bajo la figura del estado-nación. Para tener acceso y participación de la comunidad política de un estado-nación es necesario ser un ciudadano; anexando a esto que un estado-nación tiene un territorio geográfico específico. Esto se relaciona con los migrantes y sus derechos, y en particular en cuanto a la protección que pueden encontrar en el alero de los derechos humanos, en la capacidad que tienen estos actores sociales de adquirir la ciudadanía en un determinado país y territorio que no es el de nacimiento o de residencia habitual. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo y la Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (39) los derechos humanos como principio general recogen esta inquietud y la clarifican afirmando que “cualquier duda acerca de si el principio de igualdad y no discriminación se debe aplicar a personas que no son ciudadanos de un país ha sido despejada por los órganos de tratados en su tarea de seguimiento de la implementación de los tratados de derechos humanos a los que los Estados se han adherido desde la adopción de la DUDH y que contienen disposiciones similares de no discriminación e igualdad”.

Para García, (40) en la región suramericana se han hecho intentos de incluir la migración como un tema importante, sobre todo en aquellos órganos supranacionales de protección de los derechos humanos. Este esfuerzo es de reciente data y de acuerdo con la

autora, “se produce un efecto de humanización de las legislaciones y políticas migratorias en Latinoamérica [lo que] nos permite hablar de una nueva era de las migraciones en nuestra región”. Al respecto, autores y estadísticas estatales ya han establecido que en específico en Chile, se ha producido un fenómeno de aumento progresivo de migración en los recientes años, por lo que el país se ha transformado en un país receptor de migrantes sobre todo de la región, a diferencia de su perfil histórico de emisor (3,41,42). En este sentido, Chile ha adherido históricamente a una serie de normativas que ratifican los derechos y los deberes de los que son sujetos los migrantes como el anteriormente expuesto (para una visión más detallada de esto, examinar el capítulo “Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud”). Empero, el gobierno de Sebastián Piñera ha decidido abstenerse de uno de los recientes pactos internacionales sobre la migración, en específico el Pacto Mundial sobre Migración celebrado en 2018 (43), emanado de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes de la Asamblea General de las Naciones Unidas (44).

Estévez (35) explicita que, en la mayoría de los países la efectividad en la protección de los migrantes está supeditada a factores complejos y estructurales como el reconocimiento formal de la ciudadanía. Para la autora, los estudiosos especifican distintos tipos posibles de ciudadanía, tanto en su contenido como en su prescripción; tomando tintes de acuerdo con las distintas tradiciones políticas que las respalden en cada país particular. La ciudadanía *nominal*, por ejemplo, es aquella más restrictiva en la que los miembros del territorio y del estado-nación en cuestión quedan dentro de la comunidad política y, en esto, diversos grupos de migrantes tradicionalmente han sido excluidos, ya que se basa en la pertenencia al territorio. Migrantes recientes, circulares, en situación administrativa irregular, refugiados, por mencionar algunos, en muchos casos quedan marginados de este tipo de ciudadano. La ciudadanía *sustancial*, por su parte, va más allá y propone el respeto de todos los derechos en todos los seres humanos que comparten un territorio, creándose así una propuesta más amplia de ciudadano.

Así, los límites de la ciudadanía nominal, la más predominante en la actualidad, es decir, basada en el territorio, es un obstáculo para el ejercicio de diversos derechos de parte de migrantes. De este modo, la ciudadanía se basa finalmente en una membresía que no es dada a todos y todas. De acuerdo con Jiménez, la capacidad de recurrir a la movilidad de forma legal y segura como estrategia personal de lucha contra la vulnerabilidad está supeditada al origen nacional. Esta opción está prácticamente vedada para los nacionales de países de ingresos bajos, que se ven abocados a migrar por vías irregulares e inseguras (45). Para el caso de Chile, por ejemplo, se podría pensar la obtención del RUT o RUN (Rol Único Tributario o Rol Único Nacional) como la prueba de la entrada en la comunidad política. Esto porque todos los trámites y acceso a derechos a los que se pueden optar en Chile dependen de la obtención de este número. Sin él, desenvolverse en el país se vuelve extremadamente engorroso.

Sobre los migrantes y su salud, se reconoce que estos colectivos no siempre gozan del ejercicio del derecho a la salud en sus países receptores o en el tránsito, exponiéndolos a múltiples potenciales vulnerabilidades. Aunque la vulnerabilidad es parte de la condición humana, de acuerdo a Cabieses y Bustos (46), la vulnerabilidad de origen social es producto de inequidades al interior de las sociedades que en términos de salud, afectan negativamente los resultados en esta área. Chile al ser actualmente un país receptor de la migración, debe reconocer y repensar la vulnerabilidad social de la población general, que incluye a la población local y también a la población de migrantes. Sobre esto, el sistema de salud público de Chile garantiza algunos pisos básicos de atención en salud a migrantes independientes de su estado migratorio (de regularidad o irregularidad) inclusive para aquellos que no cuentan con un RUT. Para el caso de los migrantes en situación migratoria regular, éstos tienen “acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública” (47). Las mujeres embarazadas en estado migratorio irregular tienen derecho a atención y a la obtención de una visa temporal, así como los menores de edad. Por otra parte, todos los migrantes, inclusive aquellos sin recursos, sin estado regular o sin RUT pueden acceder a atenciones de salud de urgencia. Desde junio del 2016, vía Decreto Superior 67, personas migrantes sin su RUT vigente pueden también ser inscritos en el sistema de salud público chileno, vía FONASA A de carencia de recursos. Todo esto da pruebas de que el estado chileno ha ido ampliando la cobertura de salud para los migrantes desde el año 2003, a través de distintas normativas y legislaciones que han desembocado en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en el 2017. Chile ha liderado en diversos aspectos esta respuesta institucional formal al sistema de salud para migrantes. No obstante, a pesar de estas garantías algunos grupos de migrantes en estado regular

o irregular no acceden a todas las garantías disponibles en materia de salud, incluyendo a niños, niñas y adolescentes, a hombres y a mujeres (1).

Retomando la idea de los derechos humanos y la ciudadanía para los migrantes internacionales, de acuerdo a García (40) los derechos humanos y la migración en la región han tomado dos formas una que piensa a la migración en los derechos humanos y la otra, los derechos humanos en la migración: “los derechos humanos le dan un rostro humano a la gestión migratoria, y desde los derechos humanos, estos se vuelven un límite para la facultad estatal respecto de fijar su política migratoria”. Algunos teóricos proponen que los derechos humanos universales son una herramienta que puede cubrir las barreras emanadas de la ciudadanía nominal ya que es un instrumento supranacional (35). Por otra parte, autores como Ghosh (36), vuelven a recalcar el desajuste que se produce entre las ratificaciones que los estados pueden hacer sobre los derechos humanos y la protección que estos otorgan a los migrantes, pero aun así manifestar una falta de capacidad o de voluntad política para su efectividad. La consecuencia más directa es la aparición de diversas tensiones entre las leyes nacionales y las leyes supranacionales o internacionales. Un ejemplo de esto es el hecho de que los estados-nación rigen bajo el principio de soberanía. De acuerdo a Pavez-Soto y Colomé (48), esto implica que los estados tienen la capacidad de controlar sus fronteras y el flujo de personas que transita en ellas, lo que muchas veces vulnera los acuerdos supranacionales como el de los derechos humanos para personas migrantes. De acuerdo con las autoras, existen además en Chile vacíos legales en las normativas vigentes que permiten la retención y el impedimento arbitrario de la entrada de migrantes en el país, sobre todo en las áreas fronterizas del norte del país. En la misma línea y a propósito de la soberanía del Estado chileno, los tratados internacionales y los tratados domésticos a los que adscribe Chile, Domínguez (49) explica que la tensión o discordancia entre estas dimensiones produce “la denegación *de facto* de los derechos humanos de los migrantes a causa de la interferencia de los mecanismos de control migratorio [... produce que ciertos] derechos clave para la población inmigrante, como el derecho al debido proceso, a la libertad personal, el derecho a la educación, salud y ciertos derechos laborales” no resguarden con total integridad a los migrantes. Los Estados, por su parte, reconocen el enorme desafío de ejecutar procesos migratorios ordenados, seguros y regulares, en especial cuando los influjos al país aumentan. Con el aumento de migrantes aumenta el requerimiento de personal calificado, y la necesidad de la introducción de tecnologías y capacidades que promuevan el ejercicio de derechos individuales a gran escala, incluso en los infrecuentes escenarios de países inclusivos y abiertos a la migración. Todo esto hace entonces una distinción desde las ciencias jurídicas entre los derechos *de jure* (los que están formalmente reconocidos) y los derechos *de facto* (los que se aplican realmente en la vida social) en contextos de migración global dinámica, cambiante y a escala global.

Ghosh propone a la luz de esta discordancia, un acercamiento entre aquel sector deseoso de hacer valer los derechos humanos universales de los migrantes y aquel el sector -tanto gubernamental como no gubernamental- que desea mejorar la administración y gestión que se hace de la migración. Esto porque la literatura revisada por el autor muestra la desconexión y la falta de cruces entre la migración y los derechos humanos (36). La causalidad de la falta de conexión a nivel literario se trasluce directamente en la falta de conexión en la toma de decisiones en materia de derechos de los migrantes, incluyendo derechos en salud. García (40) sobre esto explica que la inclusión de los derechos humanos en la migración es debido a que hay un paradigma de la modernidad en el que confluyen lógicas emancipatorias y otras regulatorias. A diferencia de Ghosh, propone otra arista: la de pensar en una política regional del derecho humano a migrar más que pensar la migración con derechos humanos. Por su parte, Jiménez (45) toma a Baxi y en bastante concordancia con lo que plantea García, resalta el potencial reivindicativo de los derechos humanos e inclusive como insurrección en tanto movimientos sociales buscan verse reflejados en ellos, tales como los movimientos ecológicos, de los derechos de las mujeres y los movimientos que luchan por la descolonización. Para Baxi, en la actualidad debe darse la lucha por la inclusión de los migrantes bajo la protección de los derechos humanos.

Por lo tanto y para finalizar, una aproximación de los derechos humanos de los migrantes a nivel general, y en particular en su derecho a la salud, que quede solo como una mera declaración de los migrantes como sujetos de derecho no es suficiente. Se debe avanzar hacia miradas de nacionalidad sustantiva (y no solamente nominal) donde los países adscriban de manera vinculante a los tratados internacionales y regionales sobre la protección de los derechos humanos y la migración, la protección de los derechos humanos de migrantes internacionales se ve en peligro. Es necesario pasar de los derechos *de jure* a los *de facto*, y generar una política regional y nacional en donde el derecho sea a migrar.

Como se estableció en el apartado precedente, los estados-nación deciden de manera particular o supranacional generar leyes, normativas y políticas públicas que norman la integración o exclusión de los distintos colectivos sociales. Uno de los colectivos que es objeto de una serie de normas no exenta de polémicas a nivel mundial es la de los migrantes. Estas decisiones, con respecto a los colectivos diversos, pueden nombrarse como la gestión de la diversidad, la que entonces, es aquella postura teórica y práctica traducida en modelos, que van desde la plena inclusión a las formas más restrictivas de inclusión que los estados-nación modernos generan frente a las poblaciones diversas.

Una de las formas más utilizada por países tradicionalmente receptores de migrantes ha sido el asimilacionismo; este entendido de manera simple es un modelo en el que los migrantes deben de alguna manera dejar su cultura de origen para adaptarse e integrarse bajo los parámetros culturales del país de acogida. Para Torres (50) “el asimilacionismo, como paradigma de gestión de la diversidad, asume que el otro cultural tiene que adaptarse al estereotipo mayoritario prescindiendo de su marco cultural vital. Esta adaptación, independientemente de sus matices, se produce de manera unilateral”. Así, el asimilacionismo comprende al otro como aquél que debe transitar a través de un proceso en el que adopta como propia la cultura dominante en la sociedad. Sobre esta idea existe un presupuesto basal implícito en el que la sociedad de acogida o receptora es poseedora de una cultura homogénea, uniforme y cohesionada concertada en una comunidad nacional, y que el migrante tiene una cultura de origen también cohesionada y que en alguna medida es distante o diferente, inclusive muy diferente a la cultura del país receptor.

Cuche (51) pone en el entredicho estas asunciones primarias llamando la atención sobre tres puntos: Primero, la noción de “cultura de origen” que sobre todo es evocada al hablar de la migración y los migrantes internacionales. En segundo lugar, la idea de que la cultura del país receptor es homogénea y de alguna forma, coherente en su totalidad consigo misma. Y, en tercer lugar, apunta algunos elementos sobre lo que ocurre en el contacto entre ambas culturas. La cultura de origen como noción, es prácticamente un contenedor vacío que no dice mucho acerca de los sujetos. Esto porque se homologa cultura de origen con país de origen o nacionalidad. Acerca de esto, se reducen las trayectorias de vida de las personas que han migrado al interior de los países de origen, o quienes hayan migrado previamente a otros lugares. Luego, al evocar el país de origen, se obvian cuestiones como las diferencias locales, regionales, de clase, de género y de etnicidad al interior de los países mismos. No es muy difícil acordar que los estados-nación son heterogéneos, por lo que clasificar a los migrantes en su identidad de acuerdo con la “cultura de origen” es reductivo. Por otra parte, el asimilacionismo presupone que la cultura del país receptor, la cultura dominante que debe hacer un espacio para los migrantes que llegan, es una cultura unificada. De la misma forma en que se refutó esta idea en el párrafo anterior, “la cultura de recepción” - que se podría denominar de este modo si se sigue la lógica de Cuche- también se homologa con la nación. Igualmente, la cultura de recepción es también multidimensional y compleja. Existen diferencias locales y regionales, diversidad cultural, jerarquías de clase, de género y etnicidad, entre otras dimensiones de lo diverso. Por lo tanto, en este encuentro cultural, no se hace un intercambio unidireccional tal como lo pretende el asimilacionismo.

A pesar de la patente diversidad, los estados-nación se han formado en su mayoría a través de procesos de unificación de lo social y cultural bajo una identidad nacional. Estos procesos han sido guiados desde la óptica asimilacionista en donde se han propulsado prácticas como la unificación de un lenguaje oficial, la creación o reafirmación de los mitos creadores de la nación en cuestión (sean estos sobre hechos históricos verídicos o imaginados), muchas veces una homogeneización religiosa, y la aculturación de las personas en nacionales por medio del sistema educativo, entre otros. En América Latina se ha tendido a crear una identidad regional de los países que fueron anteriormente colonias de países europeos, que se vuelve transversal a las identidades nacionales de cada país. De acuerdo a lo anterior, el problema del asimilacionismo es que finalmente hay una sacralización en la relación entre Estado y cultura (la dominante) (52).

Para Usallán (52) el asimilacionismo como mecanismo de absorción de nuevos actores sociales -que por cierto, es reduccionista y muchas veces excluyente- en este caso los migrantes, ha tomado distintas formas de acuerdo a las tradiciones políticas de los países. El autor distingue dos grandes modelos: el de *anglo-conformity* y el de *melting pot*. El primero se refiere al proceso que llevó a cabo Estados Unidos para americanizar a los migrantes durante el siglo XX. El Estado norteamericano esperaba la asimilación y homogeneización de los migrantes ya que la diversidad cultural tenía el potencial de desestabilizar los fundamentos de la nación.

El *melting pot* por su parte, propone un asimilacionismo en el que los migrantes y grupos diversos son el punto de partida para la creación de una nación homogénea, en la que se reconoce el aporte de la diferencia, pero con miras hacia la unificación. Finalmente, el asimilacionismo ha sido criticado ampliamente y como Becerra lo explica apoyándose en Schmitter (38) “desde hace varias décadas el discurso asimilacionista ha despertado críticas, particularmente en relación con la linealidad de sus postulados y con su incapacidad de explicar los patrones de contacto e interacción de las sociedades de llegada en relación con los inmigrantes”. Un paso más allá del asimilacionismo en la escala de la gestión de la diversidad con fines más integracionales, está la multiculturalidad y la interculturalidad. Ambos planteamientos son profundizados en el capítulo “Propuestas socio-antropológicas de interculturalidad en salud aplicables a poblaciones migrantes internacionales”.

Brevemente, el enfoque de la multiculturalidad ha sido utilizado indistintamente con el de interculturalidad, pero ambos presentan diferencias importantes. Multiculturalidad se define como la existencia de distintas culturas que habitan en un mismo territorio. Según Comboni y Juárez (26) siguiendo los planteamientos de Bartolomé, en Europa, Canadá y Estados Unidos se ha asumido la multiculturalidad como paradigma para lidiar con la diversidad poblacional. Esto en respuesta primeramente a la diversidad étnica representada en pueblos originarios más comúnmente en Canadá y Estados Unidos, pero sobre todo enfocado a los flujos migratorios en los que estos territorios han tenido un rol de receptores de migración históricamente. Estas sociedades han planteado una respuesta que reconoce el pluralismo y diversidad sociocultural como algo natural e inclusive deseable. Pero, en esta forma declarativa de buenas intenciones al reconocimiento de la diversidad, se promulga la tolerancia a la diversidad, la que puede existir bajo categorías muchas veces *culturizantes*. Interculturalidad, por su parte, se define como el modo de acción en el que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder, de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial (27). Es diferente del concepto de multiculturalismo en tanto plantea la relación entre los diversos grupos, más que la mera cohabitación entre ellos.

Como ya fue mencionado, las visiones estáticas de las culturas y grupos no son de gran ayuda al momento de comprender con claridad las interacciones complejas y dinámicas de grupos diferentes. Esto porque en realidad, los grupos distintos no son un todo homogéneo y coherente; y las identidades grupales no son siempre gerenciadas desde los mismos grupos como distintivos puramente culturales, puede haber otras dimensiones de peso como la estratificación social por sobre lo cultural como tal. Lo anterior implica, de acuerdo con diversos autores, que muchas veces la multiculturalidad adscribe a un principio unificador que permite la no desintegración social, pregonando la universalidad como método de integración de los grupos socioculturales. En resumidas cuentas, se reconoce una existencia plural pero no se dota de poder a las minorías con respecto a los grupos hegemónicos socioculturales y en último caso, no se cuestiona la existencia de estas relaciones de poder mismas.

¿Competencias culturales o interculturales?

Las competencias culturales vienen siendo discutidas desde hace al menos veinte años en la enfermería transcultural y desde los años setenta en el dominio de la antropología (53). Pese a este largo lapsus de tiempo, aún es necesaria su revisión continua como concepto y en su arista aplicada en la atención en salud de población diversa y en particular en población migrante internacional. En específico, en Chile se hace necesaria esta discusión analítica y práctica en vista de los nuevos flujos migratorios que acontecen en el país tanto desde la década pasada como la década que recién comienza. Definiciones simples de esta noción apuntan a que las competencias culturales son aquellas habilidades que un cierto gremio de profesionales posee para la atención de población diversa, entre ellas los migrantes. Las competencias culturales en salud son las habilidades específicas que los trabajadores de la salud poseen para la atención y cuidados culturalmente pertinentes de distintas poblaciones. Una definición más sofisticada y clásica de acuerdo con Osorio Merchán y López citando a Campihba Bacote es que “la competencia cultural está definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales” (53).

Kleinman y Benson (54) explican que las competencias culturales se han vuelto un término de moda nuevamente en lo que respecta a la atención en salud y la diversidad cultural. Y esto es de esperar ya que la cultura sí importa y sí es parte de los procesos de salud, enfermedad y atención. Al respecto, la biomedicina muchas veces ha tenido una aproximación ahistórica de su propio quehacer (55), posicionándose en el lugar de lo universal en cuanto a las formas de entender la salud, la enfermedad y la atención. Y en base a esta tensión es que las competencias culturales son una de las aproximaciones positivas que se proponen para sortear las dificultades de una realidad diversa en la atención en salud. Sin embargo, las competencias culturales pueden ser un arma de doble filo si no se comprenden de una manera multidimensional y compleja sobre todo respecto al entendimiento basal de la cultura. En esto, si la comprensión de la alteridad y de la diversidad cultural es esencialista, también lo serán las habilidades a promover en las competencias culturales en salud. El riesgo es la reducción de la diversidad y sobre todo en poblaciones migrantes a la diferencias lingüística, de nacionalidad o étnicas (38,54).

Otro potencial riesgo de un planteamiento cerrado de las competencias culturales, y como ya han advertido las ciencias sociales, es que no es posible atribuir a la cultura todas las conductas de salud de las personas migrantes que no encajen con las prescripciones de la biomedicina. Tal como el excelente ejemplo que da Kleinman y Benson (54) de un paciente mexicano (que se atiende en Estados Unidos) con VIH, acude a las consultas médicas y sigue las órdenes de su médico tratante, pero su hijo también diagnosticado con VIH no acude a sus citas médicas. La primera tentación explicativa acerca del por qué el niño no recibe tratamiento es debido a la cultura diferente del padre, es decir, su nacionalidad y cultura mexicana. Pero los autores develan la historia completa en la que la pobreza, falta de recursos, falta de tiempo y problemas para movilizarse hacia el centro de salud son las verdaderas causas por las que el niño no recibe tratamiento. Desde lo anterior, lo que finalmente se quiere rescatar es que otra de las actitudes que los trabajadores de la salud pueden trabajar es la escucha activa y auténtica de la historia completa, En este caso, bastaba con preguntarle al padre por qué se encontraban en la situación descrita para conocer las verdaderas razones del escenario; razones basadas en la pobreza y de clase social y no en una explicación cultural.

En sus potencialidades, las competencias culturales pueden abrir a los trabajadores de la salud a una comprensión más profunda de la diversidad, más allá de las variables de la lengua, la nacionalidad y la etnicidad. Estas habilidades requieren de un trabajo y revisión personal y grupal que vaya más allá de las competencias científicas, clínicas y tecnológicas (53) que ya deben poseer, lo que en sí mismo es un desafío. Sobre esto, más que comprender los rasgos característicos de tal o cual cultura de los usuarios, los trabajadores pueden realizar una atención de calidad e inclusiva y pertinente culturalmente basada en una atención de escucha e intercambio de conocimientos. Es muy probable que algunos trabajadores de la salud perciban que no tienen el tiempo suficiente para aprender las características específicas de las poblaciones que atienden -lo que, por cierto, también es reduccionista. ya que la cultura es mucho más que una lista de rasgos de adscripción-, pero a lo que sí pueden recurrir es a dejar que el usuario hable, explique su modo de entender lo que le está ocurriendo, y si es que algo no le hace sentido. Lo que se busca también es la evitación de proveer de unos cuidados estandarizados que no logren su cometido en tanto no logran adecuarse a las características y necesidades, creencias y vivencias de los sujetos y grupos (56).

Luego de esta breve revisión de las potencialidades y restricciones de las competencias culturales, cabe preguntarse acerca del término mismo. La posibilidad de avanzar desde las competencias culturales, ampliamente enfocadas en los profesionales de salud y estandarizadas en el hemisferio norte por medio de *checklists* de auto-aplicación, hacia el concepto de competencias interculturales, que reconocen el valor del trabajo desarrollado en competencias culturales, pero están más interesadas en el encuentro e intercambio humano que tiene lugar en la atención de salud, se vuelve una pieza relevante de discusión. Esta elección no es meramente estética si también más bien estratégica, ya que la clave es la palabra interculturalidad, la que reenvía a una imagen y sentido específico y distinto frente a la palabra cultural en la ecuación. La noción de competencias culturales tiene una imagen más relacionada con una unilateralidad del encuentro entre los trabajadores de la salud y los usuarios migrantes internacionales. Esto porque se da a entender que los trabajadores de salud adquieren herramientas más allá de lo técnico científico de su quehacer, acerca de los migrantes y sus prácticas de salud que pueden ser diferentes. Pero la noción de competencias culturales se amplía si es que se utiliza el término de competencias interculturales, ya que la imagen refiere más a una interacción bilateral -o trilateral si es que la atención se hace con la ayuda de un facilitador intercultural, o inclusive de a cuatro si es que además hay algún familiar o cercano presente-. La interculturalidad en su acepción clásica subraya la importancia del reconocimiento mutuo de la diferencia cultural y aquello que es común, ya que no existe tampoco una diferencia radical en la que no haya un punto de encuentro entre personas o grupos sociales.

De este modo la interculturalidad en su espíritu de disminución de las jerarquías propone de un diálogo más horizontal y respetuoso entre las partes. Además, la interculturalidad va más allá en el sentido de que plantea que los trabajadores de la salud reconozcan que también son personas y profesionales culturalmente situados, y que la biomedicina es también un producto cultural con una historia. Del mismo modo, la institución en las que se encuentran insertos tiene sus particularidades locales, así como el sistema de salud del país. De modo que las competencias interculturales llaman al reconocimiento de los trabajadores de la salud como sujetos con cultura e historia, así como los usuarios migrantes y aquellos que puedan acompañarlos en el espacio de salud como facilitadores interculturales y familiares o cercanos. La interculturalidad, o las competencias interculturales por su parte, tienen en este contexto su acento no en el trabajador de salud únicamente, sino que en el encuentro humano entre todas las partes involucradas en la atención de salud.

Hacia un encuentro intercultural efectivo en salud

Una aproximación descriptiva

Como punto de partida para este libro, las editoras han construido una propuesta para el encuentro intercultural efectivo en salud. Esta contiene en primer lugar una parte descriptiva y, en segundo lugar, una parte propositiva. En cuanto a la parte descriptiva, la Figura 1 ejemplifica de manera simple a los actores involucrados en una atención en salud: un o una usuario/a migrante: un/a trabajador/a de la salud y un/a facilitador/a intercultural (presente en algunas ocasiones en el contexto de la atención de salud). Como se mencionó en el apartado anterior, inclusive puede haber familiares o cercanos de la persona que consulta, o dependiendo del tipo de atención en salud más de un trabajador/a de la salud. En este encuentro intercultural en salud se comparten experiencias, emociones con respecto al malestar, visiones de mundo, identidad, creencias, relación con el sistema de salud, corporalidad y enfermedad y objetos de acuerdo con cada persona y su rol en la interacción. Este es el espacio concreto y real en el cual, en la mayor parte de las prestaciones de salud, tiene lugar el encuentro intercultural. En este espacio se requiere del desarrollo de capacidades cognitivas, actitudinales y conductuales que apoyen y promuevan encuentros humanos con pertinencia y sensibilidad intercultural.

Cada uno/a de estos actores sociales representados en la Figura 1 trae su propia experiencia de vida, relación con el sistema de salud, expectativas, necesidades y miedos. Los/as trabajadores/as de salud traen además conocimiento experto en cómo funciona el sistema de salud, en la cultura y conocimiento del enfoque biomédico, en su lenguaje y prácticas validadas. Estos atributos han históricamente reflejado un mayor poder o incluso, en algunos casos, dominación sobre el saber y experiencia del usuario/a. Y el enfoque de competencias culturales ha tenido un marcado interés por entregar la sensibilidad mínima necesaria para que el funcionario comprenda y reflexione acerca del lugar que ocupa en la relación con el usuario, su poder y la gran oportunidad que ofrece el abrirse a la experiencia y voz del paciente. Esto por su responsabilidad como experto del sistema de salud frente al usuario, que en su dimensión ética esencial implica mayor conocimiento biomédico y experiencia terapéutica específica, que el/la usuario/a buscan para enfrentar su condición o necesidad de salud. El usuario/a también trae su cultura adquirida, con sus creencias y prácticas particulares, y también tiene experiencia con el sistema de salud. Además, el/la paciente tiene además su propia sabiduría de lo que es “ser sí mismo/a” y de lo que es “padecer aquello que él o ella padece en su cuerpo en ese momento de su vida” que requiere siempre se reconocimiento y respeto en cualquier encuentro humano. Y, en el caso de un facilitador/a o mediador/a intercultural, o de un/a familiar presente, la dinámica de la atención de salud es aún más compleja y dinámica. Las Figuras 2,3 y 4 intentan dar un lugar balanceado a lo que cada actor de la atención directa de salud “trae” al encuentro intercultural; es una lista breve no exhaustiva, pero que intenta reflejar la complejidad involucrada en estas experiencias con el sistema de salud.

Figura 1: Actores y escenario del encuentro intercultural en salud



Figura 2: El “bagaje que trae” el trabajador/a de la salud a la atención de salud

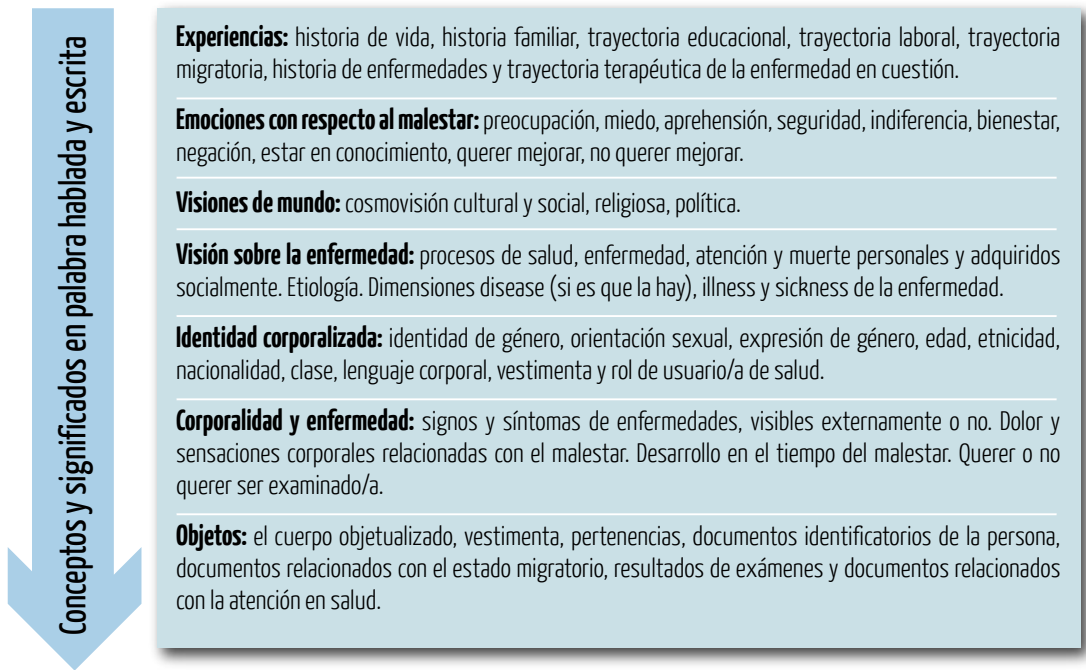


Figura 3: El “bagaje que trae” el usuario/a en salud

Conceptos y significados en palabra hablada y escrita

Experiencias: historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que la hay.

Emociones con respecto al malestar: preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocer la patología o no.

Visiones de mundo: cosmovisión cultural y social, religiosa, política,

Visión sobre la enfermedad: procesos de salud, enfermedad, atención y muerte personales y adquiridos socialmente (desde lo sociocultural y de la formación biomédica y de otros sistemas médicos si es que lo hay). Etiología. Dimensiones disease y sickness de la enfermedad.

Identidad corporalizada: identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase, lenguaje corporal, vestimenta específica y rol de trabajador de la salud.

Corporalidad y enfermedad: reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a, tocar y/o intervenir el cuerpo del usuario/a.

Objetos: el cuerpo objetualizado propio o de los otros, vestimenta específica, pertenencias, instrumentos médicos, material sanitario, material hospitalario, objetos de tecnología médica.

Figura 4: El “bagaje que trae” el/la facilitador/a o mediador/a intercultural

Conceptos y significados en palabra hablada y escrita

Experiencias: historia de vida, historia familiar, trayectoria educacional en el ámbito de la salud o similar si es que la hay, trayectoria laboral, trayectoria migratoria si es que la hay.

Emociones con respecto al malestar: preocupación, miedo, aprehensión, seguridad, indiferencia, conocer la patología o no.

Visiones de mundo: cosmovisión cultural y social, religiosa, política (propia, del usuario/a y de la biomedicina).

Visión sobre la enfermedad: procesos de salud, enfermedad, atención y muerte personales y adquiridos socialmente (desde lo sociocultural y de la formación como facilitador intercultural si es que la hay, formación sobre la biomedicina y el sistema de salud si la hay, y de otros sistemas médicos si es que lo hay). Etiología. Dimensiones disease y sickness.

Identidad corporalizada: identidad de género, orientación sexual, expresión de género, edad, etnicidad, nacionalidad, clase, lenguaje corporal, vestimenta específica si es que la hay y rol de facilitador/a intercultural en salud.

Corporalidad y enfermedad: reacción frente a signos y síntomas de enfermedades visibles externamente o no del usuario/a, percepción del dolor y sensaciones corporales relacionadas con el malestar del usuario/a, tocar y/o intervenir el cuerpo del usuario/a si es que ocurre.

Objetos: el cuerpo objetualizado propio o el de los otros, vestimenta, pertenencias, documentos identificatorios propios o del usuario/a, documentos relacionados con el estado migratorio propio y/o del usuario/a, resultados de exámenes o documentos respecto a la atención en salud del usuario/a.

Como se describe en estos esquemas, se puede identificar la multiplicidad de elementos interactuantes desplegados en los contextos de atención de salud y que forman parte de un encuentro intercultural en salud. Con esto se evidencia que una atención en salud implica mucho más que la atención biomédica de una enfermedad o una serie de ellas. El encuentro intercultural en salud es un espacio en donde se produce un momento de intimidad. Se comparten los miedos y aprehensiones que trae consigo la enfermedad y en muchos casos la muerte. En algunos casos incluye el desnudo, exponiendo el cuerpo del usuario/a a ser tocado y observado por el trabajador/a de la salud. También puede incluir la entrega de noticias, positivas o negativas, sobre la salud de la persona y sus posibles impactos en su vida, calidad de vida y estilos de vida. Desde este encuentro humano íntimo en el contexto de la atención de salud, se busca en este libro rescatar y promover la dimensión ética, humana y diversa social y culturalmente que hoy exige ser reconocida y experimentada en forma plena y significativa por los/as usuarios/as, los/as trabajadores de salud y todos los demás actores que pueden estar presentes.

Una aproximación desde la ética del cuidado, el buen trato y las virtudes humanas

Se tomará como base la definición de encuentro intercultural de Fernández (57), debido a su perspectiva crítica y clarificadora, y que la definen como el “espacio de negociación intersubjetiva en el que se sientan las bases, límites y características de la atención entre personas de trayectorias culturales diversas. Además de las habilidades de flexibilidad y adaptación, se recuerda la importancia de considerar contexto, condiciones causales, condiciones intervinientes, propiedades, estrategias de acción interacción y sus consecuencias en la creación de este espacio negociado de encuentro con el otro”. Para construir este espacio, a continuación, desarrollaremos algunas dimensiones generales a tomar en cuenta, desde la ética del cuidado y la ética de la práctica en salud.

Como punto de partida, tal y como lo señala Begoña Román, bioeticista española, debemos reconocer que las sociedades actuales son moralmente plurales, tecnificadas y en las que se ha institucionalizado el cuidar. Esto nos lleva a la necesidad de disponer de procedimientos compartidos para tomar decisiones en circunstancias en las que hay que responder adecuadamente y adaptándose ágilmente a los cambios que la persona cuidada pueda necesitar. Para todo ello es fundamental el diálogo. Tal y como ella lo plantea “la pregunta clave ya no es qué debemos hacer, ni en nuestro caso, qué cuidados dar, sino por qué hemos de actuar así, por qué cuidar y por qué cuidar así y no de otra forma: y las formas son esenciales cuestiones de cosas. En este sentido, más que de hacer y dar, o antes que hacer y dar, haría falta previamente reflexionar sobre qué cuidados, a quién, cuándo, cómo y, sobre todo, por qué” (58, p.1). En esta misma línea y orientado al acto de cuidar, Kant concedió el protagonismo fundamental a su aspecto intencional; no se trata sólo de hacer (de cuidar en nuestro caso), de llevar a cabo acciones que se ven; sino de escoger los motivos últimos por los cuales actuamos. Para Kant eso se traducía en el *actuar por deber*, por el *respeto* que toda persona merece. De forma que puede darse el caso de que la acción de cuidar sea “exteriormente” correcta, pero si uno convierte a la persona en objeto de cuidado y no en sujeto de respeto, la calidad ética de dicha acción de cuidar se resentirá. Pues, en palabras de Kant, en ello radica el valor moral de las acciones, en aquello que no se ve: en la intención del agente, en el hacerlo por respeto al deber (59). En este caso particular, el deber de cuidar desde las instituciones de salud y el deber de nuestro rol de trabajadores de un sistema de salud, de cuidar a otro ser humano con igual dignidad que nosotros/as. Esto va más allá de la dimensión emocional o sentimental del cuidar, apela a una dimensión del deber de cuidar que se conecta de manera clara y directa con principios, valores y virtudes de la naturaleza humana que deben ser comprendidas, desarrolladas y sostenidas de manera consciente y verdadera por quien quiera practicar el cuidar a otro. Complementariamente, Jonas (60) nos aclara que la *responsabilidad del cuidar del vulnerable* tiene una dimensión racional, objetiva, y otra más subjetiva y psicológica, y es magnífico que se den las dos. Sin embargo, es la primera -la dimensión racional y objetiva de cuidar en el máximo de la calidad posible en todo momento- la que debe ser siempre exigida, independiente de las emociones que surjan en el cuidador hacia el que debe ser cuidado.

Tal y como describe García el 2015 (61), la palabra “cuidado” viene del latín *cogitatus*, que significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo (62). El cuidado, el cuidar, parte del interés de alguien por otro, pero no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional. La actividad de cuidar es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro (63). El cuidado profesional, como labor propia, debería acabar con la dualidad entre las dos conocidas dimensiones del cuidar: la técnica y la humana. Dicha dualidad no se corresponde con la realidad en que vivimos y sería absurdo e imposible omitir o encargarnos tan solo de una de sus dimensiones. El acto de cuidar incluye las tareas más técnicas, es decir, las que garantizan las necesidades más

básicas de las personas, y las actividades o actitudes que establecen las relaciones terapéuticas, las cuales permiten la adecuación de las perspectivas de los pacientes con la realidad, así como la propia realización del profesional y sobre todo del paciente (64). Esta relación terapéutica, además de otras actividades no registrables o no cuantificables (como la preocupación, la motivación, la escucha, etc.), forman parte de los llamados cuidados invisibles (65,66).

El cuidado humano es una relación interpersonal de conocimientos y aprendizajes mutuos (58). El cuidado es una relación interpersonal, no un mero cúmulo de "atenciones". Y es una relación asimétrica donde la vulnerabilidad del otro es lo que debe marcar el ritmo. El tener que atender cada caso, obliga a la continua deliberación y elección de medios, según circunstancias y recursos, para lograr el fin último de que la persona vulnerable sea, esté y se sienta cuidada. La relación interpersonal del cuidado es asimétrica, por lo que el *no-poder* del otro, del vulnerable por su necesidad de salud, es el centro de gravedad sobre lo que debe pivotar la relación. Y no se trata precisamente de una relación ni de humillación ni de servilismo, sino de que esa asimetría ha de batallar por ir aumentando la dosis de poder de la persona cuidada: que sus deseos sean el centro de atención (modelos centrados en la persona), que su voluntad sea voluntad de poder hacer que ese otro que es el cuidador haga por él lo que él no puede. Estar *al servicio* de consiste precisamente es que el otro se sepa el centro y tratar de ir aumentando sus grados de autonomía. Se trata de que mientras sea paciente, es decir, mientras padezca, asuma pacientemente la enfermedad y las limitaciones que ésta implica, lo sea sin el otro sentido de paciente, a saber, que deba ser pasivo y tenga que sufrir además al cuidador, su torpeza en la gestión del tiempo, de la intimidad, etc., o violencia institucional (58). En esta relación la responsabilidad y el respeto son fundamentales. El respeto reclama la mirada atenta (*recipiere*) y la atención (*achtung*) y es respeto a la dignidad y respeto al grado de autonomía del paciente. La responsabilidad es la llamada a hacerse cargo de mantener esa dignidad y aumentar o sostener el grado de autonomía.

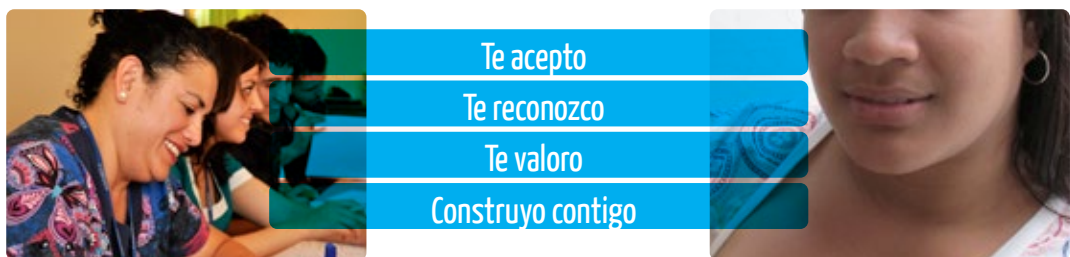
Además de la dimensión ética del deber de cuidar propio de quienes se desempeñan en ambientes de salud, también es necesaria la construcción de ambientes de buen trato en las instituciones de salud. Para un encuentro intercultural en salud que resulte significativo para las personas que sean parte de este, es ideal contar con ambientes de buen trato que promuevan en su política institucional, en sus normas y protocolos, así como en su cultura organizacional la promoción del buen trato y el rechazo explícito a toda forma de discriminación. Los ambientes de buen trato se caracterizan por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos, y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones. Como ya se ha revisado desde la dimensión ética del cuidar, a nivel individual los trabajadores de salud tienen la responsabilidad de construir ambientes de buen trato, basados en el cuidado, la protección y el respeto de las personas y familias, en su condición de sujetos de derecho. Y las instituciones de salud, con todas sus formas y propósitos, tienen la gran oportunidad de promover el ejercicio individual del deber ético de cuidar cuando se sostienen desde la mirada del buen trato. De acuerdo a la literatura internacional, en el área educacional en particular, los ambientes de buen trato tienen la capacidad de generar los siguientes efectos: (i) favorece el bienestar integral y el aprendizaje, (ii) aporta al sano desarrollo psicológico, físico y moral de las personas, y (iii) fortalece la autoestima, empatía, el diálogo y la participación. Existen diversas propuestas teóricas y prácticas para la construcción de ambientes de buen trato; en este capítulo quisiéramos señalar tres estrategias que podrían aportar a ello desde la interculturalidad en salud:

1. Reconocimiento de nuestro *sincretismo cultural*. Esto es, del proceso de transculturación y mestizaje entre distintas culturas que ha ocurrido en la humanidad a lo largo de su historia y que hoy nos compone en diversidad a todos/as. En términos históricos recientes, se refiere especialmente a cómo se produjo la mezcla entre Europa, sobre todo España y Portugal, y el Nuevo Mundo. Este punto de partida permite vernos de manera más cercana, desde nuestras similitudes históricas, desde nuestra historia común.
2. Reconocimiento de los *capitales de los grupos* humanos de diversidad social y cultural. Esto incluye los capitales materiales, sociales, políticos, económicos, culturales y simbólicos de cada pueblo, promoviendo las dimensiones que en el encuentro intercultural se valoran como positivas por sobre aquellas que nos pueden parecer negativas o distanciadoras.
3. Transformación de la *divergencia en convergencia*. Para ello, se debe trabajar en forma consciente y sistemática en el intercambio y negociación respetuosa de miradas y formas de construir la realidad. Incluye, por ejemplo, la creación de códigos compartidos, la construcción de una pedagogía y narrativa compartida, la renovación de metáforas y símbolos de unos/as y otros/as para un encuentro humano real y significativo a largo plazo. Se requiere de trabajo organizado, persistente y disciplinado, así como de coraje y mucha voluntad.

Desde nuestra experiencia como Programa de Estudios Sociales en Salud, hemos aprendido que se requieren de cuatro pasos mínimos para un encuentro intercultural efectivo. Estos no son exclusivos ni exhaustivos, pero son simples en su abordaje para un encuentro humano en salud significativo. Tienen un orden secuencial, en el sentido de que se requiere el primero para que se pueda avanzar al siguiente o se corre el riesgo de fracasar en las metas planificadas para la atención de salud desde un enfoque intercultural. Reconociendo el paso decisivo que es la negociación o mediación en salud para un encuentro intercultural en salud efectivo, estos cuatro pasos serían una buena antesala para dicho momento de la relación intersubjetiva e intercultural. Los pasos descritos de manera sencilla serían (Figura 5):

1. Aceptación mutua en nuestra dignidad de persona (calibrar y balancear la relación de poder implícita en el encuentro de salud desde su inicio).
2. Reconocimiento mutuo de nuestras historias, creencias, identidades, miedos y anhelos (conocernos como individuos únicos por medio de la escucha activa y la comunicación efectiva).
3. Valoración de lo que nos diferencia y de lo que tenemos en común desde un lugar neutro emocional (crear puentes iniciales de reconocimiento para un diálogo posterior más profundo y sincero que permita llegar a la negociación o mediación efectiva).
4. Ponernos de acuerdo sobre lo que queremos como individuos y como grupos, y sobre cómo construirlo a lo largo del tiempo. Esto incluye códigos, lenguaje, narrativas y símbolos comunes (diálogo intersubjetivo de igual nivel entre las partes), así como de estrategias formales de mediación en salud y creación de acuerdos compartidos para cada atención de salud particular.

Figura 5: Descripción de pasos esenciales para iniciar un encuentro intercultural en salud.



Para finalizar, destacaremos una serie de capacidades humanas que deben cultivarse en todo trabajador/a de salud para la realización efectiva de encuentros interculturales. A esto llamaríamos las competencias interculturales necesarias en contextos de salud para encuentros humanos significativos, que hemos organizado para este capítulo en torno a tres virtudes humanas esenciales: (i) la Verdad, (ii) el Amor, y (iii) la Unidad (Figura 6).

En torno a la virtud de vivir en la verdad, hemos organizado seis competencias interculturales, cada una de gran profundidad conceptual y que aquí brevemente enunciaremos:

1. Capacidad reflexiva en torno a la ética del ser humano y la ética del cuidado: capacidad de observar, cuestionar y desarrollar en sí y en otros/as una forma de cuidar que se fundamente en la ética del ser humano (y sus principios fundamentales), la ética de los derechos (basándose en la igualdad e imparcialidad) y la ética del cuidado (que se basa en la igualdad, pero a la luz de una responsabilidad sobre los otros, que descubre y tiene en cuenta la singularidad no solo del que sufre el problema, sino de los demás implicados).
2. Honestidad: conjunto de atributos personales, como la decencia, el pudor, la dignidad, la sinceridad, la justicia, la rectitud y la honradez en la forma de ser y de actuar. La palabra proviene del latín *honestitas*, *honestitatis* y es un valor moral fundamental para entablar relaciones interpersonales basadas en la confianza, la sinceridad y el respeto mutuo. Una persona que actúa con honestidad lo hace siempre apoyada en valores como la verdad y la justicia, y no antepone a estos sus propias necesidades

o intereses. En este sentido, es una persona apegada a un código de conducta caracterizado por la rectitud, la probidad y la honradez.

3. **Transparencia:** valor aplicado a la conducta humana, significa permitir que los demás entiendan claramente el mensaje que se entrega y perciban un mensaje que exprese lo que realmente se desea transmitir. Ser transparente es ser claro, evidente, no expresarse con ambigüedad que permita errores de interpretación. La transparencia es posible de observar en la conducta de individuos, pero también de organizaciones de todo tipo y es fundamental para la vida en democracia.
4. **Legitimidad:** proviene principalmente de la teoría del derecho, de la ciencia política y de la filosofía para definir la cualidad de ser conforme a un mandato legal. En ciencia política, es el concepto con el que se enjuicia la capacidad de un poder para obtener obediencia sin necesidad de recurrir a la coacción que supone la amenaza de la fuerza, de tal forma, que por ejemplo, un Estado es legítimo si existe un consenso entre los miembros de la comunidad política para aceptar la autoridad vigente. La legitimidad del resultado en un proceso democrático (por ejemplo, la elección de una terapia que se decide utilizar y financiar por un sistema de salud) supone la legitimidad de su proceso que lo llevó a dicho resultado (por ejemplo, evaluación crítica, razonada y sistemática de las múltiples alternativas posibles por todos los actores clave, hasta el punto de consenso para la elección final de terapia a financiar y proveer por el sistema de salud). Esto se puede extrapolar a toda decisión en salud, individual y colectiva, en tanto la legitimidad de la decisión pasará inevitablemente por la legitimidad del proceso que se llevó a cabo para llegar a ella.
5. **Autenticidad:** concepto utilizado en psicología y psiquiatría existencial, así como en filosofía y estética. En el existencialismo, la autenticidad es el grado en que las acciones de un individuo son congruentes con sus creencias y deseos, a pesar de presiones externas. En este sentido, se ve el yo consciente como la aceptación de estar en un mundo material y encontrarse con fuerzas externas, presiones e influencias, y otras, que son muy diferentes a uno mismo. La llamada de la autenticidad resuena con la famosa instrucción del Oráculo de Delphi, "Conócete a ti mismo." proponiendo la autenticidad también: «no solo concéte a ti mismo – sé tú mismo».

Integridad y coherencia: integridad se refiere a hacer siempre lo correcto o a hacer todo aquello que se considera bueno para una persona sin afectar los intereses de otra. La palabra integridad proviene del latín *integritas* (totalidad, virginidad, robustez y buen estado físico), pero el vocablo se deriva del adjetivo *integer* ('intacto', 'entero', 'no tocado o no alcanzado por un mal'). Es la pureza original y sin contacto o contaminación con un mal o un daño (físico o moral). La integridad se basa en 13 cosas a las cuales son, honradez, honestidad, respeto por los demás, corrección, responsabilidad, control emocional, respeto por sí mismo, puntualidad, lealtad, pulcritud, disciplina, congruencia y firmeza en las acciones. Se considera íntegro a un individuo cuando es honesto, tiene firmeza en sus acciones y actúa de manera correcta. En general, una persona íntegra es alguien en quien se puede confiar, pues refleja a aquella persona que ha escogido retomar el camino de la propia verdad, hacer lo correcto por las razones correctas y del modo correcto. Coherencia, por su parte, del latín *cohaerentia*, es la cohesión o relación entre una cosa y otra. El concepto se utiliza para nombrar a algo que resulta lógico y consecuente respecto a un antecedente, por lo que también se asocia a aquello que resulta entendible a partir de la lógica y que "sigue una misma línea lógico-racional".

En torno a la virtud de vivir en el amor, hemos organizado lo que consideramos cinco competencias interculturales, que enunciaremos brevemente en este texto pese a su profundidad conceptual:

1. **Buen trato y gentileza:** el buen trato puede entenderse al trato como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona o con un grupo de sujetos. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos, y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones. La noción de buen trato está vinculada al tipo de trato que se considera ético o correcto desde el punto de vista moral. Si existe un buen trato (aprobado y aplaudido), hay otro trato que puede ser condenado: el maltrato. La gentileza, por su parte, es una virtud positiva en las relaciones personales. Corresponde a la amabilidad del trato que refleja actitud de respeto hacia el otro al querer cuidar los pequeños detalles para hacerle la vida agradable. La gentileza es una deferencia hacia la otra persona, a través de actitudes y detalles personales con los que una persona tiene cortesía.

2. Neutralidad y no juicio: la neutralidad emocional es un tipo de actitud que le permite al individuo elevarse por sobre el problema en cuestión, observar sin involucramiento en el asunto, tomar perspectiva, relevar información y detalles que en el fragor de la diferencia puedes haber pasado por alto; y, desde allí, adoptar un estilo más sereno para tomar mejores decisiones. También se le conoce como mantener el centro emocional en todo momento. El no juicio por su parte, desde el mindfulness, por ejemplo, propone ejercer de manera consciente y sistemática la voluntad de tomar distancia de los juicios que nuestra mente crea, sobre todo, de los que crea nuestra mente subconsciente, que son automáticos. Significa: (i) identificar nuestras identificaciones o concepciones de la realidad que permanentemente tiñen de juicios nuestras experiencias cotidianas, (ii) soltar con paciencia y práctica, poco a poco, identificaciones que tengamos de nuestras experiencias y (iii) y que estas identificaciones tengan cada día menos fuerza y aparezcan menos en el campo mental, sobre todo los pensamientos de rumiación (ideas o pensamientos que se repiten de manera insistente en cada uno/a generando emociones negativas asociadas) en los que los juicios tiene un peso muy significativo.
3. Empatía: La empatía es la capacidad que tiene una persona de percibir en los sentimientos, pensamientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar, es decir, como un individuo similar con mente propia. Consiste en entender a una persona desde su punto de vista en vez del propio, o en experimentar indirectamente los sentimientos y percepciones del otro. En el contexto de relaciones terapéuticas, la empatía se puede dar por parte del terapeuta, siendo un camino para comprender tanto al paciente, como sus afectos, sus motivaciones, o sus comportamientos y resultados. Se han definido diferentes tipos de empatía (afectiva, cognitiva, etc.) incluyendo la empatía intercultural, definida como la capacidad de percibir el mundo según una cultura o cosmovisión diferente de aquella de la que se proviene. La experiencia de empatía requiere de escucha activa.
4. Escucha activa: técnica y estrategia específica de la comunicación humana utilizada en campos como la enfermería, la psicoterapia y la resolución de conflictos. Corresponde a una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor a escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuestas. La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Las principales barreras de la escucha activa y que se pueden trabajar en forma favorable para controlarlos son: (i) la atención dividida (tratar de hacer demasiadas cosas al mismo tiempo), (ii) la atención a nosotros mismos (estar volcados en nuestros propios pensamientos o emociones, comprometiendo nuestra capacidad de escuchar a la otra parte), (iii) la subvaloración de la persona que nos habla o de lo que nos dice (esto es, quitarle importancia a lo que otro dice porque, por ejemplo, tenemos creencias distintas).
5. Compasión: La compasión, del latín *cumpassio* y del vocablo griego *sympátheia*, significa literalmente sufrir juntos. Es un sentimiento humano que se manifiesta desde el contacto y la comprensión del sufrimiento de otro ser. Se produce al ver padecer a alguien y que impulsa a aliviar su dolor o sufrimiento, a remediarlo o a evitarlo. Más intensa que la empatía, la compasión es la percepción y la compenetración en el sufrimiento del otro, y el deseo y la acción de aliviar, reducir o eliminar por completo tal situación dolorosa. Desde el budismo, la compasión es una actitud espiritual esencial, en tanto todo ser vivo merece esta piedad cuidadosa, esta solidaridad en la finitud de su propia existencia terrena. Religiones monoteístas de origen semita (judaísmo, islam y cristianismo), por su parte, han dado mucho valor a la compasión divina o misericordia. Desde la antigua Grecia, Aristóteles sostuvo que los humanos sienten compasión por los que sufren sin merecerlo, como sentimiento legítimo que no debería generar vergüenza, pudor o sentido de deshonra alguno.

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

1. Respeto al ser humano, a su autonomía y a su individualidad: El respeto como concepto requiere de cierto desarrollo básico. Del latín *respectus*, 'atención' o 'consideración', se define como la consideración y valoración especial que se le tiene a alguien/algo, al que se le reconoce valor social o especial deferencia. El término respeto aparece en diversas disciplinas como la filosofía política, la antropología, la sociología y la psicología. Muchas formas de respeto se basan en la relación de reciprocidad y de reconocimiento mutuo. El respeto está relacionado con la veneración o el acatamiento que se hace a alguien por cortesía, e incluye miramiento, consideración y deferencia (RAE). En cuanto al respeto como virtud moral, puede considerarse este como punto medio entre dos

extremos, por exceso y por defecto. Por defecto hace referencia al miedo, tanto a las personas que le rodean como a objetos o situaciones que afronta el individuo, llevándolo a situaciones de imposibilidad a realizar proyectos o metas. Por exceso hace referencia al abuso o desmedida de los límites preestablecidos para un correcto orden y trato de las personas o situaciones de cada individuo. El respeto a la autonomía del individuo considera asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. El respeto a la individualidad se trabaja ampliamente en educación y considera valorar las preferencias de cada persona, creer en sus posibilidades y confiar en su capacidad de crecer, desarrollarse y autorrealizarse. Incluye, desde la antropología espiritual, por ejemplo, el reconocimiento de la *individuación* humana, esto es, el reconocimiento de que cada persona es única e irrepetible. Cada ser humano merece respeto por ser un fin en sí mismo, y porque en él hay un valor esencial, llamado dignidad.

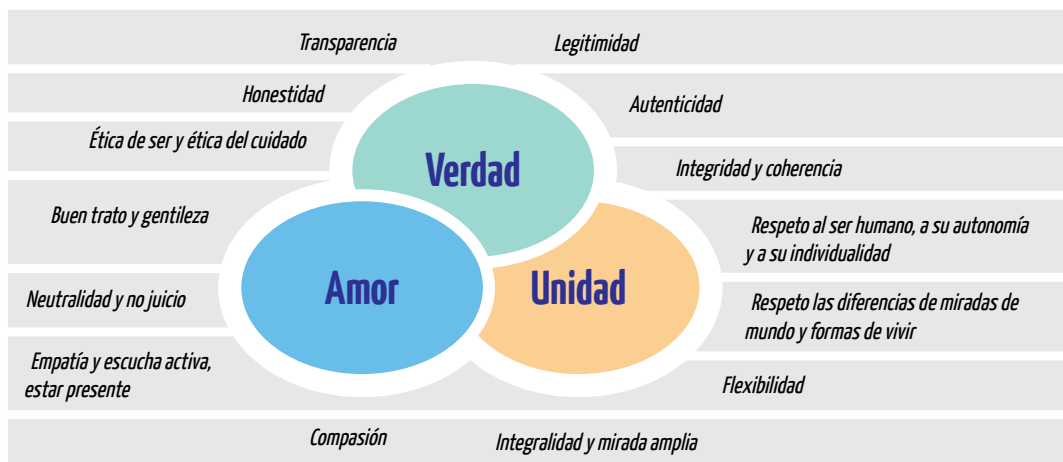
2. Respeto las diferencias de miradas de mundo y formas de vivir: avanzando en la idea de respeto más allá de los individuos y hacia los colectivos o comunidades, la UNESCO nos recuerda que la humanidad ha habitado todos los rincones del mundo, excepto la Antártida, durante siglos. Al trabajar y vivir juntos, los grupos de personas desarrollaron las distintas culturas que hoy en día forman un mosaico rico y variado. La diversidad cultural resultante amplía las alternativas, alimenta diversas capacidades, valores humanos y cosmovisiones, y permite que la sabiduría del pasado nos prepare para el futuro. La diversidad cultural puede impulsar el desarrollo sostenible de los individuos, comunidades y países. La diversidad cultural reconoce y legitima las expresiones culturales de diferentes grupos humanos, e invita a convivir en armonía y a compartir su valor único a la comunidad, fortaleciendo así la identidad de cada pueblo. Parte de crear ambientes respetuosos de la diversidad social y cultural propia de nuestra humanidad es reconocer que estos contactos e intercambios de conocimientos y expresiones engrandecen el capital cultural de un país o región. Por esta razón, se debe trabajar para generar espacios más inclusivos. La diversidad cultural nos hace más eficientes, más abiertos y receptivos a opiniones distintas, fomentando entornos de reflexión y crecimiento colectivo. Incluso, la expresión de las diferencias provoca el nacimiento de nuevas ideas que nos impulsan a ser más creativos e innovadores.
3. Flexibilidad: se define como la capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias o para acomodar las normas a las distintas situaciones o necesidades. La palabra 'flexible' procede del latín *flexibilis*. Se entiende por una persona flexible a aquella que se adapta a las circunstancias y capaz de ceder, en oposición a una persona rígida. En ocasiones también se habla de carácter flexible como un rasgo de la personalidad. El carácter flexible de un ser humano está relacionado con la personalidad ya que le permite aceptar nuevas ideas y adaptarse a nuevas circunstancias o situaciones. Una persona posee un carácter es una cualidad positiva debido a que se caracteriza por ser una persona tolerante, comprensiva, dócil, entre otras cualidades. Es una cualidad que en general se valora, especialmente en las relaciones personales y en el ámbito laboral. La flexibilidad cognitiva es la capacidad de un individuo de aplicar un conocimiento adquirido a un contexto o situación nueva. La flexibilidad cognitiva se manifiesta en la manera de acoger la información, de expresar las ideas y adaptarlas a las nuevas situaciones. De la flexibilidad cognitiva depende nuestra capacidad para procesar y analizar la información que recibimos a través de nuestros sentidos y adecuarla a los nuevos contextos.
4. Integralidad y mirada amplia: la integralidad es un concepto ampliamente usado en sistemas de salud, en especial en atención primaria. En ese contexto, la integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. Es una de las cuatro características básicas de la atención primaria de salud, junto con la accesibilidad, la coordinación, y la longitudinalidad. La atención primaria proporciona servicios de salud integrales, incluidas la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados terminales integrados y coordinados en función a las necesidades de cada paciente. La atención integral debe atender los aspectos biológico, psíquico y social de cada paciente. La integralidad también se refiere a la capacidad de mantener una comprensión holística, completa o comprensiva de la persona que se cuida, de la situación o fenómeno que se enfrenta y de los cursos de acción posibles de tomar para resolverlo. Integralidad requiere de mirada panorámica, de altura de miras, de abordajes sistémicos complejos y multidimensionales de la realidad.

Figura 6: Resumen de propuesta de las editoras sobre competencias interculturales a desarrollar en ambientes de salud y organizadas en torno a virtudes humanas.

ENCUENTRO INTERCULTURAL EN SALUD Una propuesta desde nuestro aprendizaje

Competencias interculturales:

virtudes para el encuentro humano significativo y verdadero en espacios de saludo



Conclusión

Este capítulo tiene como objetivo desarrollar conceptos fundamentales relacionados a interculturalidad en salud en poblaciones social y culturalmente diversas, con énfasis en pueblos migrantes. La interculturalidad en salud ha tenido su desarrollo conceptual y práctico en Chile a través de programas de atención y en normativas. Sin embargo, la perspectiva de lo intercultural en la salud pensada en la población migrante es una temática en pleno desarrollo. Este capítulo revisa conceptos esenciales como cultura, identidad, etnicidad y raza. También revisa definiciones más vinculadas a la diversidad social y cultural en salud como asimilacionismo, multiculturalidad e interculturalidad en salud. Luego, revisa la relevancia y pertinencia de enfoques como el de derechos humanos y la discusión actual sobre competencias culturales o interculturales en salud, finalizando con la construcción inicial del concepto de encuentro intercultural en salud.

Si bien este capítulo ofrece una mirada inicial en la temática, permite una introducción adecuada de conceptos fundamentales que este libro desarrolla desde la teoría y desde la práctica en interculturalidad en salud en Chile. Sirve de anclaje para los siguientes capítulos de este libro que abordan diferentes miradas y enfoques sobre el fenómeno de estudio en este libro, permitiendo al lector un texto acotado pero profundo y directo sobre el punto de partida necesario para continuar la lectura de este libro. Los conceptos que se desarrollan en este capítulo logran avanzar hacia la mirada más convencional de la competencia cultural en salud, para luego describir una mirada crítica desde la ética del cuidado y una propuesta personal de las editoras de lo que el encuentro intercultural en salud y sus competencias interculturales son y representan en este escenario particular.

1. Cabieses B. Informe final Licitación MINSAL. OIM UDD 757-13-LE17;
2. Klenner-Loebel M, Osses-Bustingorry S. Competencia comunicativa intercultural: un desafío para los profesionales de la salud en Chile. *Rev Médica Chile*. abril de 2018;146(4):539-40.
3. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: UDD; 2017.
4. ASALE R-, RAE. inter- | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/inter->
5. ASALE R-, RAE. cultura | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cultura>
6. Daure I. Approche systématique interculturelle. *J Psychol*. 6 de septiembre de 2011;n° 290(7):42-4.
7. Cabieses B, Correa ME, editores. Encuentros interculturales en salud. Testimonios de inmigrantes y equipos de salud. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019.
8. Tylor E. Cultura primitiva: los orígenes de la cultura. Ayuso; 1976.
9. Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
10. Lévi-Strauss C. Raza y cultura. Vol. 1. Cátedra colección teorema; 1993. 144 p.
11. Geertz C. La interpretación de la cultura. Barcelona: Gedisa; 1992.
12. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano. México: Grijalbo; 1987.
13. Kottak CP. Antropología cultural. 14a ed. México: McGraw Hill; 2011.
14. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2010;18(3):459-66.
15. Bayardo R. Antropología, identidad y políticas culturales. Programa de Antropología de la Cultura, ICA, Facultad de Filosofía y Letras. Univ B Aires. 2000;
16. Cuhe D. La notion de culture dans les sciences sociales. Paris: La Découverte; 2010. 157 p.
17. Larraín J. Identidad chilena [Internet]. Santiago, Chile: Lom Ediciones; 2001. Disponible en: <https://es.slideshare.net/portalcaminol/larra-identidad-chilena>
18. Gall O. Desigualdad, diferencialismo, asimilacionismo, segregacionismo y exterminio: racismos ordinarios en el mundo y en México. En: La discriminación racial.
19. Bauman Z. Modernidad líquida. España: Fondo de cultura económica; 2013. 104 p.
20. González N. Bauman, identidad y comunidad. *Espiral Guadalaaj*. 2007;14(40):179-98.
21. Crenshaw KW, Bonis O. Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cah Genre*. 2005;n° 39(2):51-82.
22. Obach A, Cabieses B, Carreño A. Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuad Méd Soc*. 2018;58(4):41-9.
23. Martínez Miguelé M. La etnometodología y el interaccionismo simbólico: sus aspectos metodológicos y específicos. 9. :2002.
24. Banks M. Ethnicity: anthropological constructions. Routledge London and New York; 2005.
25. Crenn C, Kotobi L. Du point de vue de l'éthnicité. *Pratiques françaises*. Paris: Armand Colin Recherches; 2012.
26. Wilkinson R, Pickett K, Vidal L. Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner Publications; 2009.
27. Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference. Bergen-Oslo/Londres, Universitets Forlaget/George Allen & Unwin; 1969.
28. Dietz G. Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación. Una aproximación antropológica. México: Fondo de cultura económica; 2012. 279 p.
29. Amselle J-L. De la déconstruction de l'ethnie au branchement des cultures : un itinéraire intellectuel. *Actes Rech En Sci Soc*. 2010;n° 185(5):96-113.
30. Jugnot S. Les statistiques « ethniques » outillent des politiques de quotas plutôt que la connaissance des discriminations : l'exemple canadien. *Rev Ires*. 2014;n° 83(4):51-84.
31. Smedley A, Smedley B. Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *Am Psychol*. enero de 2005;60(1):16-26.
32. Institute of Medicine (US) Committee on the Ethical and Legal Issues Relating to the Inclusion of Women in Clinical, Mastroianni AC, Faden R, Federman D. Racial Differences in Medical Care: Implications for Research on Women [Internet]. Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies: Volume 2: Workshop and Commissioned Papers. National Academies Press (US); 1999 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236582/>
33. Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. marzo de 2010;27(1):94-101.
34. Naciones Unidas. Derechos humanos [Internet]. 2016 [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
35. Estévez A, Estévez A. ¿Derechos humanos o ciudadanía universal? Aproximación al debate de derechos en la migración. *Rev Mex Sociol*. marzo de 2016;78(1):61-87.
36. Ghosh B. Derechos humanos y migración: el eslabón perdido. *Migr Desarro*. enero de 2008;(10):37-63.
37. Cantalapiedra ET. Periodismo, actores sociales y migración: intertextualidad en los discursos periodísticos sobre migración. *Converg Rev Cienc Soc*. 27 de abril de 2018;(77):201-27.
38. Becerra MM. ¿Y el lugar de la cultura en salud mental?: Una lectura crítica desde la clínica. *Rev GPU*. 2017;13(4):364-70.
39. Unión Interparlamentaria de la Organización Internacional del Trabajo, Naciones Unidas (Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos). Migración, derechos humanos y gobernanza Manual para Parlamentarios N° 24 [Internet]. Francia; 2015. Disponible en: <http://archive.ipu.org/PDF/publications/migration-sp.pdf>
40. García L. Migraciones, Estado y una política del derecho humano a migrar ¿Hacia una nueva era en América Latina? *Colomb Int*. 1 de septiembre de 2016;88:107-33.
41. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados encuesta CASEN 2017 [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
42. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas; 2018.
43. Naciones Unidas. Pacto Mundial sobre Migración: ¿a qué obliga y qué beneficios tiene? [Internet]. Noticias ONU. 2018 [citado 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447231>
44. Asamblea General de las Naciones Unidas. Proyecto de resolución remitido a la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General sobre la respuesta a los grandes desplazamientos de refugiados y migrantes en su septuagésimo período de sesiones. Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. 2016.
45. Jiménez CA. Migraciones, derechos humanos y vulnerabilidad. *Rev Fom Soc*. 2018;(289):115-40.
46. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social por parte de migrantes internacionales en Chile. En: Vulnerabilidad social y su efecto en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 319-50.
47. Ministerio de Salud. Salud del Inmigrante. 2019.
48. Pavez-Soto I. Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungará Arica*. diciembre de 2017;49(4):613-22.
49. Domínguez AC. Derecho chileno migratorio a la luz del derecho migratorio internacional: ¿ceden los derechos humanos mínimos de los extranjeros ante las prerrogativas soberanas del control migratorio? *Rev Chil Derecho*. abril de 2016;43(1):189-217.
50. Torres F. De la asimilación al pluralismo. Inmigración y gestión de la diversidad cultural en las sociedades contemporáneas. *Rev Arx Cienc Soc*. 2005;(11):61-87.
51. Cuhe D. Migrations internationales et transformations des cultures d'origine. En: Du point de vue de l'éthnicité *Pratiques françaises*. Paris: Armand Colin Recherches; 2012. p. 43-55.

52. Usallán Méndez L. El pluralismo cultural y la gestión política de la inmigración en Chile: ¿ausencia de un modelo? Polis Santiago. diciembre de 2015;14(42):277-302.
53. Osorio-Merchán MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm. diciembre de 2008;17(4):266-70.
54. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLOS Med. 24 de octubre de 2006;3(10):e294.
55. Carreño A, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. Cuad Méd Soc Chile. 2018;58(4):7-17.
56. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. Rev Panam Salud Publica. febrero de 2016;39(2):122-7.
57. Fernández Juárez GF. Salud e interculturalidad en América Latina : antropología de la salud y crítica intercultural [Internet]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2006 [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=12402>
58. Román B. Ética de la decisión para la práctica del cuidado. Profesora de la Facultad de Filosofía. Universidad de Barcelona.
59. Kant; I. Fundamentación de la Metafísica de las costumbres, Madrid: Alianza editorial, 2002.
60. HONAS, J: El principio responsabilidad, Barcelona, Herder, 1994.
61. García L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Acta Bioethica 2015; 21 (2): 311-317.
62. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 2001.
63. Santacruz Caicedo MC. Ética del cuidado. Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Cauca 2006; 8(2): 45-51.
64. Davis AJ. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona 2006.
65. Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. Presencia 2005; 1(2).
66. Calvo-Gil MJ, Ayala-Valenzuela R, Holmqvist-Curimil M, Molina-Díaz C. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. Acta Bioethica 2011; 17(1): 133-141.



CAPÍTULO 2

Revisión del marco normativo y consensos internacionales en materia migratoria e interculturalidad en salud

Alice Blukacz. Socióloga, MSc Migración Internacional y Políticas Públicas, Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, acblukacz@gmail.com

Los migrantes internacionales se enfrentan a múltiples barreras para el acceso a la salud física y mental, peligrando el ejercicio de su derecho a la salud como derecho humano. Tomando en cuenta que esas barreras pueden estar vinculadas a diferencias culturales y de cosmovisión a discriminación real y percibida a la hora de usar los servicios de salud, o a la falta de aceptabilidad y pertinencia cultural de éstos, se hace urgente abordar la cultura en el marco de la salud. Si bien la interculturalidad en salud es un enfoque que se viene adoptando en los marcos nacionales en Europa y en América Latina, ¿hasta qué punto la interculturalidad en salud se refleja en los marcos normativos internacionales y regionales? Este capítulo, busca por una parte evaluar la integración del enfoque y por otra parte poner de relieve el papel de la interculturalidad para la realización del derecho a la salud como derecho humano en un contexto de movilidad humana y diversidad cultural. En tal sentido, se pretende brindar respuestas a las dos siguientes preguntas: ¿Cuáles son los marcos normativos a nivel internacional de la salud migrante? ¿En cuáles de los marcos normativos internacionales que abordan la salud migrante se adopta un enfoque de interculturalidad en salud? En tal sentido, se realiza un mapeo del marco normativo y principales consensos internacionales que tocan directa o indirectamente el derecho a la salud de las poblaciones migrantes desde el ángulo de la interculturalidad a nivel global y regional de las Américas. Tras la revisión de los 84 instrumentos identificados, se evidencia la limitada inclusión del enfoque intercultural en los marcos normativos internacionales tanto en términos cuantitativos - apenas un cuarto de los instrumentos lo incluye - como en términos cualitativos. Si bien se celebra la existencia de instrumentos que integran un enfoque intercultural en el marco de la salud migrante, este se limita a una perspectiva funcional, “desde arriba hacia abajo”. Tomando en cuenta, sin embargo, que los tratados de derechos humanos y otros instrumentos normativos difícilmente pueden construirse desde una mirada crítica, se propone, para remediar a su “universalidad conceptual”, la interculturalidad como un enfoque orientado a la acción que permite contribuir a “aterrizar” el derecho a la salud en todas sus dimensiones y para todos.

Palabras clave: marcos normativos internacionales, derechos humanos, salud migrante, políticas públicas.

Abstract

International migrants face multiple obstacles to access to physical and mental healthcare, threatening their human right of access to health. Taking into account that these obstacles may be linked to cultural and worldview differences, to real and perceived discrimination when using health services, or the lack of acceptability and cultural relevance, it is urgent to address culture within the framework of health. Although interculturality in health is an approach that has been adopted in national frameworks in Europe and Latin America, to what extent is interculturality in health reflected in international and regional regulations? This chapter seeks to evaluate the integration of the approach and to highlight the role of interculturality to fulfill the right to health as a human right, in a context of mobility and cultural diversity. It is intended to provide answers to the following questions: What are the international regulations for migrant health? In which of the international regulations that address migrant health is an intercultural approach adopted? We delineate the regulatory frameworks and main international consensus that directly or indirectly affect the right to health of migrant populations from the perspective of interculturality at global and regional levels of the Americas. After reviewing the 84 regulatory instruments identified, the limited inclusion of the intercultural approach in international regulatory frameworks is evidenced both in qualitative and quantitative terms, only a quarter of the instruments have it. Although the existence of instruments that integrate an intercultural approach within the framework of migrant health is celebrated, it is limited to a functional “top to down” approach. Taking into account that human rights treaties and other regulatory instruments can hardly be constructed from a critical point of view, it is proposed to amend its “conceptual universality” with interculturality as an action-oriented approach, that makes it possible to “land” the right to health in all its dimensions and for everyone.

Keywords: international regulatory frameworks, human rights, migrant health, public policies.

La emergencia sanitaria que se viene desarrollando en los primeros meses de 2020 relacionados con la epidemia de la COVID-19 declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo 2020 (1) nos recordó que la salud pública es un desafío a nivel mundial, que sobrepasa las fronteras, requiriendo marcos normativos para una gobernanza a nivel internacional y un acceso generalizado al más alto nivel de salud. Si bien la salud es un derecho humano universal establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se han desarrollado, y se vienen desarrollando, marcos normativos específicos para garantizar el acceso al derecho a la salud de grupos con vulnerabilidades, desafíos y necesidades particulares, entre ellos, los migrantes internacionales. Como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los derechos humanos relacionados con la salud se aplican a todos, incluso a los migrantes. Sin embargo, en la realidad éstos a menudo no tienen acceso, o un acceso limitado a servicios de salud (2).

La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que los derechos y libertades proclamados son aplicables “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (3), haciendo de la universalidad un principio transversal a todos los derechos humanos, civiles, económicos y políticos. Este principio es constitutivo del derecho a la salud y se reitera en la mayoría de los instrumentos de derecho internacional que tocan la salud migrante. Sin embargo, la “universalidad conceptual” de los derechos humanos (4) puede invisibilizar brechas en el acceso equitativo a la salud, entendiendo la equidad en salud como la ausencia de disparidades sistemáticas que exacerban las desventajas de ciertos grupos con respecto a su salud, afectando su bienestar y sus oportunidades de romper círculos de desventaja social, pobreza y vulnerabilidad (5,6) and to discuss the practical importance of clarity in defining this concept.\nDesign: Conceptual discussion.\nSetting, Patients/Participants, and Main results: not applicable\nConclusions: For the purposes of measurement and operationalisation, equity in health is the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health.

Asimismo, los derechos humanos, civiles, políticos, económicos y laborales prescritos en los diversos instrumentos de derecho internacional, más allá de su universalidad, cobran sentido de forma no-lineal en su aplicación concreta (7). Por otra parte, el marco analítico del derecho a la salud estipula que los servicios, bienes e infraestructura de salud deben ser disponibles, aceptables y de buena calidad, y destaca la necesidad de enfatizar los principios no-discriminación e igualdad y al concepto de vulnerabilidad (8). En tal sentido, se puede argumentar que, para garantizar la universalidad *de facto* en el derecho a la salud en todas sus dimensiones, se requieren marcos normativos internacionales, políticas nacionales e instrumentos de políticas que tomen en cuenta la diversidad cultural de manera activa y explícita. Se necesita pues un enfoque que permite por una parte, la práctica médica en un contexto de diversidad cultural (9), así como la puesta en práctica de las normas establecidas por los marcos normativos legales internacionales que garantizan la salud migrante.

En este contexto general, el enfoque de interculturalidad cobra relevancia. Walsh define la interculturalidad como “complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales de múltiple vía”, buscando “desarrollar una interrelación equitativa entre pueblos” (10). Bajo un enfoque de interculturalidad en salud, la OPS, en su Política sobre Etnicidad y Salud, propone “reorientar los servicios de salud con un enfoque intercultural para avanzar con equidad y justicia social hacia la promoción, sobre una base no discriminatoria, del derecho al máximo grado posible de salud y de otros derechos humanos de las personas indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos” (11). En esta propuesta, la salud intercultural se enfoca más bien en pueblos originarios, sin embargo, como lo señala Knipper, también es relevante para grupos migrantes (12). Considerando que la migración es un determinante social de la salud (13–16) en que las condiciones del proceso de migración pueden incrementar riesgos vinculados con la salud (15), los desafíos a los que se enfrentan los migrantes internacionales en esta materia son multidimensionales y se pueden manifestar durante las diferentes etapas de la migración. Asimismo, las poblaciones migrantes se enfrentan a diversas barreras para el acceso a la salud, como los recalcan diversos estudios a nivel global (17–20) y nacional en Chile (21–23) entre las cuales destaca la discriminación real y percibida por su origen nacional, étnico y/o sus creencias culturales y cosmovisión. En tal sentido, la promoción de la interculturalidad en salud puede contribuir a garantizar, *de facto*, el alcance universal del derecho a la salud, reduciendo las barreras para un acceso y de uso efectivo que sea real y equitativo, a

servicios de salud aceptables y de buena calidad (11). Más allá de la universalidad conceptual de los derechos humanos, en el marco de este capítulo se presenta la interculturalidad como un enfoque orientado a la acción para garantizar el acceso al derecho a la salud de los migrantes internacionales, considerando que un encuentro intercultural en salud positivo es esencial para contribuir a facilitar el acceso de las poblaciones migrantes a la salud.

Tomando en cuenta la complejidad del concepto de la interculturalidad y a su vez su importancia para garantizar el derecho a la salud, se presenta el desafío de relevar si, y hasta qué punto, se incluye y promueve la interculturalidad en los marcos normativos internacionales que garantizan la salud migrante. En tal sentido, el objetivo principal de este capítulo es realizar un mapeo de los marcos internacionales que definen y garantizan el derecho a la salud migrante a nivel global y regional para la región de las Américas, y una evaluación de la inclusión del enfoque de interculturalidad en éstos. Esta revisión contribuye a un mejor entendimiento del grado de inclusión del enfoque de interculturalidad en el marco de la salud migrante en el derecho internacional, considerando oportunidades de aterrizaje a nivel nacional. El presente capítulo aborda las dos siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los marcos normativos a nivel internacional de la salud migrante?
- ¿En cuáles de los marcos normativos internacionales que abordan la salud migrante se adopta un enfoque de interculturalidad en salud?

Si bien el alcance de este capítulo se sitúa, por su objetivo principal, más bien en el nivel internacional, cobra relevancia para la realidad nacional chilena en lo que concierne la salud migrante, en la medida en que desarrolla conocimientos acerca de la normativa internacional existente y del abordaje del enfoque intercultural en salud en ésta, para informar a los diferentes actores y partes interesadas a nivel de gobierno, de la sociedad civil y de la academia, de cara al desarrollo de políticas e instrumentos de políticas, actividades de incidencia e investigaciones. Así, el capítulo se estructura de la siguiente manera: luego de proponer definiciones de interculturalidad y del derecho a la salud, se describe la metodología, para luego presentar los principales marcos normativos que abordan la salud migrante, seguido por una sección que analiza la inclusión del enfoque de interculturalidad en dichos marcos. Finalmente, se concluye con una breve discusión de lo expuesto a lo largo del capítulo y se brindan recomendaciones para la acción.

Definiciones

Se brinda una discusión sobre la definición de interculturalidad que se usa para la evaluación y análisis de los marcos normativos internacionales relevados. Asimismo, se brinda una perspectiva general del derecho a la salud para lograr una definición que fundamente la selección de los instrumentos que se presentan en este capítulo.

¿Qué definición de interculturalidad se propone usar?

La interacción entre la cultura y los derechos humanos es un tema que ha sido ampliamente abordado en la literatura existente, sobre todo en lo que concierne el principio transversal de universalidad y el relativismo cultural (4,24–27). En lo que concierne los derechos humanos y la interculturalidad, se han discutido las diferentes interpretaciones culturales de los derechos humanos que pueden surgir en un contexto de diversidad cultural (28–30) y la pérdida de legitimidad “de las pretensiones universalistas de la cultura occidental” (31). Según Walsh, cuya definición de la interculturalidad se presentó anteriormente, la interculturalidad se puede entender desde tres perspectivas (32): relacional, funcional y crítica. La perspectiva relacional aborda la interculturalidad como un intercambio entre culturas en condiciones de igualdad o desigualdad, mientras la perspectiva funcional reconoce la diversidad y diferencia cultural, promoviendo la inclusión de éstas en las estructuras establecidas. Finalmente, la perspectiva crítica llama a un cuestionamiento profundo de las estructuras sociales, desde lo subalterno y hacia la descolonización. Esto evidencia los diferentes grados de la interculturalidad, desde el simple intercambio hasta el cuestionamiento activo de los sistemas de opresión.

En lo que concierne la interculturalidad en salud, según Salaverry, no existe una definición consensuada, considerando los desafíos

del mutuo aprendizaje, del intercambio y de la adaptación en un ámbito que se rige por la ciencia, con lo que se considera como “verdades únicas e inalterables” (33). Sin embargo, en un contexto de movilidad humana, donde coexisten la diversidad cultural y el sistema biomédico tradicional, el encuentro en salud no se puede desarrollar bajo una visión estática de la sociedad (34). En tal sentido, para Mignone et al, el encuentro intercultural en salud debe estar basado en el respeto mutuo, el igual reconocimiento del saber, la disposición hacia el intercambio y la flexibilidad (35). Cabe recalcar aquí que este capítulo pretende poner de relieve el aporte del enfoque intercultural para la realización del derecho a la salud como derecho humano en un contexto de movilidad humana y diversidad cultural. Como lo señala Ruiz-Llanos (9), la interculturalidad en salud permite actuar en función de la diversidad cultural, más allá de solamente reconocer las diferencias y así crear condiciones favorables para el ejercicio del derecho a la salud como derecho humano. Asimismo, se debe apuntar a “incorporar la diversidad cultural en la organización y provisión de los servicios a través de la complementariedad entre el sistema de salud tradicional y el biomédico” (36). Concretamente, como lo señalan Carreño et al (37), adoptar un enfoque intercultural en salud significa desarrollar sistemas de salud culturalmente competentes, que con el conocimiento y reconocimiento de las diferencias y necesidades culturales únicas, significan la adaptación de los servicios de salud.

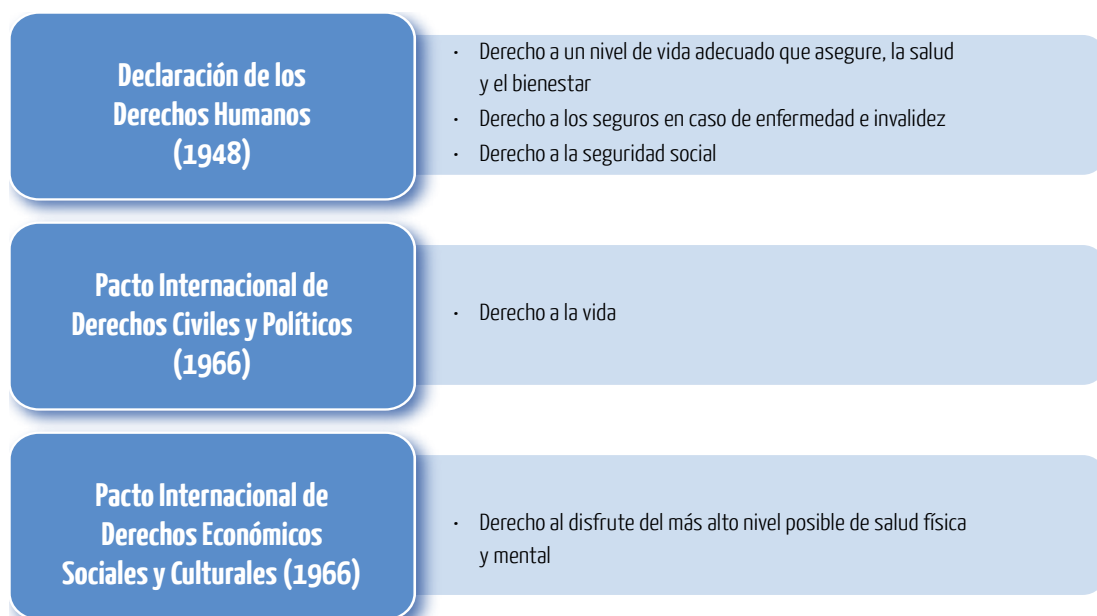
Para evaluar si el enfoque de interculturalidad en salud está representado más allá del uso directo de la palabra “interculturalidad”, se propone entonces una revisión de los marcos normativos internacionales relevantes para evaluar si recomiendan, promueven y/o mencionan adecuaciones a los enfoques, las políticas e instrumentos de política (estrategias, programas, proyectos), y servicios de salud generales o específicos para que estos tomen en cuenta la diversidad cultural de las poblaciones a los que se dirigen, atiendan las necesidades que surgen de ello y promueven el respeto mutuo y el intercambio de saberes, según la definición de encuentro intercultural en salud de Mignone et al que se presenta líneas arriba.

¿Cómo se define el derecho a la salud?

La Constitución de la OMS de 1946 define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (38). Asimismo, desde 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho universal a la salud se plasma en los tratados generales de derechos humanos, considerando así que el derecho a la salud y los derechos humanos son interdependientes e interrelacionados (39,40).

El derecho a la salud definido en los principales tratados de derechos humanos abarca aspectos de la salud representados en la Figura 1(3,41–43). A partir de estas dimensiones clave, el derecho a la salud se puede definir de manera específica en diversos instrumentos jurídicamente vinculantes como lo son los tratados de derechos humanos, o no vinculantes tales como declaraciones o documentos de trabajo de organizaciones del Sistema de Naciones Unidas. Por otra parte, Kinney (44), reconociendo la complejidad de llegar a una definición consensuada del derecho a la salud, lo conceptualiza como un continuum, desde el mínimo derecho a las condiciones que protegen la salud de las personas, la posibilidad intermedia de la inclusión de derechos civiles y políticos para el acceso a servicios sanitarios a nivel comunitario e individual, hasta provisiones para brindar atención médica en caso de accidente para los que no pueden pagar. Asimismo, The Lancet, tomando la oportunidad del 60 aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, hace un llamado para pasar de la retórica a la realidad, recordándonos que el derecho a la salud es un instrumento legal que se debe usar como una herramienta central y constructiva para alcanzar el más alto nivel de salud (45). En la misma edición, Navanethem Pillay, Alto Comisario de los Derechos Humanos entre 2008 y 2014 señala que la realización del derecho a la salud se ancla en principios de igualdad y no-discriminación (46). Por otra parte, si bien el derecho a la salud es un derecho humano universal, la garantía del derecho al acceso a los servicios de salud puede ser excluyente para los que no son partes de la “comunidad nacional” de un país (47). Las barreras legales y administrativas pueden peligrar el ejercicio del derecho a la salud para los migrantes, sobre todo los que tienen un estatus migratorio irregular (48). Las barreras pueden sin embargo ser menos visibles, tales como barreras culturales o discriminación real y percibida (21,22,49).

Figura 1: Dimensiones consideradas en la definición del derecho a la salud en los principales tratados internacionales (3,41–43).



Metodología

El presente capítulo realiza un mapeo del marco normativo y principales consensos internacionales que tocan directa o indirectamente el derecho a la salud en el marco de la migración desde el ángulo de la interculturalidad. La selección de los instrumentos jurídicos y normativos se hizo primero en base a la lista elaborada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en su revisión del marco jurídico internacional en materia de salud migrante (39), lo cual brindó una lista inicial de 57 instrumentos jurídicamente vinculantes y no-vinculantes a nivel global que impactan, directa o indirectamente la salud de los migrantes, en términos de derecho a la salud y/o protección de esta, derecho a la vida y/o protección de esta, acceso a servicios atención de salud, acceso a sistemas de salud y acceso a sistemas de protección social. Los instrumentos presentados por la OIM son tanto generales como específicos a los siguientes grupos de no-nacionales: “migrantes en situación regular o irregular, víctimas del tráfico de personas, solicitantes de asilo, refugiadas y refugiados, desplazadas y desplazados internos y otras personas fuera de su país de origen que necesiten protección y asistencia internacional” (39). Asimismo, la lista incluye instrumentos específicos a los siguientes grupos, de los cuales pueden pertenecer personas no-nacionales: niños, niñas y adolescentes (NNA), mujeres, personas con discapacidad, personas de edad, pueblos originarios, trabajadores, civiles en tiempos de conflictos armados y reclusos. La OIM incluye a los desplazados internos en su revisión, sin embargo, considerando el enfoque de la presente publicación en migración internacional, se excluyó el instrumento referente a ese grupo.

Por otra parte, tomando en cuenta que la revisión de la OIM se publicó en 2009, para la elaboración del presente capítulo se realizó una revisión adicional de los instrumentos que hubiesen entrado en fuerza o se hubiesen publicados entre el 2009 y el 2020, lo que llevó a agregar 16 documentos adicionales, en base a una búsqueda en las bases de datos disponibles en línea del Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUD), del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, se agregaron todos los instrumentos enfocados en la región, para un total de 11 documentos adicionales, en base a una búsqueda en la página web de la OPS y de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Cabe señalar que, para efectos de coherencia, se retomaron los criterios según los cuales se elaboró la lista de la OIM, en cuanto a los grupos, el carácter vinculante de los instrumentos y su relevancia para la salud migrante. A fin de determinar la relevancia de los

documentos relevados, se identificaron las menciones a los diferentes aspectos de la salud con las siguientes palabras claves, en su versión en castellano: salud, atención o asistencia médica, sanitario/a, socorro, protección social, cuidado, vida, violencia, protección. En los instrumentos que no refieren explícitamente a no-nacionales de un país, se realizó una búsqueda con las siguientes palabras: extranjero, migrante, refugiada/o, solicitante de asilo y desplazada/o. Si bien se realizó un esfuerzo para asegurar la inclusión de los instrumentos relevantes a la salud migrante tanto a nivel global como a nivel regional, se reconoce que pueden haber quedado fuera algunos instrumentos recientes o específicos de forma involuntaria. Asimismo, se reconoce que se seleccionaron los instrumentos en base a su relevancia con respecto a la salud según lo detallado anteriormente; sin embargo, no se extendió a los aspectos más amplios de la salud tales como los determinantes sociales de la salud y el acceso a alimentos, vivienda o agua.

El presente capítulo presenta 84 instrumentos normativos, jurídicamente vinculante o no, a nivel global y a nivel de la región de las Américas que impactan directa o indirectamente la salud migrante, incluyendo un análisis de la inclusión del enfoque intercultural en los mismos. Los datos recabados se ordenaron en una planilla Excel para facilitar su sistematización y análisis, detallando el tipo de derecho internacional al cual pertenece, su carácter vinculante, su nivel global o regional, el principio de universalidad, su incidencia en el ámbito de la salud, si se dirige a un grupo específico y cual(es), si menciona de forma implícita o explícita a no nacionales, y finalmente si incluye un enfoque intercultural en salud. Esta información se reproduce en la sección de presentación de los marcos del presente capítulo. En lo que concierne la evaluación de la inclusión del enfoque de interculturalidad en los instrumentos, se delimita a la inclusión explícita (inclusión de la palabra “intercultural” o “interculturalidad”) o implícita del enfoque a interculturalidad, explícitamente en el ámbito de la salud. No se considera el enfoque intercultural, implícito o explícito, si se menciona en otro derecho abordado por el instrumento.

Presentación de los marcos normativos internacionales relativos a la salud migrante

En esta sección, se presentan los marcos normativos internacionales que definen, garantizan o regulan el derecho a la salud para las poblaciones migrantes a nivel internacional. Se presentan primero los marcos generales que, además de garantizar otros derechos, garantizan el derecho universal a la salud sin mencionar explícitamente a los no-nacionales (migrantes, trabajadores migrantes, refugiados, apátridas, solicitantes de asilo), a nivel global y a nivel regional. Luego, se presentan los marcos globales que garantizan el derecho a la salud para grupos específicos de los cuales los no-nacionales pueden formar parte, bajo un principio de interseccionalidad. Esos marcos abordan la salud de las mujeres, de los niños, niñas y adolescentes (NNA), de las personas con discapacidad, de las personas de edad, de las minorías (pueblos originarios, poblaciones afrodescendientes y Romaníes), de las víctimas de trata, de los civiles en tiempos de conflictos y de los reclusos, y generalmente toman en cuenta a los no-nacionales de manera explícita, o implícita bajo el principio de universalidad y no-discriminación.

Luego de los marcos generales, se presentan, a nivel global y regional, los marcos normativos que abordan el derecho a la salud para los no-nacionales: migrantes, trabajadores migrantes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas que abordan su derecho a la salud, a nivel global y regional. Cabe señalar que los marcos presentados pueden ser jurídicamente vinculantes, cuando se trata de tratados multilaterales que implican una obligación legal de cumplir por parte de los Estados, como no vinculantes, cuando se trata de instrumentos que establecen una norma o un compromiso, mas no implican una obligación legal (39). Estos últimos se denominan comúnmente “soft law”.

Instrumentos generales: el derecho universal a la salud

Instrumentos Globales

Tal como se señaló anteriormente, el derecho universal a la salud está garantizado en los principales instrumentos de derechos humanos a nivel global, aplicándose a todos los humanos de manera universal. La Tabla 1 describe los cuatro principales tratados de

derechos humanos, detallando sus diferentes alcances en el ámbito de la salud. Por la universalidad de los tratados, los derechos otorgados aplican a los no-nacionales. Sin embargo, cabe recalcar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial admiten restricciones en algunos derechos para los no-nacionales. Por otra parte, ninguno adopta un enfoque intercultural en salud.

Tabla 1: El derecho a la salud en los tratados de derechos humanos

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948	Semi-vinculante	Sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición	Derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, la salud y el bienestar Derecho a los seguros en caso de enfermedad e invalidez Derecho a la seguridad social	No	No se menciona
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	1966	Si – Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin discriminación raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la vida	No	No se menciona
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966	Si – Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	Admiten restricciones a los no ciudadanos en derechos económicos (países en desarrollo)	No se menciona
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	1966	Si – Derecho Internacional de Derechos Humanos	Universal, no detallado	Derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales	Admiten restricciones a los no ciudadanos	No se menciona

Asimismo, existen observaciones o recomendaciones específicas a los tratados, elaborados por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, que refuerzan y brindan una interpretación detallada su contenido general (50) y específicamente en lo que concierne la salud, para su aplicación. Al ser más detallados que los tratados, la mayoría de ellos mencionan a los no nacionales, extendiendo de manera más explícita los derechos enunciados en los tratados. En lo que concierne Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité de Derechos Humanos formuló observaciones generales que se describen en la Tabla 2. La Observación General No.31 define el carácter vinculante de los derechos otorgados por el pacto y la Observación General No.36 brinda

una interpretación, actualizada en el 2019, del derecho a la vida, mencionando a las categorías de no-nacionales más vulnerables. Ninguna de las dos observaciones relevadas menciona la interculturalidad en salud.

Tabla 2: El derecho a la vida en las Observaciones Generales del Comité de Derechos Humanos

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Comité de Derechos Humanos, Observación general No. 31 Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto	2004	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Definición del carácter vinculante de los derechos otorgados por el pacto, incluso el derecho a la vida	No	No se menciona
Comité de Derechos Humanos, Observación general No. 36 sobre el Artículo 6 (Derecho a la vida)	2019	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la vida	Si (personas desplazadas, solicitantes de asilo, refugiados, apátridas)	No se menciona

Para el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el órgano correspondiente, que es el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, formuló observaciones generales que abarcan el derecho a la salud. La Tabla 3 presenta cuatro observaciones, las cuales tocan diferentes dimensiones del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, abarcando el derecho a la seguridad social, el derecho a la atención de salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva, los cuales se consideran universales. Considerando que el Pacto admite restricciones en el acceso a los derechos económicos para los no-nacionales, la Observación General No.20 brinda precisiones en cuanto a la no discriminación de los no-nacionales en el acceso a la salud. Cabe señalar finalmente que se adopta un enfoque intercultural en salud en el marco de la Observación General No.14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud y en la Observación General No. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial formuló la siguiente recomendación general para la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Tabla 4), que explicita que las restricciones que se puedan imponer en algunos derechos no conlleven discriminación racial. Sin embargo, no se menciona a los no-nacionales y tampoco se adopta un enfoque intercultural en salud.

Tabla 3: El derecho a la salud en las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	2000	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	Sí, (solicitantes de asilo, inmigrantes indocumentados, refugiados)	Se promueven adecuaciones
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 19, El derecho a la seguridad social	2008	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la seguridad social Derecho a la atención de salud	Sí (trabajadores migrantes, refugiados, solicitantes de asilo, apátridas)	No se menciona
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 20 sobre la no discriminación y los Derechos económicos, Sociales y Culturales	2009	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	No discriminación de los no nacionales en el acceso a la salud	Sí (refugiados, los solicitantes de asilo, los apátridas, los trabajadores migratorios y las víctimas de la trata internacional, independientemente de su condición jurídica)	No se menciona
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva	2016	No – “soft law”	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la salud sexual y reproductiva	Sí (general, trabajadores migrantes, refugiados, apátridas, solicitantes de asilo y migrantes indocumentados)	Se promueven adecuaciones

Tabla 4: El derecho a la salud en las observaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general No. XX relativa al artículo 5 de la Convención	1996	No – “soft law”	Universal, no detallado	Aplicación no discriminatoria de los derechos de la en la Convención, incluyendo el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales	No	No se menciona

Por otra parte, la Declaración de Filadelfia de 1944 que define el mandato de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aborda la protección de la vida y de la salud de los trabajadores, así como el acceso a la seguridad social y asistencia médica completa (Tabla 5).

Tabla 5: Declaración de Filadelfia de 1944

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Declaración de Filadelfia	1944	Si – derecho laboral internacional	Sin distinción de raza, credo o sexo	Protección de la vida y de la salud de los trabajadores Seguridad social y asistencia médica completa	No	No se menciona

Si bien los marcos legales generales que garantizan el derecho a la salud a nivel global corresponden a los principales tratados de derechos humanos, cabe señalar que la Constitución de la OMS de 1946 establece, junto con una definición amplia de la salud, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como un derecho fundamental (Tabla 6).

Tabla 6: El derecho a la salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Constitución de la Organización Mundial de la Salud	1946	Si, para los Estados miembros	Sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social	Salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades Derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano	No	No se menciona

Asimismo, cabe relevar que aparte de su Constitución, la OMS ha elaborado cuatro instrumentos generales no vinculantes que definen el derecho a la salud y aportan precisiones importantes para su aplicación, en términos de definición y determinantes sociales de la salud (Tabla 7). Asimismo, solo la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud adopta un enfoque intercultural, mientras la Declaración de Alma-Ata reconoce diferencias culturales.

Tabla 7: Principales instrumentos de la OMS que abordan el derecho a la salud

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Declaración de Alma-Ata	1978	No - "soft law"	No explicitado	Derecho a la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades	No	Se reconocen las diferencias culturales
Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	1986	No - "soft law"	No explicitado	Determinantes sociales de la salud	No	Se promueven adecuaciones
Declaración Mundial de la Salud	1998	No - "soft law"	No explicitado	Derecho al goce del grado máximo de salud	No	No se menciona
Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado	2005	No - "soft law"	No explicitado	Determinantes sociales de la salud	No	No se menciona

A nivel regional la OEA ha desarrollado instrumentos generales de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud y que tienen un carácter vinculante. La Tabla 8 describe reúne tres instrumentos vinculantes que otorgan el derecho a la vida y a diferentes aspectos de la salud en las Américas y que por su universalidad incluyen a los no-nacionales, sin mencionarlos ni tampoco el enfoque intercultural en salud.

Tabla 8: El derecho a la salud en los tratados de derechos humanos en las Américas

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	1948	Semi-vinculante	Igualdad en dignidad y derechos	Derecho a la vida Derecho a la preservación de la salud y al bienestar	No	No se menciona
Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"	1969	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la vida Derecho al respeto de la integridad física, psíquica y moral	No	No se menciona
Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos En Materia De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales "Protocolo De San Salvador"	1998	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho a la salud Derecho a la seguridad social	No	No se menciona

Por otra parte, la OPS ha desarrollado y aprobado a través de resoluciones los tres siguientes documentos de política (Tabla 9), dos de los cuales abordan el derecho a la salud en general y para los grupos vulnerables de los cuales destacan los migrantes y refugiados. El tercero, la "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud el acceso a servicios de atención de salud y cobertura de salud" adopta un enfoque intercultural para garantizar el acceso a servicios de salud. Finalmente, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, aborda diferentes aspectos del acceso a la salud que incluyen a las poblaciones migrantes, destacando el acceso a servicios de salud, el acceso a la salud reproductiva y sexual y el acceso a la protección social (Tabla 10).

Tabla 9: Principales instrumentos de la OPS que abordan el derecho a la salud

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Organización Panamericana de la Salud, CE59/16 Relaciones entre la salud y el derecho	1968	No – “soft law”	No explicitado	Derecho al acceso a la salud	No	No se menciona
Organización Panamericana de la Salud, CD50/12 La salud y los derechos humanos	2010	No – “soft law”	No explicitado	Derecho a la salud de los grupos vulnerables	Si (migrantes y refugiados)	No se menciona
Organización Panamericana de la Salud, CD53/5, Rev. 2, Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	2014	No – “soft law”	Universal sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición	Acceso a servicios de atención de salud Acceso a una cobertura de salud	Si (migrantes)	Se promueven adecuaciones

Tabla 10: El derecho a la Salud en el Consenso de Montevideo

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	2013	No – “soft law”	No explicitado	Acceso a servicios de salud Acceso a la salud reproductiva y sexual Acceso a la protección social	Si (migrantes)	Se promueven adecuaciones y se menciona explícitamente la interculturalidad en salud

Instrumentos específicos: interseccionalidad y derecho a la salud

Los instrumentos que se presentan a continuación garantizan la salud para grupos específicos, que pueden presentar desafíos y necesidades por su vulnerabilidad, y aplicando el principio de interseccionalidad, a los cuales pueden pertenecer los no-nacionales. En tal sentido, siguiendo los subgrupos incluidos en la lista exhaustiva elaborada por la OIM (39), se presentan los instrumentos que garantizan, o recomiendan, el acceso a la salud de grupos vulnerables a los cuales los migrantes pueden pertenecer.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y las recomendaciones generales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer abordan la salud femenina entre otros ámbitos en los cuales las mujeres sufren discriminación. La Tabla 11 describe los instrumentos, vinculantes y de “soft law”, que abordan diferentes dimensiones del derecho a la salud para diferentes grupos de mujeres (ej. mujeres de edad) en diferentes contextos (ej. familiar). Algunos toman en cuenta mujeres no-nacionales y reconocen diferencias culturales o adoptan un enfoque intercultural.

Tabla 11: El derecho a la salud en el marco de Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	1979	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	No explicitado	Derecho a la seguridad social Derecho a la protección de la salud	No	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 14, La circuncisión femenina	1990	No - "soft law"	No explicitado	Promoción de medidas apropiadas y eficaces para erradicar la práctica de la circuncisión femenina	No	Se reconocen las diferencias culturales
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 15, Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	1991	No - "soft law"	No explicitado	No discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	No	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 18, Mujeres con discapacidad	1991	No - "soft law"	No explicitado	Igualdad de oportunidades en materia de servicios de salud y seguridad social	No	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 21, La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares	1994	No - "soft law"	No explicitado	Protección de la salud en la maternidad	Si (trabajadores migrantes)	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud	1999	No - "soft law"	No explicitado	Acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva	Si (emigrantes, refugiadas, desplazadas)	Se promueven adecuaciones

Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 27, Las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos	2010	No - "soft law"	No explicitado	Protección de las necesidades de salud de las mujeres de edad	Si (migrantes, refugiadas, desplazadas forzadas, apátridas)	Se promueven adecuaciones
Recomendación general No. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general No. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta	2014	No - "soft law"	No explicitado	Protección de la salud	Si (migrantes, solicitantes de asilo)	Se reconocen las diferencias culturales
Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general No. 19	2017	No - "soft law"	No explicitado	Protección de la salud	Si (trabajadoras domésticas migrantes)	Se reconocen las diferencias culturales

En lo que concierne los derechos de los NNA, el derecho a la salud se aborda en la Convención sobre los Derechos del Niño y subsecuentes Protocolos, así como en varias observaciones del Comité de los Derechos del Niño. La Tabla 12 describe estos instrumentos vinculantes y no vinculantes que abordan diferentes dimensiones de la salud de los NNA, tres de los cuales adoptan un enfoque de interculturalidad en salud.

Tabla 12: El derecho a la salud y los derechos de los NNA

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no- nacionales	Interculturalidad en salud
Convención sobre los Derechos del Niño	1989	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud	Si (refugiados, solicitantes de asilo)	No se menciona

Declaración Mundial Sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño	1990	No - "soft law"	Universal, no detallado	Promoción de la salud	Si (hijos de trabajadores migrantes)	No se menciona
Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	2000	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	Derecho de las víctimas a una asistencia apropiada a las víctimas y medidas para su plena reintegración social y recuperación física y psicológica	No	No se menciona
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados	2000	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	No participación de los menores de 18 años a conflictos armados	No	No se menciona
Observación General No. 3, Comité de los Derechos del Niño, El VIH/SIDA y los derechos del niño	2003	No - "soft law"	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	Consolidar y promover los derechos humanos garantizados en la convención para los NNA en contexto VIH/SIDA	Si (migrantes y refugiados)	Se promueven adecuaciones

<p>Observación General No. 4, Comité de los Derechos del Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del niño</p>	<p>2003</p>	<p>No - "soft law"</p>	<p>Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales</p>	<p>Consolidar y promover los derechos vinculados a la salud garantizados en la convención para los adolescentes</p>	<p>Si (migrantes y refugiados)</p>	<p>Se reconoce</p>
<p>Observación General No. 9, Comité de los Derechos del Niño, Los derechos del niño con discapacidad</p>	<p>2007</p>	<p>No - "soft law"</p>	<p>Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales</p>	<p>Consolidar y promover los derechos humanos garantizados en la convención para los NNA con discapacidad</p>	<p>Si (refugiados)</p>	<p>No se menciona</p>
<p>Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos</p>	<p>2009</p>	<p>No - "soft law"</p>	<p>Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales</p>	<p>Consolidar y promover los derechos humanos garantizados en la convención para los NNA indígenas</p>	<p>Si (migrantes y refugiados)</p>	<p>Se promueven adecuaciones</p>

Observación General No. 15, Comité de los Derechos del Niño, El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud	2013	No - "soft law"	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	No	Se promueven adecuaciones
---	------	-----------------	---	---	----	---------------------------

El derecho a la salud mental y física de las personas de edad y el acceso a servicios de salud se abordan en una observación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en un instrumento de las Naciones Unidas, respectivamente (Tabla 13). No mencionan a los no-nacionales; sin embargo, son universales. Asimismo, no se adopta el enfoque de interculturalidad en salud. Los derechos de las personas con discapacidad que se relacionan con el acceso a la salud se encuentran en los instrumentos descritos en la Tabla 14, ninguno de los cuales adopta un enfoque de interculturalidad en salud.

Tabla 13: El derecho a la salud de las personas de edad

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad	1991	No - "soft law"	Universal, no detallado	Acceso a servicios de salud	No	No se menciona
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 6, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores	1995	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Promoción y consolidación del derecho de las personas mayores a la salud mental y física	No	No se menciona

Tabla 14: El derecho a la salud de las personas con discapacidad

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad	1993	No - "soft law"	Universal, no detallado	Asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad	Si (trabajadores migrantes, refugiados)	No se menciona
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N°5, Las personas con discapacidad	1994	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Promoción y consolidación de los derechos humanos garantizados en el pacto para las personas con discapacidad	No	No se menciona
Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2006	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Universal, no detallado	Derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad	No	No se menciona

Se aborda el derecho a la salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y romaníes en los instrumentos que se presentan a continuación en las Tablas 15 a 17. De todas estas, destaca el Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169) que es jurídicamente vinculante y adopta un enfoque de interculturalidad en salud en varios de sus artículos.

Tabla 15: El derecho a la salud y los derechos de los pueblos indígenas

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)	1989	Si - Derecho Laboral Internacional	Universal, no detallado	Acceso a la seguridad social Acceso a los servicios de salud	Si (trabajadores migrantes)	Se promueven adecuaciones
Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas	2007	No - "soft law"	No explicitado	Derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental	No	Se reconocen las diferencias culturales

Tabla 16: El derecho a la salud y los derechos de los afrodescendientes

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general No. 34 aprobada por el Comité Discriminación racial contra afrodescendientes	2011	No - "soft law"	Universal, no detallado	Derecho a la igualdad de acceso a la atención de salud y a la seguridad social	No	No se menciona

Tabla 17: El derecho a la salud y los derechos de los romaníes

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general No. XXVII relativa a la discriminación de los romaníes	2000	No - "soft law"	Universal, no detallado	Acceso igual a la atención de salud Acceso igual a la seguridad social	Si (migrantes y solicitantes de asilo)	Se promueven adecuaciones

Las víctimas de trata se incluyen en la medida en que los procesos de migración pueden resultar de proceso de tráfico (39). Se considera el derecho a la salud de las víctimas de trata en dos instrumentos, uno vinculante y uno de "soft law", tal y como aparecen en la Tabla 18. Es importante recalcar que se toman en cuenta tanto aspectos de acceso a atención de salud como de protección de la salud y de prevención de la trata como amenaza a la salud. Asimismo, no se toma en cuenta la interculturalidad en salud.

En lo que concierne los instrumentos relativos a los civiles en tiempo de conflicto, se considera la posibilidad de la presencia de civiles no-nacionales durante un conflicto armado. En tal sentido, es relevante considerar su alcance en el ámbito de la salud. Así lo describe la Tabla 19, donde se observa que, si bien el Convenio de Ginebra de 1949 considera el acceso a la salud en tiempo de guerra, los Protocolos I y II de 1977 se enfocan en la protección de la salud y de la vida en contexto de conflicto armado. Asimismo, el Convenio de Ginebra no considera el enfoque de interculturalidad en la atención de salud.

Tabla 18: El derecho a la salud de las víctimas de trata

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional	2000	Si - Derecho Internacional de Derechos Humanos	Universal, sin distinción	Acceso a asistencia médica física y psicológica	Se considera la trata en procesos de migración	No se menciona
Principios y Directrices recomendados del ACNUD sobre derechos humanos y trata de personas	2002	No - "soft law"	No explicitado	Protección de la salud Acceso a atención de salud física y mental Prevención de la trata de personas	Si (migrantes, refugiados, solicitantes de asilo)	No se menciona

Tabla 19: El derecho a la salud en los derechos de los civiles en tiempo de conflicto

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempo de Guerra	1949	Si - Derecho humanitario	Universal, no detallado	Definición de las modalidades y condiciones para el acceso a la salud en tiempo de guerra	Si (extranjeros)	No se menciona
Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales	1977	Si - Derecho humanitario	Sin distinción de carácter desfavorable por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión o creencia, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra condición o cualquier otro criterio análogo	Protección de la salud y de la vida de las víctimas de los conflictos armados internacionales	Si (refugiados y apátridas)	No se menciona

Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional	1977	Si – Derecho humanitario	Sin distinción de carácter desfavorable por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión o creencia, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra condición o cualquier otro criterio análogo	Protección de la salud y de la vida de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional	No	No se menciona
--	------	--------------------------	---	--	----	----------------

De la misma manera, se considera que las normas relativas a los reclusos son relevantes para los no-nacionales, y como se puede apreciar en la Tabla 20, se abordan diferentes aspectos de la salud, desde el nivel de prestaciones hasta la protección de la salud física y mental. Ninguno de los instrumentos relevados adopta el enfoque intercultural en salud; sin embargo, las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad reconoce las diferencias culturales.

Tabla 20: El derecho a la salud en la normativa relativa a los reclusos

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Mención explícita no-nacionales	Interculturalidad en salud
Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos	1955	No - “soft law”	Sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación	Acceso a prestaciones de salud iguales a las de la comunidad exterior Acceso a servicios sanitarios específicos Protección de la salud física y mental	Si (reclusos de nacionalidad extranjera, refugiados, apátridas)	No se menciona
Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión	1988	No - “soft law”	Sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión o creencia religiosa, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición	Acceso a atención médica Prohibición de someter a experimentos médicos	Si (extranjeros, refugiados)	No se menciona

Principios básicos para el tratamiento de los reclusos	1990	No - "soft law"	Sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otros factores	Acceso a servicios de atención de salud disponibles en el país	No	No se menciona
Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad	1990	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, prácticas o creencias culturales, patrimonio, nacimiento, situación de familia, origen étnico o social o incapacidad. Se deberán respetar las creencias religiosas y culturales, así como las prácticas y preceptos morales de los menores	Promoción de la salud Acceso a atención médica preventiva y correctiva Acceso a atención de salud mental	Si (extranjeros)	Se reconocen las diferencias culturales

Marcos específicos para los no-nacionales

Marco Global

Además de los marcos generales que garantizan el derecho a la salud migrante por su carácter universal, a continuación, se presentan los instrumentos específicos a los no-nacionales que incluyen el derecho a la salud. Estos incluyen, asimismo, comentarios y observaciones de los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos que aborden explícitamente los derechos de los no-nacionales, de manera general o específicamente para la salud. Cabe remarcar que la mayoría de los instrumentos relevados son observaciones y recomendaciones de los Comités vinculados con los principales tratados de derechos humanos. La Tabla 21 a continuación da cuenta de los instrumentos específicos a los no-nacionales que abordan el derecho a la salud entre otros derechos, tres de los cuales incluyen un enfoque intercultural en salud.

Tabla 21: El derecho a la salud de los no-nacionales

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Declaración sobre los derechos humanos de los individuos que no son nacionales del país en que viven	1985	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición	Derecho a condiciones de trabajo saludables Derecho a protección sanitaria, atención médica, seguridad social, servicios sociales (bajo condiciones)	No se menciona
Comité de Derechos Humanos Observación general No. 15, La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto	1986	No - "soft law"	Sin discriminación raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Refuerza los derechos enunciados en el Pacto Derechos Civiles y Políticos para los extranjeros	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general No. 11 relativa a los no ciudadanos	1993	No - "soft law"	Universal, no detallado	Refuerza principios de no discriminación en base a la nacionalidad	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General No. 30 sobre los derechos de los no ciudadanos	2005	No - "soft law"	Universal, no detallado	Derecho a un grado adecuado de salud física y mental	No se menciona
Comité de los derechos del niño, Observación General No. 6, Trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen	2005	No - "soft law"	Sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales	Reforzar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud para los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen	No se menciona
Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migratorias	2008	No - "soft law"	No explicitado	Acceso a la salud	Se promueven adecuaciones

Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 32 sobre las dimensiones de género del estatuto de refugiada, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres	2014	No - "soft law"	No explicitado	Derecho a la atención médica	No se menciona
Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes	2016	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho al acceso a la salud	Se promueven adecuaciones
Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular	2018	No - "soft law"	Sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social	Derecho al acceso a la salud	Se promueven adecuaciones

Finalmente, la OMS cuenta con dos instrumentos que reconocen y promueven específicamente la salud de los migrantes y refugiados, adoptando un enfoque intercultural en salud como se puede ver en la tabla 22.

Tabla 22: Instrumentos de la OMS relativos al derecho a la salud de los migrantes y refugiados

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Resolución de la OMS WHA61.17 sobre Salud de los Migrantes	2008	No - "soft law"	No explicitado	Derecho al acceso a la salud	Se promueven adecuaciones
Resolución de la OMS WHA70.15 sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes	2017	No - "soft law"	No explicitado	Reconocimiento del marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes e insta los Estados Miembros a promover a nivel nacional, regional y mundial	Se promueven adecuaciones

Adicionalmente, se consideran los instrumentos que garantizan, reconocen y/o promueven el derecho a la salud para grupos específicos de no-nacionales. Tal y como se señala en la Tabla 23, el derecho a la salud para los apátridas se define en la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954, indicando que los apátridas tienen derecho a un trato igual al recibir asistencia y socorro públicos y tienen derecho a seguros sociales. No se incluye la interculturalidad en salud.

Tabla 23: El derecho a la salud de los apátridas

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Convención sobre el Estatuto de los Apátridas	1954	Si, derecho internacional de los derechos humanos	Sin discriminación por motivos de raza, religión o país de origen	Derecho a trato igual en asistencia y socorro públicos Derecho a seguros sociales	No se menciona

En lo que concierne los refugiados y los solicitantes de asilo, existen tres principales instrumentos específicos que abordan la salud entre otros temas y derecho (Tablas 24 y 25). Destaca el Pacto Mundial sobre los Refugiados, que a pesar de promover el mejoramiento de los sistemas de salud para un acceso equitativo, no adopta el enfoque intercultural en la salud.

Tabla 24: El derecho a la salud de los refugiados

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Convención sobre el Estatuto de los Refugiados	1951	Si – Derecho Internacional de los Refugiados	Sin discriminación por motivos de raza, religión o país de origen	Acceso igual a asistencia y socorros públicos Acceso a seguridad social	No se menciona
Pacto Mundial sobre los Refugiados	2018	No – “soft law”	No explicitado	Mejorar sistemas de salud para acceso equitativo	No se menciona

Tabla 25: El derecho a la salud de los solicitantes de asilo

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Directrices del ACNUR sobre los criterios y estándares aplicables con respecto a la detención de solicitantes de asilo	1999	No – “soft law”	Prohibición de la detención y de las restricciones a la circulación de la persona debido a su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, origen nacional o social, condición de propiedad, nacimiento u otra, tal como la condición de solicitante de asilo o refugiado	Define las condiciones de confinamiento sanitario Acceso a atención médica física y mental	No se menciona

La Organización Internacional del Trabajo, a través de sus convenios y las respectivas recomendaciones, define los derechos de los trabajadores migrantes, incluyendo los vinculados a la salud por medio de cinco instrumentos que se detallan en la Tabla 26. Destaca el Convenio sobre los trabajadores migrantes y su correspondiente Recomendación, que promueven adecuaciones para la inclusión de los trabajadores migrantes en políticas sociales.

Tabla 26: El derecho a la salud en el derecho laboral internacional

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), (No. 97)	1949	Si – derecho laboral internacional	Sin discriminación de nacionalidad, raza, religión o sexo	Acceso a seguridad social (bajo condiciones) Protección médica adecuada durante las etapas de migración	No se menciona
Recomendación sobre los trabajadores migrantes (revisada), (No. 86)	1949	No – “soft law”	Sin discriminación de nacionalidad, raza, religión o sexo, a los inmigrantes que se encuentren legalmente dentro del territorio de inmigración	Protección de la salud y bienestar durante el transporte Acceso igual a asistencia médica Modalidades de exámenes médicos	No se menciona
Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) (No. 143)	1975	Si – derecho laboral internacional	No explicitado, condición de legalidad del estatus	Igualdad de oportunidad y de trato en materia de seguridad social	Se promueven adecuaciones
Recomendación sobre los trabajadores migrantes, (No. 151)	1975	No – “soft law”	No explicitado, con dición de legalidad del estatus	Protección de la salud Igualdad de acceso a los servicios sociales	Se promueven adecuaciones

Adicionalmente, en 1990 se adoptó la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, la que reitera el derecho la vida y garantiza la igualdad en la protección de la salud en el trabajo. Asimismo, garantiza la atención médica urgente sin condiciones y el acceso a servicios de salud, aunque bajo ciertas condiciones (Tabla 27). No aborda la interculturalidad en salud.

Tabla 27: El derecho a la salud en la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	1990	Si – derecho internacional de los derechos humanos	Sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición	Derecho a la vida Igualdad en la protección de la salud en el trabajo Atención médica urgente (sin condición) Acceso a servicios de salud (bajo condiciones)	No se menciona

Por otra parte, en lo que concierne los migrantes internacionales, a nivel regional destaca el documento de trabajo de la OPS sobre salud migrante que, además de reiterar el derecho a la salud, menciona el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, el acceso igual a la protección social, y también recalca la importancia de tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud (Tabla 28). En tal sentido, adopta un enfoque intercultural en sus recomendaciones.

Por otra parte, existe a nivel de Iberoamérica un acuerdo multilateral vinculante y una declaración orientados a los trabajadores migrantes y sus familias, los cuales son documentos que se enfocan en derecho y acceso a la seguridad social, sin adoptar un enfoque intercultural (Tabla 29). Finalmente, la Declaración de Cartagena sobre Refugiados de 1984 manifiesta el compromiso de incluir la salud en la asistencia y protección de los refugiados (Tabla 30). Cabe destacar que no adopta el enfoque intercultural en salud.

Tabla 28: El derecho a la salud de los migrantes en instrumentos de la OPS

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Organización Panamericana de la Salud, CD55/11 Salud de los Migrantes	2016	No – “soft law”	Sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición, incluyendo a los migrantes, los refugiados y otros extranjeros	Derecho a la salud Acceso a servicios de salud integrales y de calidad Determinantes sociales de la salud Acceso igual a protección social	Se promueven adecuaciones

Tabla 29: Acuerdos multilaterales de seguridad social en Iberoamérica

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Convenio Iberoamericano de Seguridad Social de Quito	1978	Si – acuerdo multilateral	No explicitado	Derecho al acceso a los sistemas de seguridad social, a la previsión social y a los seguros sociales	No se menciona
Declaración de Iquique (Proyecto de Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social)	2007	No – “soft law”	No explicitado	Igualdad de acceso y trato para las prestaciones económicas de invalidez, de accidente de trabajo y de enfermedad profesional	No se menciona

Tabla 30: La salud de los refugiados en la Declaración de Cartagena

Instrumento	Fecha	Jurídicamente vinculante	Universalidad	Alcance en el ámbito de la salud	Interculturalidad en salud
Declaración de Cartagena sobre Refugiados	1984	No – “soft law”	No explicitado	Fortalecer los programas de protección y asistencia a los refugiados, sobre todo en los aspectos de salud entre otros	No se menciona

La interculturalidad en salud en los marcos normativos para la salud migrante

De los 84 marcos normativos internacionales y regionales, 20 de ellos promueven adecuaciones a la atención de salud o a los sistemas de salud bajo un enfoque intercultural. Los 20 instrumentos relevados se han formulado entre el año 1975 y el 2018, con 15 de ellos desde el 2000. De los 20, 17 son globales y 2 son vinculantes, perteneciendo al derecho laboral internacional. Cabe señalar además que 8 instrumentos son específicos a los no-nacionales (Figura 2) y los otros 12 incluyen a los no-nacionales bajo el principio de universalidad o mencionándolos explícitamente en sus contenidos (Figura 3).

Figura 2: Instrumentos específicos a los no-nacionales que incluyen el enfoque de interculturalidad en salud

- Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) (Nº143) (1975)
- Recomendación de la OIT sobre los trabajadores migrantes, (Nº151) (1975)
- Resolución de la OMS WHA61.17 sobre Salud de los Migrantes (2008)
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migratorias (2008)
- Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes (2016)
- Organización Panamericana de la Salud, CD55/11 Salud de los Migrantes (2016)
- Resolución de la OMS WHA70.15 sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes (2017)
- acto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular (2018)

Figura 3: Instrumentos generales que incluyen el enfoque de interculturalidad en salud

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986)
- Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169) (1989)
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General Nº24, Artículo 12 de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud (1999)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000)
- Comité para la Eliminación de la discriminación Racial, Recomendación general No. XXVII relativa a la discriminación de los romaníes (2000)
- Observación General No. 3, Comité de los Derechos del Niño, El VIH/SIDA y los derechos del niño (2003)
- Observación General No. 11, Comité de los Derechos del Niño, Los niños indígenas y sus derechos (2009)
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, Recomendación general No. 27, Las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010)
- Observación General No. 15, Comité de los Derechos del Niño, El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (2013)
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)
- Organización Panamericana de la Salud, CD53/5, Rev. 2, Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016)

La interculturalidad en salud en los marcos específicos a los no-nacionales

De los instrumentos específicos a los no-nacionales que incluyen la interculturalidad en salud, 5 son generales en el sentido en que abordan el derecho a la salud entre otros derechos. Primero, el Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) (Nº143) de 1975 y la Recomendación de la OIT sobre los trabajadores migrantes (Nº151) del mismo año son los primeros instrumentos que promueven tomar en cuenta las particularidades y necesidades de los trabajadores migrantes en el desarrollo de políticas sociales para que éstos puedan gozar de los mismos derechos en esta materia que los nacionales (51,52).

En lo que concierne los documentos formulados por los órganos vinculados a tratados de derechos humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migratorias de 2008, se estipula que los Estados miembros deben asegurarse de que los servicios de salud son adecuados desde un punto de vista lingüístico y cultural, además de adoptar una perspectiva de género (53). La Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes de 2016 (Declaración de Nueva York) que plasma el compromiso de los Estados a nivel global de abordar los desafíos relacionados con los movimientos migratorios voluntarios y forzados aborda la interculturalidad en salud de manera más bien indirecta, citando el compromiso de luchar contra la xenofobia, el racismo y la discriminación y de tomar medidas para la integración e inclusión de los migrantes y refugiados para su acceso a la salud (54). Sin embargo, el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular de 2018, cuya formulación fue impulsada por el compromiso de la Declaración de Nueva York, aborda la interculturalidad en salud de manera explícita, señalando que para que los migrantes, independientemente de su estatus migratorio puedan ejercer sus derechos humanos, se tiene que “incorporar las necesidades sanitarias de los migrantes en las políticas y los planes de salud nacionales y locales, por ejemplo, reforzando la capacidad de prestar servicios, facilitando el acceso asequible y sin discriminación, reduciendo las barreras que dificultan la comunicación y formando a los proveedores de atención sanitaria para que presten servicios teniendo en cuenta las diferencias culturales, a fin de promover la salud física y mental de los migrantes y las comunidades en general (...)” (55).

Siendo el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular uno de los más recientes y prominentes instrumentos que se ha elaborado con respeto a la gobernanza de la movilidad humana, la inclusión de la capacitación del personal de salud tomando en cuenta las diferencias culturales como medida concreta orientada a reforzar la capacidad de los servicios de salud para reducir las brechas de acceso de los migrantes a la salud muestra que el enfoque intercultural a nivel global y en el contexto de la migración internacional podría estarse generalizando a nivel de normativo global. Asimismo, se promueve el enfoque intercultural en salud para la realización de los derechos humanos de los migrantes, lo cual confirma su centralidad en este ámbito.

Cabe destacar, sin embargo, que el Pacto Mundial sobre los Refugiados de 2018, cuya formulación también fue impulsada por el compromiso de la Declaración de Nueva York, no incluye el enfoque intercultural en el acceso a la salud. Asimismo, ningún instrumento vinculante específico para los refugiados incluye el enfoque intercultural en salud. Los derechos de los refugiados se han definido tradicionalmente en el ámbito del derecho de los refugiados y del derecho humanitario, los cuales se aplican por lo general en circunstancias de conflicto armado o de amenaza inmediata a la vida, y si bien el derecho al acceso a la salud como derecho humano es vigente e imprescindible en esas circunstancias (56), se podría argumentar que el aspecto cultural no constituye una “prioridad” en este contexto. Sin embargo, como lo vimos anteriormente, el enfoque intercultural en salud puede justamente contribuir a realizar el derecho a la salud como derecho humano en todo contexto. En tal sentido, la OMS, en su Resolución WHA70.15 sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes de 2017 aprueba la formulación del Proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes, el cual recomienda que los sistemas de salud presten servicios que tomen en cuenta y respondan a las particularidades culturales, entre otras, de los refugiados y migrantes (57).

Finalmente, la OMS a nivel global y la OPS a nivel regional han formulado dos documentos enfocados en la salud migrante que incluyen el enfoque intercultural en salud. En su Resolución WHA61.17 sobre Salud de los Migrantes de 2008, la OMS llama al fomento entre los proveedores y los profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales en el contexto de la salud migrante (58). A nivel regional, la OPS, en el documento de trabajo CD55/11 sobre la Salud de los Migrantes de 2016 afirma que se deben eliminar las barreras culturales que enfrentan los migrantes para el acceso a los servicios de salud, con prestaciones de salud que tomen en cuenta las cuestiones culturales (2).

La interculturalidad en salud en los marcos normativos generales

La interculturalidad en salud también se incluye en algunos marcos normativos que no están directamente orientados a los derechos de los no-nacionales. Tomando en cuenta esta limitación, cabe remarcar que la mayoría menciona poblaciones migrantes y/o refugiados en sus contenidos, y que, bajo el principio de universalidad, los derechos que alcanzan o recomendaciones que formulan aplican a los no-nacionales. Entre los instrumentos que abordan la interculturalidad en salud, cabe destacar que las recomendaciones y observaciones formuladas por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, que si bien no son jurídicamente vinculantes, al tener una función interpretativa de los tratados (59), están conectados a derechos garantizados por instrumentos vinculantes. Asimismo, sus observaciones y recomendaciones apuntan a brindar un “sentido concreto” a los derechos que se detallan en los tratados (50). En tal sentido, la inclusión del enfoque intercultural en salud en estos instrumentos es crucial para la realización del derecho a la salud como derecho humano.

Así, por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General Nº14 sobre El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del 2000, especifica la obligación legal de los Estados de garantizar el derecho a la salud, velando que “los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados” (60). Asimismo, destacan los instrumentos dirigidos a las minorías étnicas: el Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (núm. 169) de 1989 y la Recomendación general No. 27 relativa a la discriminación de los romaníes del Comité para la Eliminación de la discriminación Racial (2000). La Recomendación General recomienda simplemente tomar en cuenta las diferencias culturales al formular estrategias y programas de salud para las mujeres romaníes (61). El Convenio, sin embargo, indica que las medidas que se tomen para la realización de los derechos de los pueblos indígenas sean acordes a sus tradiciones y cultura. Asimismo, se priorizan los servicios de salud a nivel comunitario y la participación de las comunidades en las tomas de decisiones. Finalmente, se explicita el derecho de los pueblos indígenas de mantener sus prácticas de salud y sus medicinas tradicionales (62).

Finalmente, cabe destacar el Consenso de Montevideo de la CEPAL (2013) que es el único instrumento que menciona explícitamente el enfoque intercultural para promover la salud reproductiva y sexual en América Latina, como medio por ejemplo de aumentar la calidad de la atención prenatal. Asimismo, se incluye el enfoque de interculturalidad para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas (63).

Conclusión

Para retomar las palabras de Amartya Sen, “la aceptación de la salud como derecho para todos es un llamado a la acción para promover este objetivo” (64). En tal sentido, se propone un enfoque de interculturalidad en salud orientado a la acción, para reducir brechas de acceso a la salud migrante y mejorar su aceptabilidad, y así hacer efectivo el derecho a la salud para todos, más allá de la universalidad de los tratados de derechos humanos y otros instrumentos globales y regionales, vinculantes y no vinculantes, que abordan el derecho a la salud. Si bien se celebra que casi un cuarto de los instrumentos analizados incluya un enfoque intercultural en salud, explicitando en ciertos casos la importancia de tomar en cuenta aspectos culturales para el acceso a la salud y la realización del derecho a la salud en un contexto de movilidad humana, que además la mayoría de esos instrumentos se han desarrollado en las últimas dos décadas, augurando una posible generalización del enfoque en marcos normativos internacionales, queda pendiente la inclusión explícita del enfoque en normativas vinculantes. Sin embargo, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han formulado observaciones y recomendaciones que brindan interpretaciones que permiten llevar a medidas concretas a nivel nacional para la realización del acceso a la salud para todos y que incluyen en ciertas instancias, un enfoque intercultural.

Por otra parte, retomando las tres perspectivas de Walsh sobre la interculturalidad – relacional, funcional y crítica, se puede argumentar que el enfoque de interculturalidad que se promueve en los marcos normativos internacionales es funcional: reconoce la diferencia cultural y promueve la integración de éstas en estructuras establecidas. Sin embargo, difícilmente se puede afirmar que se adopta una interculturalidad crítica en los instrumentos analizados, por un motivo quizás evidente: su proceso

de formulación no se radica en lo subalterno y no se presta al cuestionamiento profundo de las estructuras sociales bajo una lógica de descolonización. Si Carreño et al (37) afirman que “la pretendida universalidad y neutralidad del modelo médico occidental repercute en los conflictos que emergen cuando, a partir de las transformaciones que sufren las sociedades, se evidencian las contradicciones históricas y políticas que subyacen a su expansión a nivel global”, lo mismo se podría argumentar acerca de los marcos normativos internacionales (30,31). Queda entonces la tarea de hacer realidad la universalidad de los derechos humanos, y más particularmente aquí en el caso del derecho a la salud migrante. El enfoque intercultural puede ser clave para el “aterrijaje” a nivel nacional, social e individual de los marcos generales que garantizan el derecho a la salud como derecho humano.

Recomendaciones

Estas recomendaciones se orientan a hacedores de políticas públicas a nivel nacional y organizaciones de la sociedad civil nivel nacional y local. Asimismo, se considera el nivel internacional y regional en lo que concierne la inclusión del enfoque intercultural en los marcos normativos que garantizan el derecho a la salud de los refugiados, solicitantes de asilo y apátridas.

- A modo de recomendación general, se propone adoptar el enfoque de interculturalidad en las políticas públicas orientadas a asegurar el acceso a la salud y la aceptabilidad de los servicios de salud para las poblaciones migrantes internacionales y así hacer efectivos a nivel nacional los derechos humanos relativos a la salud garantizados en marcos normativos internacionales.
- Más específicamente, se recomienda, a nivel tanto de políticas públicas como de instrumentos de política a nivel nacional, considerar todas las dimensiones de la persona migrante bajo un principio de interseccionalidad.
- A partir del enfoque intercultural que adopta la OIT para los Pueblos Indígenas, se sugiere impulsar reflexiones en los procesos de diseño de políticas públicas e instrumentos de políticas en torno a los intercambios entre enfoques biomédicos y los enfoques de medicina tradicionales en contextos de encuentros interculturales en salud migrante.
- Asimismo, se recomienda la inclusión de las poblaciones migrantes, cualquier sea su estatus migratorio, en la elaboración de programas y tomas de decisiones relacionadas con el acceso a la salud.
- Además de las medidas formales que se impulsen a nivel de gobierno para la inclusión del enfoque intercultural en salud, se pueden fortalecer las actividades de incidencia desde la sociedad civil, en particular las que nacen de iniciativas impulsadas desde las comunidades migrantes, para hacer valer la importancia del enfoque intercultural en salud en las políticas públicas.
- Finalmente, a nivel internacional, regional y nacional, se recomienda impulsar iniciativas de incidencia que permitan poner énfasis en la necesidad de un enfoque intercultural en salud para los refugiados, solicitantes de asilo y apátridas.

Referencias

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Organización Panamericana de la Salud. CD55/11 Salud de los Migrantes [Internet]. 2016 [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf>
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 de diciembre 1948, 217 A (III) [Internet]. [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
4. Donnelly J. The Relative Universality of Human Rights. *Hum Rights Q.* 2007;29(2):281–306.
5. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health.* 1 de abril de 2003;57(4):254–8.
6. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ.* 2003;81:539–45.
7. Preis A-BS. Human Rights as Cultural Practice: An Anthropological Critique. *Hum Rights Q.* 1996;18(2):286–315.
8. Hunt P, Khosla R. The Human Right to Medicines. *Sur - Int J Hum Rights.* 2008;8:99–116.
9. Ruiz-Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria. *Bol Mex Hist Filas Med.* 2007;10(2):99–107.
10. Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo Pensam.* 15 de abril de 2005;24(46):39–50.
11. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud. En Washington DC, EUA; 2017.
12. Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* marzo de 2010;27(1):94–101.

13. Van der Laet C. La migración como determinante social de la salud. En: La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2017.
14. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36(1):375–92.
15. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. Geneva, Switzerland: International Organization for Migration; 2006.
16. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Pública México*. 10 de junio de 2019;60:566–78.
17. Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Agudelo-Suárez AA, Bolea RC, Ronda-Pérez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethn Health*. 3 de septiembre de 2015;20(5):523–41.
18. Cabieses B, Bird P. Glossary of Access to Health Care and Related Concepts for Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Critical Review of International Literature. *Int J Health Serv*. 1 de octubre de 2014;44(4):845–61.
19. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 25 de marzo de 2011;11(1):187.
20. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 30 de octubre de 2015;8:175–83.
21. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Carreño Calderon A, McIntyre AM. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev Inst Salud Pública Chile [Internet]*. 1 de julio de 2019 [citado 21 de abril de 2020];3(1). Disponible en: <http://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/49>
22. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. junio de 2017;34:167–75.
23. Ramírez-Santana M, Rivera Humeres J, Bernaldes Silva M, Cabieses Valdés B. Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. *Migr Int [Internet]*. 2019 [citado 22 de abril de 2020];10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-89062019000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Cerna CM. Universality of Human Rights and Cultural Diversity: Implementation of Human Rights in Different Socio-Cultural Contexts. *Hum Rights Q*. 1994;16(4):740–52.
25. Donnelly J. Cultural Relativism and Universal Human Rights. *Hum Rights Q*. 1984;6(4):400–19.
26. Donohart M. Neither Relative nor Universal: A Response to Donnelly. *Hum Rights Q*. 2008;30(1):183–93.
27. Henkin L. The Universality of the Concept of Human Rights. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 1 de noviembre de 1989;506(1):10–6.
28. Beuchot M. Interculturalidad y derechos humanos. México: Siglo XXI; 2005. 125 p.
29. de Lucas J. Derechos humanos, legislación positiva e interculturalidad. *Documentación social*. 1994;97:73–90.
30. Talavera Fernández P. Diálogo intercultural y universalidad de los derechos humanos. *Rev IUS*. diciembre de 2011;5(28):7–38.
31. Giusti M. Los derechos humanos en un contexto intercultural. *Organ Estados Iberoam Para Educ Cienc Cult*. 2014;13.
32. Walsh C. Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. *Visão Glob*. 2012;15(1–2):61–74.
33. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. marzo de 2010;27(1):80–93.
34. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública*. 10 de enero de 2019;35:e00120818.
35. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomedicine*. 5 de septiembre de 2007;3(1):31.
36. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. febrero de 2016;39:122–7.
37. Carreño A, Cabieses B, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc Chile*. 2018;58(4):7–17.
38. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1946 [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
39. International Organization for Migration. Migration and the Right to Health: A Review of International Law. Geneva, Switzerland: United Nations Publications; 2009. (International Migration Law). Report No.: 19.
40. Organización Internacional para las Migraciones, Organización Mundial de la Salud, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Migración internacional, salud y derechos humanos. Geneva, Switzerland: Organización Internacional para las Migraciones; 2013.
41. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. [Internet]. 1966 [citado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/5c92b8584.html>
42. Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 [Internet]. 1966 [citado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/4c0f50bc2.html>
43. Asamblea General de la ONU. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), 21 de diciembre de 1965 [Internet]. 1965 [citado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>
44. Kinney ED. The International Human Right to Health: What Does this Mean for Our Nation and World? *Indiana Law Rev*. 2001;34(4):1457–76.
45. The Lancet. The right to health: from rhetoric to reality. *Lancet*. 1 de diciembre de 2008;372(9655):2001–2001.
46. Pillay N. Right to health and the Universal Declaration of Human Rights. *Lancet Lond Engl*. 13 de diciembre de 2008;372(9655):2005–6.
47. Da Lomba S. Irregular migrants and the human right to health care: a case-study of health-care provision for irregular migrants in France and the UK. *Int J Law Context*. septiembre de 2011;7(3):357–74.
48. Rousseau C, ter Kuile S, Mu oz M, Nadeau L, Ouimet M-J, Kirmayer L, et al. Health Care Access for Refugees and Immigrants with Precarious Status. *Can J Public Health*. 1 de julio de 2008;99(4):290–2.
49. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J Equity Health*. 16 de noviembre de 2012;11(1):68.
50. Mechlem K. Treaty Bodies and the Interpretation of Human Rights. *Vanderbilt J Transnatl Law*. 2009;42(3):905–48.
51. Organización Internacional del Trabajo. Convenio (N. 143) sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 24 Junio 1975. C143 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312288
52. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación (N. 151) sobre los trabajadores migrantes, 24 de junio 1975. R151 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312489
53. Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Recomendación general No 26 sobre las trabajadoras migratorias, 5 diciembre 2008. CEDAW/C/2009/WP.1/R [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_2009_WP-1_R_7138_S.pdf
54. Asamblea General de la ONU. Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes: Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016. 3 Octubre 2016. A/RES/71/1 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/57fe272d4.html>
55. Asamblea General de la ONU. Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, 30 julio 2018. A/CONF.231/3 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/5c0eac944.pdf>
56. Toebe B. The right to health as a human right in international law. *Refugee Survey Quarterly*. 2001;20(3):180.
57. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA70.15 sobre Promoción de la salud de refugiados y migrantes, 31 de mayo 2017 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R15-sp.pdf

58. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA61.17 sobre Salud de los Migrantes, 24 de mayo 2008 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
59. Castañeda Hernandez M. Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas como elementos de cambio en el orden internacional [Internet]. [Madrid, España]: Universidad Carlos III; 2018 [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/27966>
60. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación general No 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 Agosto 2000, E/C.12/2000/4 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
61. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD). Recomendación general NoXXVII relativa a la discriminación de los romaníes, 57 periodo de sesiones, 2000 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.oacnudh.org.gt/estandares/docs/Organos/Racial/Generales/Observa27.pdf>
62. Organización Internacional del Trabajo. Convenio (N. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 27 Junio 1989, C169 [Internet]. [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312314
63. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. En Santiago, Chile: CELADE; 2013 [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21835>
64. Sen A. Why and how is health a human right? The Lancet. 13 de diciembre de 2008;372(9655):2010.



**ESTIMADO USUARIO
CESFAM CIRUJANO YIDE
RECUERDE CUMPLIR CON SUS**

SECTOR ROJO

Exige tus de



CAPITULO 3

Propuestas socio-antropológicas de interculturalidad en salud aplicables a poblaciones migrantes internacionales

Carla Urrutia P., antropóloga social, MSc, Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Ciencias y Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, carla.urrutia@udd.cl

El escenario migratorio del Chile actual ha variado en cuanto a la cantidad de personas que migran hacia el país, así como también en los nuevos grupos de nacionalidades que buscan asentarse. Aunque Chile ha sido históricamente un país heterogéneo y multicultural, las nuevas migraciones se agregan a la variedad ya existente y requieren atención en varios aspectos, uno de ellos es la salud. Este capítulo tiene como objetivo dar un breve panorama acerca de las propuestas sociales y antropológicas del concepto de interculturalidad y aplicables a poblaciones migrantes internacionales, que finalmente buscan contribuir al acervo teórico y práctico para Chile. Para ello se realizó una revisión bibliográfica del tema y en algunos casos desde el mundo de la salud, mediante una búsqueda de literatura teórica en las bases de datos y repositorios bibliográficos Scielo, Pubmed, Jstor y Google Scholar. Para el análisis del material recolectado, se utilizó el método de análisis de contenido en la modalidad temática, lo que dio como resultado la construcción de los siguientes apartados: (i) Multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad: una revisión de conceptos; (ii) Salud intercultural; (iii) Salud intercultural y pueblos originarios; (iv) Salud intercultural y poblaciones migrantes internacionales; (v) El caso de Chile: Salud intercultural y pueblos originarios y (vi) Salud intercultural y migrantes internacionales. Con todo, este capítulo propone que la interculturalidad en salud debe apuntar hacia el reconocimiento de factores culturales particulares, históricos globales de la región y locales de Chile, así como también la realidad fáctica de las relaciones de poder que subyacen a los procesos de salud-enfermedad-atención y que finalmente afectan la epidemiología de los distintos grupos sociales y en específico la de los migrantes internacionales. Es por ello que el aspecto individual biológico debe siempre situarse en un contexto relacional más amplio, así como también en su relación con diversos Determinantes de la Salud, en especial aquellos de carácter intermedio como es el género, la clase social, la etnicidad/raza y los grupos etarios. Así mismo, la interculturalidad en salud debe prestar atención a las especificidades de los distintos profesionales de la salud en tanto actores sociales; evidenciando las herramientas y perspectivas específicas que puedan necesitar.

Palabras clave: antropología de la salud, sociología de la salud, medicina social, pueblos indígenas, migrantes internacionales, interculturalidad en salud.

Abstract

The current Chilean migration scenario has changed in terms of the number of people who migrate to the country, as well as the new groups of nationalities seeking to settle. Although Chile has historically been a heterogeneous and multicultural country, the new migrations are added to the existing variety and require attention in several aspects, one of them is health. This chapter aims to give a brief overview of the social and anthropological proposals of interculturality on international migrant populations, which finally seek to contribute to the theoretical and practical patrimony of Chile. For this, a bibliographic review of the subject was carried out through a search of theoretical literature in the databases and bibliographic repositories Scielo, Pubmed, Jstor and Google Scholar. To analyze the collected material the content analysis method was used, which proceeded in the construction of the following segments: (i) Multiculturalism, cultural pluralism and interculturality: a review of concepts; (ii) Intercultural health; (iii) Intercultural health and indigenous people; (iv) Intercultural health and international migrant populations; (v) The case of Chile: Intercultural health and indigenous people and (vi) Intercultural health and international migrants. Above all, this chapter proposes that interculturality in health should aim towards the recognition of particular cultural factors, historical globals of the region and locals of Chile, as well as the factual reality of the power relationships that underlie health-disease-care processes and finally affect the epidemiology of different social groups, specifically that of international migrants. That is why the individual biological aspect must always be situated in a broader relational context, as well as in its relationship with various determinants of health, especially those of intermediate nature such as gender, social class, ethnicity/race and age groups. Likewise, interculturality in health must focus on the specificities of different health professionals as social actors; highlighting the specific tools and perspectives they may need.

Keywords: health anthropology, health sociology, social medicine, indigenous peoples, international migrants, interculturality in health.

¡El nuevo escenario propuesto por las migraciones actuales en el país, demanda respuestas teóricas y prácticas para acoger e integrar la realidad y visiones de nuevos migrantes que llegan a territorio chileno. En materia de políticas públicas, son interpelados todos los ámbitos, siendo la salud uno de ellos. Si bien, la diversidad y mestizaje son parte constitutiva del continente americano y en particular de Chile, las resoluciones en cuanto a la aceptación en igualdad y equidad de todos los grupos diversos en un enfoque de derechos, no siempre ha resultado exitoso.

La antropología como disciplina, se ha encargado históricamente de algunos objetos de investigación tales como la cultura, y la antropología de la salud en específico de los procesos de salud-enfermedad-atención y muerte, de los sistemas médicos y su pluralidad de acuerdo con la diversidad humana entre otros tantos intereses. La interculturalidad pensada como el encuentro de distintos grupos socioculturales y en específico en la salud, es otro de los objetos que la antropología, y otras disciplinas relacionadas como la sociología y estudios del comportamiento, ha tomado para su estudio. Esto ha ocurrido por voluntad propia, pero también atendiendo al llamado de las instituciones públicas u Organismos No Gubernamentales (ONGs) que detectan tensiones y expresan la necesidad de contar con herramientas que hagan más fluido el encuentro intercultural en salud sobre todo desde la mirada del personal de salud biomédico. De acuerdo con Menéndez (en Vicente) (1) la interculturalidad ha estado presente de distintas formas en la antropología, pasando en un primer inicio por las miradas evolucionistas (corriente antropológica del siglo XIX basada en los presupuestos de Darwin en donde los distintos grupos culturales evolucionarían en distintos estadios: desde lo primitivo, a la barbarie y finalmente la civilización. Ésta última corresponde a las sociedades occidentales) y difusionistas (corriente de pensamiento antropológico en la que las invenciones humanas tienen un centro específico geográfico y cultural de irradiación. Mediante el contacto entre culturas se traspasan estos conocimientos), las que aún no habían hecho el proceso de descentramiento propio de la mirada colonial. El relativismo cultural (también llamado culturalismo) que arriba de la mano de Boas en la primera mitad del siglo XX, permitió salir de las posiciones etnocentristas (entendidas como la apreciación, entendimiento y actitud de una cultura sobre otra, poniendo a la cultura propia como superior y en la que sus formas son las varas de medición de las otras culturas) y asimétricas en el encuentro intercultural. Para Menéndez, de acuerdo con la interpretación particular de Vicente, hay dos grandes líneas de desarrollo de lo intercultural desde los años noventa en Latinoamérica. La primera es una postura que plantea que, en el encuentro intercultural en salud, aquellos que se encuentran vienen de mundos culturales y simbólicos diferentes. Estas diferencias pueden llegar a tal punto que no se puede tender un puente de comunicación y entendimiento mutuo en aspectos generales y en específico en aspectos referentes a la salud y a los distintos sistemas médicos en juego. Es por esto que esta línea subraya la necesidad de educar a las partes para que puedan entenderse. La segunda línea, toma en cuenta los aspectos anteriores de la primera línea, pero añade las dimensiones políticas, económicas y materiales de vida de los usuarios de los sistemas de salud.

La mirada social y, en especial, antropológica sobre la salud y los migrantes internacionales es de suma importancia. Incluso puede afirmarse que esta mirada disciplinar particular no debiese dejarse de lado al momento de construir y proyectar el acceso real de las poblaciones migrantes residentes de un país- y a los que ya están en Chile- al sistema de salud. La aseveración anterior se sustenta en varios motivos. En primer lugar, porque el concepto o noción de interculturalidad se expresa de formas divergentes de acuerdo con el actor social que lo esté enunciando, y se hace imperativo aclarar su contenido y uso en el contexto de la atención en salud y los migrantes internacionales pensados en un espacio de salud intercultural.

En segundo lugar, la antropología provee de un soporte de análisis profundo y fino de los imaginarios y de las prácticas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-muerte de los grupos sociales. Esto se aplica a los migrantes internacionales y a los trabajadores de la salud. En específico sobre los usuarios migrantes, la antropología puede dar luces sobre las trayectorias terapéuticas y recursos que utilizan los diversos colectivos para tratar sus dolencias, los que en un contexto de pluralismo médico (2) son generalmente más amplios que el uso particular de la biomedicina. Además, se pone en relieve que los migrantes son un colectivo heterogéneo; los que tienen trayectorias migratorias históricas específicas que deben ponerse en contexto y en relación con los tratados y acuerdos internacionales a los cuales el Estado chileno ha suscrito en común acuerdo con el mundo y con los países emisores de migrantes en cuestión. Todo esto, en un complejo escenario mundial de procesos de globalización, fluctuaciones en la economía mundial, cambios en la ecología y cambio climático, pobreza y hambre, narcotráfico y conflicto armado; solo por evocar

algunas de las múltiples razones por las que las personas deciden migrar a otro país distinto del de nacimiento o de residencia habitual. Sobre los trabajadores del mundo de la salud, la antropología puede ayudar a comprender las diferencias entre las distintas profesiones y sus necesidades en competencias interculturales para la atención en salud frente a población diversa, las tensiones y barreras percibidas, así como los recursos y habilidades con los que cuentan y que pueden ser capitalizados de manera positiva para la atención en salud a población diversa y en específico para la atención en salud hacia migrantes internacionales.

En tercer lugar, se puede indagar de manera profunda en la atención misma de las dolencias de los migrantes, esto es, en las consultas con distintos profesionales de la salud, fijándose en cómo se despliega la relación del personal de salud con el usuario (la llamada relación médico/profesional de salud – paciente (3)) de forma detenida y minuciosa. Luego, en cuarto lugar, la antropología tiene la capacidad de análisis de los distintos sistemas formales e informales de salud en juego de manera situada (4). En este sentido, aporta al entendimiento de que todos los campos disciplinares, incluyendo la biomedicina, son productos de una mirada particular sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, producidos en un momento histórico y preciso (5). Por lo tanto, invita a la tensión natural de aceptar y discutir que todos los sistemas de salud son productos culturales. Evidenciar a la biomedicina como un sistema médico que es también cultural permite romper con el universalismo y neutralidad a los que normalmente se asocia. Los efectos de la hacer invisible el carácter cultural de la biomedicina, suelen ser el etnocentrismo y la hegemonía (hegemonía es un concepto proveniente del filósofo y sociólogo italiano Antonio Gramsci, quién basado en la teoría marxista de clases, afirma que la clase dominante tiene una forma específica de concebir al mundo tanto ideológica como cultural además de lo material. Esta forma es llamada hegemónica ya que está en una posición de mayor poder e influencia que las formas culturales de las clases más bajas (6)). El concepto de hegemonía puede ser aplicado al sistema biomédico ya que es el sistema que domina actualmente con respecto a otras formas de sanación y curación, de entender la enfermedad y su etiología o la salud en sus múltiples acepciones, entre otros aspectos.

El quinto punto es la capacidad de mirar con detención, desde la antropología y otras disciplinas afines, el sistema de salud formal y a la biomedicina en particular de manera sistémica y local; haciendo distinciones más precisas entre las culturas coexistentes en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, así como las particularidades de cada centro de salud; desde los Centros de Salud Familiares hasta los hospitales de mayor complejidad. De esta forma, la observación de la realidad desde este ángulo paradigmático, permite revisar cómo las directrices sanitarias generales son puestas en acción en cada realidad local.

Estas son algunas de las razones por las que la disciplina antropológica y otras afines son necesarias y fundamentales para comprender la migración internacional y sus procesos relacionados con la salud. Un trabajo crítico y bien prospectado desde la antropología, por ejemplo, puede dar potencia en la comprensión particular del tema, articulándose con disciplinas como la epidemiología social y cultural, la economía de la salud, las ciencias de la salud y el estudio de las políticas públicas de salud. El trabajo conjunto es la clave para desarrollar nuevas miradas más completas e integrales de la realidad, que propicien el acceso equitativo y real de los migrantes al sistema de salud y generar una relación médico/profesional de salud - paciente respetuosa, pertinente interculturalmente y atingente para las distintas realidades vividas por las personas y que comparten en los espacios de atención formal de salud.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica desde la mirada socio-antropológica del tema y desde el mundo de la salud, mediante una búsqueda bibliográfica de las siguientes bases de datos científicas y repositorios: Scielo, Pubmed, Jstor y Google Scholar. Se localizaron autores claves los que fueron guiando la búsqueda temática hacia otros autores en formato de libros y manuscritos originales (revisión manual de referencias científicas de artículos seleccionados). Si bien el enfoque es puesto sobre lo producido en América Latina, se incluyeron algunos autores que no son del continente, esto por la importancia de algunos aportes de otros países que forman la base para la producción latinoamericana. Se hace necesario recalcar que esta búsqueda no fue de tipo sistemática ya que la finalidad no fue el recolectar toda la evidencia disponible sobre la temática, más bien se buscó crear un panorama temático

de acuerdo con los autores escogidos. Se utilizaron términos de búsqueda considerando la disponibilidad gratuita de los artículos completos y libros en español, francés, portugués e inglés. Se utilizaron ecuaciones de búsqueda tales como:

“migración salud interculturalidad”; “salud intercultural latinoamericana”; “antropología interculturalidad salud”; “sociología interculturalidad salud”; “salud intercultural Chile”; “Intercultural health”; “Intercultural health migrants”, “Santé migrants interculturalité”, “Saude, migrantes” “Saude povos indígenas”.

Como resultado se identificó que a nivel cuantitativo la producción de conocimiento en salud intercultural específicamente enfocada en poblaciones de migrantes internacionales en América Latina, existe; pero, en comparación al corpus teórico en salud intercultural con foco en pueblos originarios tanto en Chile como en el resto del continente, es aún escaso. Para el análisis fue usado el método de análisis de contenido temático, lo que dio como resultado la construcción de dos apartados con el fin de comprender en profundidad la interculturalidad en salud con foco en población migrante en Latinoamérica: (i) Multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad: una revisión de conceptos; (ii) Salud intercultural; (iii) Salud intercultural y pueblos originarios; (iv) Salud intercultural y poblaciones migrantes internacionales; (v) El caso de Chile: Salud intercultural y pueblos originarios y (vi) Salud intercultural y migrantes internacionales.

Multiculturalidad, pluralismo cultural e interculturalidad: una revisión de conceptos

Antes del desarrollo de la interculturalidad en salud con foco en población migrante internacional, se hará referencia a la multiculturalidad y al pluralismo cultural en tanto conceptos antecedentes. En seguida, se tratará la interculturalidad también como concepto antecedente sin una aplicación explícita sobre salud o con una bajada en educación u otros ámbitos como la antropología. Esto porque se esclarecen las bases mismas de la multiculturalidad y la interculturalidad como tal.

El enfoque de la multiculturalidad ha sido utilizado indistintamente con el de interculturalidad y el de pluralismo cultural, pero estos tres conceptos presentan diferencias importantes. La multiculturalidad se define como la existencia de distintas culturas que habitan en un mismo territorio, en específico en un mismo estado nacional (7). Según Comboni y Juárez (8) siguiendo los planteamientos de Bartolomé, en Europa, Canadá y Estados Unidos se ha asumido la multiculturalidad como paradigma estatal para lidiar con la diversidad poblacional. Esto en respuesta primeramente a la diversidad étnica representada en pueblos originarios más comúnmente en Canadá y Estados Unidos, y en la actualidad preponderantemente enfocada a los flujos migratorios en los que estos territorios han tenido un rol de receptores de migración históricamente. La migración en estos contextos cumplió un rol fundamental en la construcción de los nuevos estados-nación de estos países, entendiendo su sitio como colonias del Reino Unido antes de alcanzar la independencia.

Para entender de mejor modo el multiculturalismo, es necesario hacer una breve aclaración acerca de lo que se entiende por estados-nación, ya que es en este marco en el que se conceptualiza la diversidad de grupos socioculturales. Se entiende a los estados-nación como aquel orden moderno de construir la sociedad, la soberanía y a los sujetos políticos y su organización. Esto quiere decir que se delimita un territorio geopolítico y una forma de administrarlo y administrar a quienes habitan en él. El Estado es el ente organizador y quienes pertenecen a él pertenecen también lo hacen a una comunidad nacional (9,10). Este sentido de pertenencia a una comunidad llamada nacional no está basada necesariamente en un orden natural, ya que los habitantes de un territorio determinado no tienen por qué tener sentido de pertenencia colectivo y compartido que concuerde unívocamente con un Estado; la mayoría de las veces el sentimiento de pertenencia a una nación requiere una construcción e implantación activa hacia la población mediante mecanismos como la educación y la enculturación.

Estos Unidos y Canadá han planteado una respuesta que reconoce la multiculturalidad como algo natural e inclusive deseable. Pero, en esta forma declarativa de buenas intenciones al reconocimiento de la diversidad, se promulga la tolerancia a la diversidad, la que puede existir bajo categorías muchas veces culturizantes. Las visiones estáticas de las culturas y grupos no son de gran ayuda al momento de comprender con claridad las interacciones complejas y dinámicas de grupos diferentes. Esto porque en realidad, los grupos distintos no son un todo homogéneo y coherente; y las identidades grupales no son siempre gerenciadas desde los mismos

grupos como distintivos puramente culturales, puede haber otras dimensiones de peso como la estratificación social por sobre lo cultural como tal. Lo anterior implica, de acuerdo con diversos autores, que muchas veces la multiculturalidad adscribe a un principio unificador que permite la no desintegración social, pregonando la universalidad como método de integración de los grupos socioculturales. En resumidas cuentas, se reconoce una existencia plural pero no se dota de poder a las minorías con respecto a los grupos hegemónicos socioculturales y en último caso, no se cuestiona la existencia de estas relaciones de poder mismas.

Por su parte, el pluralismo cultural de acuerdo a Barabas es un concepto más usual en la antropología latinoamericana que intenta dar un lugar específico y diferencial a los pueblos originarios en los contextos de diversidad cultural (7). Para la autora el pluralismo cultural es más bien aplicado al momento de hablar de la diversidad cultural en relación con los pueblos originarios y su relación con los estados. Por su parte, el multiculturalismo si bien apunta de la misma manera a la constatación de la diversidad cultural al interior de un estado-nación está más ligado a la diversidad cultural en relación a la población autóctona, los migrantes y el estado. Esta diferencia es importante ya que los pueblos originarios y los migrantes si bien tienen el derecho de producir y reproducir su vida social y cultural al seno de los estados-nación, los pueblos originarios fundan su derecho en su ascendencia histórica con respecto a un territorio (7). Los migrantes no tienen dicha historicidad ni ascendencia sobre el territorio al que llegan. De esto se hace una distinción sutil pero no menos importante en cuanto a que los migrantes y los pueblos originarios son categorizados como minorías étnicas, pero no pueden ser englobados bajo un mismo paraguas conceptual. He ahí la importancia de la distinción entre el pluralismo cultural y la multiculturalidad. Para Giménez (11) el pluralismo cultural propone la valoración positiva de la diversidad, crítica de las propuestas de pérdida o resta cultural, igualdad y no discriminación por razones de diferenciación etnocultural de las personas y el respeto al diferente entre otros.

Volviendo a la multiculturalidad, de acuerdo a Walsh (12) a partir de su trabajo en Ecuador, la multiculturalidad se caracteriza por: tener un origen conceptual en los países occidentales; adquirir un carácter descriptivo que destaca la presencia de diferentes culturas; evitar las relaciones entre las múltiples culturas presentes en un territorio; fundamentarse en la estructura y principios del Estado liberal; centrarse en la tolerancia del otro, pero como una forma de evitar los conflictos, y ocultar las desigualdades sociales y mantener intactas las estructuras e instituciones de la sociedad (13). Comboni y Juárez (8), resaltan la tolerancia en tanto principio rector de la multiculturalidad, el que tal como lo implica la palabra, se busca tolerar, aguantar o resistir la presencia de la otredad desde el punto de vista estatal y hegemónico. López 2009 (en Comboni y Juárez) (8) arguye que la tolerancia funciona en la medida que es aplicada en la población migrante, no así para los grupos indígenas que habitan históricamente los territorios antes de la creación de los estados-nación y la conformación del grupo hegemónico, es decir, ellos han estado "ahí siempre". Por lo tanto, reconocer la diversidad y tolerarla no es suficiente para alcanzar a derribar las discriminaciones, exclusiones y desigualdades de poder a las que son sometidos los grupos que el sistema posiciona en el escaño de subalternos. En la misma línea Dietz (14), llama la atención sobre la concepción inocente y de "buena fe" sobre el reconocimiento de la diferencia, ya que la intención de aunar e integrar a grupos en un todo muchas veces omite el hecho de que van a existir ineludiblemente conflictos, choques y desacuerdos entre ellos.

Pese a estas visiones críticas de la multiculturalidad, desde el mundo del trabajo social (15) se rescata la importancia de la multiculturalidad en cuanto a la preocupación de los trabajadores sociales que deben atender a población diversa y que desde este concepto, pudieron desarrollar estrategias como las competencias culturales y su alcance en los distintos niveles de interacción social entre los usuarios, los trabajadores sociales y el sistema de protección social. Esto es el despliegue de las competencias culturales en sociedades multiculturales en niveles micro-meso-macro, en un estilo muy parecido al modelo de los determinantes sociales de la salud. Por su parte, la interculturalidad es un concepto polisémico que ha germinado con mayor fuerza en los desafíos que propone la educación y la salud intercultural en el continente Latinoamericano; y ha sido abordado desde diferentes disciplinas, no solo la antropológica y sociológica. Una de las tantas definiciones de interculturalidad es el "modo de acción en el que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder, de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial" (13). Como puede observarse, este

concepto es diferente del concepto de multiculturalismo y pluralismo cultural en tanto plantea la relación entre los diversos grupos, más que la mera cohabitación entre ellos y la tolerancia de los estados-nación.

Para delinear con mayor claridad la interculturalidad, Giménez (16) recurre a un cuadro comparativo entre lo multi e intercultural; de los que se desprenden dos niveles de análisis: un plano fáctico que da significado a estos dos conceptos sobre lo que son; y un plano normativo que apunta hacia lo que lo multi e intercultural debiesen ser. En otras palabras, hay una necesidad de distinguir entre la realidad social y política de las relaciones de hecho y las concepciones ideológicas y propuestas axiológicas o éticas de cómo deberían ser las cosas. Dietz, desde México (14) agrega que, si estos planos son bien entendidos, lo que se debe entender finalmente es la “gramática discursiva” profunda de lo multi e intercultural. Siguiendo nuevamente a Giménez (16), el plano fáctico de la multiculturalidad implica la diversidad cultural, lingüística y religiosa, esto quiere decir, que existen grupos con distintas culturas o formas de estar en el mundo cohabitando. El plano normativo en donde el término cambia de multiculturalidad a multiculturalismo apunta hacia el cómo deberían ser las relaciones entre estos grupos: hegemónicas y subalternas atendiendo la dimensión del poder y al asimilacionismo; de autonomía o dependencia unas respecto de otras en una forma más moderada, entre otras posibilidades. El asimilacionismo entendido como una política y posición generalmente estatal que plantea incluir a los grupos diversos mediante la homogeneización cultural y el principio de universalidad. Para ello se plantea el unificar para integrar, obligando a las minorías a dejar de lado sus propias formas culturales e inclusive su idioma. La política multiculturalista aboga por la existencia y celebración de la diferencia humana (principio de diferencia), y defiende el principio de igualdad, lo que implica que esta diferencia no debe transformarse en inequidad, desigualdad, racismo, xenofobia u otras formas de discriminación negativas.

Sobre lo intercultural en el plano fáctico, se hace énfasis en las relaciones entre las etnias, lo lingüístico y lo religioso. Es decir, no solo se constata la diversidad, sino que además se busca ver como las diversidades interactúan; a lo que Dietz (17) agrega que “no existe un simple espacio “entre culturas”, sino una compleja articulación de procesos de autoadscripción y adscripción externa inter-, intra- y transculturales, así como de identificación y de creación de la “otredad” dentro de la sociedad. En otras palabras, Dietz plantea que, en la relación interétnica, los grupos se autoidentifican en relación a sí mismos y otros; es decir, la identidad se construye siempre en relación a la alteridad. Al bajar esta idea a los grupos de migrantes observamos que son grupos heterogéneos que generan una identidad de manera interna, pero también en relación a otros migrantes y a la población nacional autóctona.

En el plano político o normativo, es decir, con vistas hacia un proyecto social, se agrega al interculturalismo el principio de interacción positiva. Para Ansion (18) un proyecto intercultural es un proyecto de convivencia en paz. Busca convertir en ventaja los productos de los encuentros históricos, por más desastrosos que puedan haber sido para los pueblos, como es el caso de los pueblos indígenas de América. La diversidad ha sido ocasión de maltrato, de construcción de sociedades verticales y autoritarias, pero encierra también mucha riqueza potencial. Siguiendo esta apuesta fáctico-normativa, Menéndez (19) explica que la interculturalidad es un proceso social permanente y con profundidad histórica, que siempre ocurrirá cuando haya sociedades y grupos en contacto. De acuerdo con Cardona-Arias et al. (20) la pretensión de la interculturalidad es el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la complementariedad, el diálogo, la comunicación y el aprendizaje constantes, y la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales. Así, la interculturalidad en su propuesta contiene la apuesta política por el reconocimiento del otro como sujeto de derechos legítimo en un contexto de intercambio y comunicación horizontal.

Mateos (21) suma una mirada crítica al desarrollo de la interculturalidad en específico en América Latina con respecto a quiénes la han impulsado y con qué fines. Para Mateos (21), la interculturalidad impulsada en América Latina es sobre todo estatal y está fuertemente conectada al proyecto desarrollista que impuso la modernidad y el eurocentrismo en los Estados republicanos del continente. Su carácter muchas veces cae en una visión folclorizada de los grupos diversos y por lo tanto de alguna manera se mantienen sus posiciones de subordinación efectiva y de sus conocimientos y saberes. Esta aproximación crítica acerca de cómo se ha desarrollado la interculturalidad en el continente, está en alguna medida sustentada por la idea de las epistemologías del sur y la colonialidad. América Latina en tanto antigua colonia española y portuguesa fue sometida a un proceso de colonización que implicó un proceso migratorio de población española y portuguesa al continente con fines extractivistas y bélicos la cual se enfrentó a la población local imponiendo formas de vida, cosmovisiones y relaciones asimétricas de poder y violencia. Tras la independencia de los países del continente constituidos en estados-nación, Quijano (22) explica que si bien, la colonización terminó al momento de la constitución de estos nuevos países, otros procesos relacionados con la colonización se mantienen hasta el día de hoy. El autor

llama a lo anterior colonialidad la que consiste en un proceso múltiple de poder que se funda en la “imposición de una clasificación racial/étnica de la población del mundo como piedra angular de dicho patrón de poder, y opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia social cotidiana y a escala societal” (Quijano en Cortés) (21). En palabras muy simples, la colonialidad es una matriz de poder que sigue existiendo pese a la conformación de los estados republicanos en la región y que influye en la cosmovisión sobre la diversidad cultural del territorio y las relaciones de poder que hay entre estas diversidades.

Sobre la colonialidad y sus orígenes Verdesio (23) explica la explotación económica de la tierra se llevó a cabo por parte de una minoría étnica compuesta por europeos, bajo cuya custodia y tutelaje trabajaban grandes números de indígenas, quienes generaban una gran plusvalía. En el contexto latinoamericano, su enfoque tuvo la virtud y la originalidad de poner de relieve la importancia de lo étnico en el proceso histórico de la explotación de la riqueza americana, tanto en tiempos coloniales como en el periodo republicano. En resumidas cuentas, la matriz colonial dejó instaurada una forma de ver y entender el mundo, con raíces muy profundas en cuanto a la clasificación de los grupos socioculturales en la jerarquía social y también acerca de las formas autorizadas y más prestigiosas de generar conocimiento sobre el mundo. En específico esto se refiere a la herencia de la visión positivista, científica y androcéntrica.

Sobre esto, de Sousa Santos (24) en la misma línea que Quijano, responde críticamente con una propuesta de epistemologías del sur. Esto quiere decir que el mundo es más amplio que la comprensión occidental del mundo; la diversidad sociocultural es también más amplia que la comprensión occidental del mundo; y la gran diversidad del mundo no puede ser monopolizada por una teoría general (25). De esto se desprende la idea de una ecología de los saberes, donde las epistemologías no científicas ni europeas ni occidentales tengan su espacio y reconocimiento. De especial importancia se pueden señalar las cosmovisiones de los pueblos indígenas y sus conocimientos y saberes, en un panorama en que estas epistemologías puedan dialogar con los conocimientos y epistemologías de la ciencia y con otras epistemologías diferentes. En definitiva, se aboga a que la visión positivista, científica y androcéntrica del mundo pueda relegarse a un espacio dentro del panorama ecológico de los saberes y conocimientos; sin engullir al resto.

La ecología de los saberes puede aportar una interesante base de comprensión en cuanto a los conocimientos y saberes sobre los procesos salud/enfermedad/atención/muerte en el espacio del encuentro intercultural en salud. Esto porque puede poner en una relación horizontal o al menos más abierta y menos jerárquica a la biomedicina con respecto a los diferentes sistemas médicos, saberes y conocimientos que se ponen en juego en la atención de salud de personas pertenecientes a pueblos originarios o a población migrante internacional.

Salud intercultural

El avance sobre la interculturalidad específicamente en salud es de más reciente data. Del punto de vista de Rodríguez-Martín (26) es necesario ir más allá del enfoque de la multiculturalidad y desarrollar una visión de interculturalidad “para el trabajo en salud, entendida como el conjunto de acciones dirigidas a conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención”. Para Menéndez (27) la interculturalidad como noción ha venido siendo utilizada desde los años 90’ en salud, y, aunque aparentemente es un concepto que de primera impresión denota simplicidad, es bastante complejo. Boccara (28), toma al sociólogo Bourdieu para definir a la salud intercultural “como subcampo, en el sentido bourdieusiano del concepto, pues se encuentra englobado dentro de un campo burocrático mayor, el de la salud pública, tanto desde el punto de vista institucional como administrativo y conceptual. Desde esta perspectiva, planteamos que la Salud Intercultural representa una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o de una gubernamentalidad de un nuevo tipo que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización”. Esto añade de manera crítica el contexto institucional y administrativo en donde se produce y reproduce la interculturalidad en salud, teniendo como consecuencias además de las descripciones fácticas y las propuestas normativas, un impacto en las identidades de los grupos objetivos a los que se dirige y los que dirigen las propuestas de salud intercultural.

Por otra parte, la salud pública es otra enmarcación de la salud intercultural. Ruiz-Lurduy et al. (29) plantean que la salud pública no implica solamente la gestión del sistema biomédico, sobre todo en un contexto de mestizaje como el del continente latinoamericano.

La salud pública debe ampliarse, incluir y reconocer las epistemologías y prácticas no biomédicas, que son propias del territorio. De este modo se propone “pensar en sistemas híbridos para la salud pública que integren de manera activa las perspectivas locales en la construcción del conocimiento y de los servicios en salud”. Sobre esto, Escobar (en Ruiz-Lurduy) (29) refuerza esta idea, proponiendo que la interculturalidad en salud pueda ir más allá de los binomios como el de modernidad versus tradición, occidente versus identidades étnicas entre otros, para realizar verdaderamente una integración e hibridación que responda a las necesidades en salud en concordancia con lo multidimensional de los fenómenos en salud. Flores (30) resalta el rol fundamental que tienen las Organizaciones No Gubernamentales en cuanto a creaciones de proyectos y consultorías sobre salud intercultural. La diatriba se basa en que muchas veces estas organizaciones tecnifican demasiado su enfoque y pasan por alto las advertencias que la antropología y sociología han hecho sobre el enfoque culturizante y reificante de la diversidad y los grupos sociales. Lo que implica que se crean programas y medidas de salud intercultural para distintos grupos muchas veces de manera acrítica, no aclarando los conceptos bases sobre cultura, etnicidad, identidad o la misma interculturalidad. El autor también explicita que la postura a priori implícita desde las agencias gubernamentales y no gubernamentales sobre lo diverso, las minorías indígenas o migrantes, es que presuponen un problema que debe ser solucionado, esto porque no se reflexiona sobre el sistema biomédico y sus agentes como un sistema cultural y como personas que también tienen cultura. Esto es producto del efecto neutralizante de la cultura dominante occidental, blanca o mestiza que se asume como acultural. Por lo tanto, aquellos grupos como los migrantes internacionales, los pueblos originarios, las minorías sexuales, supuestamente tienen más cultura o son más étnicos comparativamente. Sumado a esto, a simple vista las ONG’s pueden concebirse como aliados para los grupos receptores de las políticas públicas, programas y directrices de interculturalidad en salud ya que atraen capital monetario para instalar programas dirigidos hacia poblaciones muchas veces olvidadas por el Estado. Sin embargo, las ONG’s también están sujetas a un marco político (31) en base a los acuerdos bilaterales o multilaterales entre países dichos desarrollados que exportan capital monetario para países en vías del desarrollo o calificados como subdesarrollados. En esta transferencia, también se produce una transferencia epistemológica en especial, epistemologías occidentales y científicas. Estas últimas muchas veces pueden ser reificantes y culturizantes sobre los grupos receptores de las iniciativas de las ONG’s, esto porque no se cuestionan necesariamente los elementos recién enunciados y muchas veces pueden reforzar ideas folclorizantes y caritativas sobre los pueblos originarios, los migrantes internacionales y otros grupos socioculturales. De algún modo, este modus operandi tiende a reproducir las relaciones de poder entre las antiguas metrópolis con las excolonias.

En resumen y acerca de los actores y marcos contextuales que conforman la salud intercultural se pueden identificar a nivel intelectual, conceptual y aplicado la participación de distintos actores: el Estado, las ONGs, las ciencias sociales, ciencias de la salud, otras disciplinas y en algunos rebuscados casos los mismos pueblos originarios o migrantes internacionales. Por otro lado, la salud intercultural se transforma en propuesta para distintos grupos: pueblos originarios, migrantes y otros colectivos. Esta construcción multidimensional tiene un contexto de producción. Un primer nivel es el de la biomedicina y el de la salud pública ya que es sobre todo es desde estas disciplinas las que se conciben los programas de intervención de la salud intercultural en conjunto a los tomadores de decisiones a nivel de políticas públicas en salud. Al contexto se añade la matriz colonial expuesta anteriormente que permea los distintos saberes y los jerarquiza en relaciones verticales y poder. Esta figura genérica toma distintos tintes y expresiones de acuerdo con las realidades locales de cada país, ya que, si bien hay una historia común de colonización del continente, cada territorio cuenta con distintos pueblos originarios y abordajes estatales sobre estos grupos. Esto también puede aplicarse a las distintas historias migratorias de cada país y sus flujos de poblaciones migrantes específicos.

Pasando a otro punto, el tema de la interculturalidad en salud viene aparejado con el concepto de competencias interculturales (también llamadas competencias culturales), en tanto habilidades deseables para el personal de salud a la hora de atender a usuarios de poblaciones diversas. Sobre esto, Cohen-Emerique (32) plantea que la interculturalidad en salud es de mayor amplitud que las competencias interculturales porque estas están sujetas a contextos y profesiones específicas. Pensando en las competencias culturales de los profesionales de la salud en su forma más clásica, éstas se entienden como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud (TS) para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (33). Las competencias culturales por lo tanto se focalizan solo en el *background* del trabajador de salud y su accionar por lo que son de corte unidimensional. Desde la vereda de la interculturalidad, se busca integrar la relación entre culturas, lo que conlleva la inclusión del *background cultural* de ambas partes en el encuentro intersubjetivo. De ahí que nosotros de aquí en adelante trabajemos con el concepto de competencias interculturales, que reconocen

el componente dialógico e intersubjetivo que se da en contextos de atención de salud entre diversos grupos culturales y los trabajadores de salud que representan el paradigma biomédico hegemónico en casi todos los países del mundo.

Para Cohen-Emerique (32), la interculturalidad es un enfoque más que un set de habilidades a adquirir por parte del personal de salud (aunque en su caso el análisis está orientado a los trabajadores sociales, pero es pertinente también para los trabajadores de la salud). Este encuentro es de carácter dinámico e implica tres etapas en las que van incluidas las competencias interculturales. El primer requerimiento es el de descentramiento, es decir, la toma de conciencia de los propios marcos de referencia cultural lo que en antropología se denomina doble distanciamiento o extrañamiento cultural. Este ejercicio no solo implica hacerlo en el contexto de la dicha cultura nacional, regional etc., además implica una mirada descentrada de la propia cultura profesional: el modelo biomédico como sistema cultural entre otros sistemas médicos que se despliega de formas diversas en los países, sistemas de salud e instituciones. Esto es lo que en el marco de la competencia cultural se entiende como *background* cultural.

En un segundo momento Cohen-Emerique propone la aproximación al universo cultural del otro, lo que implica el comprender en la medida de lo posible el cómo el otro vive, percibe y actúa en el mundo. Aquí se va más allá del mero *background* cultural del individuo, implicándose hacia un encuentro con otro. Requiere necesariamente de un reconocimiento de valoración explícito del otro, de su mundo, forma de ver la vida y de sus necesidades específicas. Esto en un contexto sanitario remite a elementos como: las significaciones sobre la salud y la enfermedad, la concepción del cuerpo y su funcionamiento, las relaciones de género en los contextos sanitarios, institucionales e inclusive familiares, los distintos sistemas médicos que el usuario puede utilizar además del sistema biomédico, entre otros.

El tercer requerimiento es el de la negociación y la mediación intercultural, es decir la apertura de puentes bidireccionales de comunicación que no caigan en los vicios de la asimilación cultural, entendiendo esto como la supremacía cultural del lugar de acogida en donde el emigrado debe suspender sus propias formas culturales para adaptarse a las nuevas. Este tercer requerimiento es la piedra angular del encuentro intercultural en salud, puesto que solo se puede dar si los dos requerimientos anteriores sucedieron, pero además presenta desafíos reales propios. Este concepto emerge del trabajo de Becerra (34) que discute el encuentro en salud con migrantes internacionales como un espacio dialógico e intersubjetivo en constante revisión y construcción. En específico la autora define este encuentro como uno de "negociación intercultural [que] sostiene el cambio terapéutico gestado en la experiencia del vínculo. El cambio terapéutico es el objetivo último de la atención, entendiendo que apunta a mejorar el malestar subjetivo y su manifestación. Como fenómeno complejo (tercer fenómeno emergente), el cambio se da en la posibilidad de hacer sentido de la experiencia subjetiva en un espacio terapéutico, así como en la ampliación de la percepción por parte de los sujetos, respecto de sí mismos y de su contexto vital".

El espacio de negociación, mediación y definición de hoja de ruta compartida requiere de, al menos, el establecimiento de: (i) un lenguaje común, (ii) normas simples para interactuar en este proceso, (iii) establecimiento de prioridades compartidas para el diálogo, (iv) respeto explícito y permanente del mundo mental, emocional, social, natural y espiritual del otro; (v) un plan de trabajo compartido, (vi) un tiempo y ritmo de diálogo, de encuentro y de silencio que sea respetuoso y razonable para ambos, (vii) la visibilidad explícita de puntos compartidos y también diferentes a lo largo del diálogo, (viii) una forma de proceder particular, de común acuerdo, que permita llegar a las decisiones compartidas. Para Dietz las competencias interculturales (14,17) invitan a una comprensión de la otredad, pero no a un desmantelamiento de las relaciones de poder y jerarquías que sostienen las desigualdades sociales muchas veces disfrazadas de diferencia. De modo que no hay que desmerecer la importancia vital del desarrollo de competencias interculturales en los equipos sanitarios, pero, en definitiva, sola puesta por sí misma, sin el desarrollo de procesos y espacios paralelos de reflexión, conocimiento y comprensión de aquello que en salud entendemos como lo Intercultural en su sentido más profundo, muchas veces no es suficiente. En esta línea, un estudio en una universidad en Colombia (35) evaluó un programa de capacitación en competencias interculturales entre estudiantes de medicina de primer y sexto semestre, lo que arrojó como resultado una mayor sensibilidad hacia la diversidad cultural y social de los pacientes atendidos por los estudiantes. El estudio sugiere fuertemente el entrenamiento intercultural y capacitación de estudiantes de medicina y trabajadores del área de la salud para desarrollar estas habilidades. Este estudio no fue dirigido específicamente a migrantes o pueblos indígenas, de hecho, tomo la diversidad cultural en sí misma como foco. De lo anterior se desprende la obvia necesidad de una sensibilización intercultural, pero con una mirada crítica que atienda los aportes realizados desde las ciencias sociales para con el mundo de la salud y, sobre todo, la

biomedicina (para tener una mirada más profunda sobre las competencias interculturales y el encuentro intercultural en salud, ver figura 1 y 2 del capítulo 1 de conceptos esenciales.

Salud intercultural y pueblos originarios

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (36) en su artículo 24 declara que: 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo. Esto fue declarado en el 2008. En el continente se ha tomado el tema de distinta forma, ya que los pueblos originarios son reconocidos diferencialmente por los estados. Bolivia y Ecuador son ejemplos del reconocimiento a lo plurinacional, o la experiencia de México con los Zapatistas; a diferencia del resto de los países latinoamericanos, en los que se hace un reconocimiento declarativo, pero no alcanza el nivel de lo plurinacional como en estos casos. Esto no es por falta de articulación de las demandas levantadas por los mismos pueblos indígenas del continente, acaso porque las historias de estas demandas han tenido distintas acogidas, ganancias y pérdidas.

Maya (37), evocando a Jaime Ibacache en 2009 arguye que “la interculturalidad en salud se ha convertido en la política neoliberal de salud para los pueblos indígenas de América”. Para Salaverry (13) desde Perú, atendiendo a la historia mundial y a la de los países latinoamericanos, explica que el reordenamiento emergido de la Segunda Guerra Mundial provocó un efecto de movimiento en las estructuras sociales que evidenciaron las tensiones largamente reprimidas de la cuestión étnica, silenciadas desde la conquista. De este modo, el tema de la interculturalidad se hace patente y se transforma en una demanda hacia los estados y el sistema de salud dominante, esto también por el empoderamiento de los distintos pueblos originarios en el continente. Así, la salud y en específico la salud intercultural se ponen en la palestra. Citando a Salaverry “la interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez implica el reconocer un grupo humano diferenciado de los demás y luego acceder a su identidad”. Este reconocimiento de los pueblos indígenas debe claramente evitar caer en concepciones folclorizadas y estáticas, atendiendo al principio de dinamismo y cambio a través del tiempo y alejarse de la naturalización del otro como un grupo social dado.

Goicochea (38) planteó una propuesta para incorporar la interculturalidad en salud dirigida a pueblos originarios en Perú. La propuesta se basa en (i) capacitación a todo el personal de los centros de salud; (ii) que el personal comprenda el cómo los otros comprenden la salud y la enfermedad; (iii) que los programas interculturales propuestos sean validados por los receptores de dichos programas; (iv) adecuación de los programas a las especificidades de sus usuarios; (v) incorporar lo intercultural a nivel teórico pero también en los espacios físicos de atención; (vi) trabajo con agentes comunitarios; (vii) preguntar a la comunidad por ideas para solucionar problemas; (viii) reconocer las medicinas tradicionales; (ix) desarrollar la interculturalidad ampliando el espectro de lo indígena y rural a lo urbano y los migrantes.

En Brasil las relaciones de los pueblos originarios y el estado han sido de suma tensión. Distintas formas burocráticas y sistémicas han ido desarrollándose a través de los años desde la década de los noventas, en que casi transversalmente se ha propuesto un paradigma asimilacionista y una política basada en la formación biomédica básica de representantes de las distintas comunidades como agentes sanitarios para que promuevan y brinden salud a sus comunidades Diehl y Pellegrini (39). El inmenso territorio que comporta el país y la gran cantidad de grupos de pueblos originarios representan en sí mismo un desafío para el trabajo de interculturalidad en salud en los que los pajés (son los chamanes o curanderos de comunidades indígenas de distintos grupos sociales) y las parteras tradicionales (son las mujeres encargadas de asistir a las mujeres en el proceso de gestación, parto y post parto de distintos grupos culturales) son las figuras principales. De acuerdo con el Consejo indigenista misionero de dicho país, el

despliegue de la salud intercultural no ha estado exenta de grandes controversias entre los pueblos originarios como los Yanomami y los Xingú y los agentes estatales.

Siguiendo con Brasil, la lucha política de los pueblos indígenas para su reconocimiento y acceso a la salud ha sido ardua. Solamente desde el reconocimiento de los derechos humanos aplicados a los pueblos originarios en este país, cambiaron desde una política asimilacionista a una de reconocimiento de la diferencia. Sin embargo, para los autores, pese a este reconocimiento, se produce una antítesis entre aquellos sectores que propugnan el reconocimiento a la diversidad cultural versus los que subrayan la importancia de la mala distribución de la riqueza y la pobreza de los pueblos originarios como la base del problema. Se hace necesario entonces integrar ambos aspectos, ya que lo que ocurre en la actualidad en la mayoría de los casos latinoamericanos, es que se reconoce la diferencia de manera formal, pero las estructuras sociales que producen la desigualdad material no se modifican. Esto es denominado multiculturalismo hegemónico o neoliberal. Los autores apoyándose en Garavito y Díaz, arguyen que una posible salida al multiculturalismo hegemónico es el multiculturalismo contra-hegemónico que propone una pedagogía y una acción política reivindicatoria. Sin embargo, y como ya ha sido enunciado en este capítulo anteriormente, el multiculturalismo ya tiene sus críticas, por lo que la propuesta más actualizada es avanzar hacia el interculturalismo.

Una experiencia contra-hegemónica teórico-práctica importante es la de Ecuador, en la que Anita Krainer (40) así como las contradicciones y tensiones que se generan en el sistema educativo frente al llamado del establecimiento de espacios de diálogo entre conocimientos tradicionales y científicos. A través del caso de la Universidad Comunitaria Intercultural de Nacionalidades y Pueblos Indígenas Amawtay Wasi (uinpi-aw explica como ciertos grupos indígenas comprenden y utilizan la interculturalidad de un modo diferente al que propone el estado-nación ecuatoriano. Estos plantean una crítica reivindicativa a la colonización de los saberes, las epistemologías y las relaciones de poder entre la cultura hegemónica versus las culturas subalternas (en este caso ellos mismos). La interculturalidad planteada desde esta mirada busca reivindicar las epistemologías y formas de conocimientos en salud indígenas. Dicho de otro modo, se plantea una crítica colonial y decolonial del saber tal como lo plantea Quijano, (22) y De Sousa Santos (24) en torno al concepto de epistemicidio. Este último término se refiere a cómo las formas hegemónicas de entender el mundo y generar conocimiento (es decir las epistemologías occidentales), absorben y destruyen a otras epistemes. La epistemología occidental se impone sobre las otras y en específico sobre las formas de comprender el mundo y producir conocimiento desde los pueblos indígenas los que finalmente ven socavadas sus propias formas y entendimientos del mundo y en específico de la salud y la enfermedad.

En respuesta a estos procesos, se creó el proyecto reivindicativo *Amawtay Wasi*, una Pluriversidad en vez de una Universidad de las nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador. Este proyecto toma al símbolo de la Chakana (es la cruz de muchos pueblos originarios andinos. Representa la visión sobre el mundo natural y el ordenamiento de éste con relación al ser humano.) al centro y las proposiciones de Abya Yala (es el nombre precolombino que muchos pueblos originarios dieron al continente americano) para la generación de conocimiento y su enseñanza. Uno de los centros llamado Munay Rural, desarrolla entre otras cosas conocimientos sobre salud que se alejan de la biomedicina y reivindican los conocimientos de salud indígenas.

Maya (37) desde México, agregan entonces que, en el caso de la población indígena, la salud intercultural parece sugerir que su bienestar para la cultura médica dominante depende de la capacitación del personal de salud. Esto es cierto, pero incompleto, ya que hay que atender también las condiciones históricas de explotación y subordinación económica y política de los pueblos originarios. Esto refuerza la necesidad que ya se expuso en los párrafos anteriores de ampliar la salud intercultural más allá de las competencias culturales convencionales, o la sola sensibilización del personal de salud, o la apertura de la biomedicina a incluir otras medicinas bajo sus reglas territoriales y epistemológicas. Es necesario ahondar en elementos más profundos como los procesos de racialización y la no visibilidad de las relaciones históricas de dominación y sumisión de una población por sobre la otra.

Colombia fue en América Latina, según Parra y Pacheco (41) uno de los primeros Estados en reconocer explícitamente el derecho a la salud de los grupos étnicos en la Constitución de 1991. Esto deja en evidencia el cortísimo tiempo de unos 30 años en los que se han reconocido derechos que son considerados derechos humanos básicos, como el de la salud para pueblos originarios. Si este fue el primer país, el resto de la región lleva aún menos tiempo desarrollando teorías y bajadas prácticas sobre salud con foco en diversidad social, y en especial en pueblos originarios. Los autores, a propósito de las experiencias en salud intercultural en Colombia, se detienen a reflexionar más que sobre las posibles diferencias socioculturales entre grupos, o en una definición

específica de interculturalidad en salud, en cómo opera la interculturalidad a nivel de sistemas médicos y en específico el biomédico y el tradicional. Para ellos la interculturalidad entre sistemas médicos es “un conjunto de procesos culturales dinámicos y complejos que reflejan un modelo explicativo original de las experiencias de salud y enfermedad”.

Debido al desencuentro epistemológico y práctico del sistema biomédico con otros sistemas de salud, en específico los sistemas culturales médicos tradicionales, el puente intercultural entre sistemas médicos resulta difícil, pero no imposible de ser construido. Los autores identifican tres posibles relaciones intersistemas: una de dominación; otra en el que la dialógica es posible y se reconoce la diferencia epistemológica, pero no la raíz ontológica de dichas diferencias aunque si pueden haber modificaciones entre sistemas médicos; y finalmente, relaciones de “hegación postergada” en las hay en un primer momento un reconocimiento mutuo, pero el sistema dominante tolera al sistema subalterno y mantiene su postura hegemónica epistemológica de los saberes y conocimientos médicos como los correctos. Esta última forma permite la entrada de otros sistemas médicos al sistema biomédico siempre y cuando los primeros pasen por los controles y medidas de calidad y aceptación científica. De acuerdo con estas tres posturas, se hace evidente que la deseable de desarrollar sea la segunda forma.

Las relaciones entre sistemas médicos interculturales al momento de “hablar”, pueden derivar en un monólogo cuando no hay una verdadera relación dialógica que permita transformaciones más profundas y estructurales entre los sistemas, sobre todo en el sistema dominante biomédico siguiente Parra y Pacheco (41) delinear algunas cuestiones relativas a las diferencias conceptuales entre sistemas médicos que esclarecen el panorama de forma práctica. Las visiones y prácticas son distintas en las causas de la enfermedad, las técnicas de curación, el objetivo de estas técnicas, el rol del paciente y en definitiva la base epistemológica mismas en la que se basa el sistema como tal.

Menéndez (19) desde México, sobre la relación entre sistemas médicos en el encuentro intercultural en salud, define los límites de las propuestas interculturales en salud de este país las que pueden ser extendidas a otros países latinoamericanos para el análisis. En primer lugar, se ha entendido que existen diferencias socioculturales y de cosmovisión sobre la salud, pero no se ha profundizado en los procesos de diferencia cultural ocurriendo al interior de los grupos previo a las intervenciones estatales. Esto deriva en una concepción ahistórica de los sistemas de salud y que no se comprende que los grupos sociales cambian con el tiempo, y que, por lo tanto, también lo hacen los sistemas médicos; se reactualizan. El sistema biomédico se concibe sobre todo a sí mismo como ahistórico y universal. En segundo lugar, se cae en la consideración de los pueblos indígenas como actores homogéneos, monolíticos y en oposición a la visión occidental. Un tercer punto ha sido el no considerar el dinamismo cultural de la sociedad dominante y de los grupos étnicos, esto es, que ninguno de ellos es estático. En cuarto lugar y específicamente en México se ha producido una invisibilización de la creciente desaparición de los curadores tradicionales y chamanes, muchas veces romantizando su existencia e invisibilizando su desaparición paulatina debido a diferentes interacciones culturales, políticas y económicas. Se ha hecho omisión de las relaciones de envidia, venganza y brujería en los grupos indígenas que se permea en la medicina tradicional, fomentándose y visibilizando sólo las relaciones de cooperación olvidando los conflictos como parte de la vida social. Se han también obviado las condiciones macroestructurales de violencia, de violencias de género y del crimen organizado que afectan a las poblaciones en general y en particular a los pueblos originarios y que por ende también afectan a la salud. En séptimo lugar, no se ha visto con detención la presencia de racismo hacia lo indígena en las relaciones médico-paciente, y finalmente, no se considerado la expansión de la biomedicina, la monopolización en la atención de la salud y su penetración en la medicina tradicional.

Lorenzetti (42) desde la experiencia en Argentina, llama la atención desde un frente teórico interesante e importante, poniendo en la mesa algunas observaciones sobre el proceso de salud intercultural entre los pueblos originarios de Argentina y el Estado. Un tema, es que muchas veces se toma el concepto estilo de vida (apoyándose en Menéndez) para homologarlo con la diversidad de formas de lidiar con el proceso de salud-enfermedad-atención. Esta asociación provoca que si son los estilos de vida los que llevan a las personas a enfermarse, estas deben ser sanitariamente educadas para modificarlos. El problema con esta aproximación es que se obvian los contextos de vida, en donde, por ejemplo, la falta de agua potable no permite que los usuarios, en este caso los pueblos originarios, puedan seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud. Otro punto importante es el tener en cuenta como los destinatarios de los programas recogen estas directivas, en cuanto a adherir, apropiárselas, cambiarlas o rechazarlas. Es importante acá en primer lugar, la perspectiva de la hibridación que “aparece más dúctil para nombrar esas mezclas en las que no sólo se combinan elementos étnicos o religiosos, sino que se entrelazan con productos de las tecnologías avanzadas

y con procesos sociales modernos o posmodernos” (43), en tanto se ponen en juego los sistemas médicos y las intersecciones que ocurren en el encuentro intercultural en salud. Y por otra parte la ocurrencia de prácticas de resistencia para salir de la dicotomía de sistema biomédico/sistema tradicional; ya que hay vínculos y resultados complejos en los encuentros interétnicos y en la bajada de las recomendaciones a lo experiencial.

Para Bolivia, (1) en una visión crítica en cómo se ha desarrollado la interculturalidad en el país, explica que llegó primeramente desde el mundo de la cooperación internacional. Este dato como se explicó en párrafos anteriores no es anodino en cuanto a que los mecanismos de cooperación internacional están embebidos de lineamientos desarrollistas desde los países dichos del primer mundo y establecen relaciones de poder con los países menos desarrollados o con sus excolonias. Por ende, se necesita, ante todo, realizar un adecuamiento local de las ideas exportadas; así como pasarlas por un tamiz teórico crítico, algo que Vicente, apoyándose en Ramírez (1) expone como fundamental. Vicente explica que la interculturalidad se desarrolló en la educación bilingüe y luego la salud. Esto no es exclusivo de Bolivia ya que en muchos países cita ha ocurrido el mismo desarrollo por áreas, primero en lo educativo y luego en la salud, siendo estas dos las de mayor progreso. En la salud, se hizo “como una propuesta para revalorizar y reconocer la medicina tradicional y tender puentes hacia la complementación en salud entre la medicina occidental y la tradicional”.

De acuerdo con este breve recorrido por algunas experiencias de países de la región en cuanto a la salud intercultural enfocada en pueblos originarios, se recoge que las proposiciones de programas y apuestas de salud intercultural para estos distintos colectivos tienen sus propias particularidades locales y nacionales. La relación entre los pueblos originarios y los estados es determinante en cuanto al acceso a la salud propuesta por el sistema biomédico y en como los sistemas de salud propios de los pueblos originarios son considerados en sí mismos y en relación con la biomedicina. Sobre esto, se propone la importancia de generar un espacio de encuentro intercultural en salud en el que ambos sistemas puedan dialogar, generar un encuentro y en definitiva que el espacio de salud intercultural cumpla con su objetivo máximo de generar bienestar en los usuarios.

Salud intercultural y poblaciones migrantes internacionales

De manera general, Fernández, desde España (44) resalta la importancia de ampliar la idea de interculturalidad más allá de lo indígena. Según el autor lo indígena asociado a la interculturalidad muchas veces puede apuntar a modelos de exclusión, pobreza y marginalidad, lo que genera un latente rechazo social por buena parte de la población. Cortés (21) agrega que los indígenas e inmigrantes son vistos como un problema para la sociedad receptora o dominante, y la solución para lidiar con estos actores sociales ha sido la apuesta por la interculturalidad. Esta carga peyorativa que recae sobre lo intercultural debe ser trabajada para que pueda avanzarse efectivamente hacia la consideración positiva que ofrece la interculturalidad y el interculturalismo.

Alcaraz (45) arguye sobre las bondades de contar con mediación intercultural en las atenciones de salud sexual y reproductiva para población latinoamericana. Las mujeres bolivianas son especialmente resaltadas en el trabajo, ya que presentan contextos de vulnerabilidad mayor que otras mujeres latinas: mayor precarización laboral, escaso tiempo de residencia en el país lo que conlleva a un desconocimiento del sistema de salud y su funcionamiento, situación irregular migratoria, entre otras. Los autores concluyen que el contar con mediadores interculturales ayuda en la promoción y prevención de la salud, la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género. La mediación intercultural es primordial, entendiendo que hay una alta tasa de mujeres que son abandonadas por los padres de sus hijos, quedando como cuidadoras principales. Otros problemas que detectan en específico para esta población en un contexto de atención primaria en Valencia son el incremento de las interrupciones voluntarias de embarazos (IVE); difícil uso y baja aceptación de métodos anticonceptivos, tanto por parte de las mujeres como de los varones, y, por último, la identificación de relaciones asimétricas en las parejas.

Bermúdez-Quintana (46) es una mediadora intercultural colombiana que reflexiona sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de población latinoamericana en temas de salud sexual y reproductiva. Observa que las mujeres y hombres de Colombia Bolivia y Ecuador enfrentan necesidades distintas en atención en salud de modo general, las que se cruzan además con la edad, la etnia, la cultura y la capacidad económica. Resalta la importancia de esclarecer el aspecto laboral intersectado con la salud, esto en

específico en las mujeres atendidas, ya que tienen distintos tipos de trabajos lo que supone distintas necesidades de atención en salud que sobrepasan lo reproductivo.

Restrepo (47) hace hincapié en la crítica hacia el modelo biologicista en el que se basa la biomedicina, el que no siempre da cabida para pensar a los usuarios de manera integral; y que por otra parte excluye a otros sistemas médicos como el tradicional y el popular. Estas otras dimensiones mencionadas son las sociales, afectivas, culturales y ecológicas como necesarias para una buena atención en salud para los migrantes. Desde aquí, Restrepo propone el concepto de *etnosalud* como “posibilidad para el diseño de un modelo diferencial de salud integral para poblaciones específicas, como puede ser la población de inmigrantes [...] buscando la articulación de los diferentes sistemas, conocimientos, saberes y prácticas de salud”. Al respecto de la inclusión o exclusión de los sistemas de salud no biomédicos, Rodríguez-Martín (26) desde España, agrega que la “la Interculturalidad en Salud no es “occidentalizar” las medicinas tradicionales o viceversa, sino el trabajo al unísono de todos los recursos sanitarios disponibles en un territorio con el objetivo de alcanzar el máximo nivel de salud posible de la población”.

En los trabajos de Latinoamérica sobre migrantes internacionales e interculturalidad en salud, Bacigalupo et al. (48) proponen un análisis teórico decolonial en el que resalta el valor de la producción de conocimientos y saberes de las distintas etnias que pueblan el continente latinoamericano, tal como lo plantean de Sousa Santos y Quijano, comentados anteriormente. Bacigalupo et al. resaltan que, en cuanto a la construcción identitaria, la permanencia de pirámides étnico-raciales heredadas del proceso de colonización aún persisten. La salud intercultural tiene el potencial de romper con la carga colonial, ya que si es bien utilizada expone las particularidades históricas, sociales, políticas y económicas que caracterizan al continente americano. Para los autores el foco recae en grupos indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes. Hay trabajos sobre salud y migrantes producidos sobre todo en Argentina y Brasil, a propósito de la migración desde países aledaños, entendidas como migraciones sur-sur. Golderb y Silveira (49) reflexionan sobre el acceso a la salud de la población boliviana y en algunos casos peruana, en algunas localidades de Argentina y Brasil. La población objetivo de su estudio son trabajadores de talleres textiles clandestinos, los que son sometidos a condiciones importantes de precariedad laboral. Ejemplo de ello son las jornadas de trabajo de 16 horas, seis días a la semana y sueldos bajos. Estas condiciones de semi esclavitud además del estatus de ilegalidad de muchos trabajadores migrantes, agravan de manera importante su acceso efectivo a prestaciones de salud. La enfermedad de la que se ven mayormente aquejados estos migrantes es la tuberculosis, una enfermedad que según los autores es la expresión prima de las diferencias e inequidades socio-estructurales como la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. Goldberg describe las condiciones de vida paupérrimas como el hacinamiento, la basura, el polvillo, la escasa luz, las paredes húmedas y la alimentación deficiente como factores directos en una baja en el sistema inmunológico de estos trabajadores.

Daguerre et al. (50) Celia (51) y Aizenberg et al. (52) Argentina. Daguerre et al., buscaron identificar y documentar las barreras de acceso y los factores de riesgo en los cuidados de salud en ginecología y obstetricia y evaluar la situación sociofamiliar de mujeres bolivianas en Mendoza. Las mujeres reportaban sentirse distantes de los centros de salud cercanos, esto debido a la percepción de asimetría en las relaciones con el personal de salud. Por su parte, Celia (51), desde un estudio sobre las mujeres bolivianas y su acceso a la salud, plantea la necesidad de que la biomedicina amplíe su concepción de los sujetos. El enfoque biologicista pierde de vista otras dimensiones como lo histórico, cultural, económico y social que en conjunto crean la complejidad del ser. Sin tomar en cuenta esta complejidad, será difícil establecer una relación verdaderamente intercultural con el otro en el ámbito de la salud.

Aizenberg et al. (52) se enfocan en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres bolivianas y peruanas migrantes que habitan en Córdoba. Se explica que existe un gran número de mujeres migrantes debido al fenómeno de la feminización de la migración y que la mayoría de estas mujeres se encuentran en edad fértil. Según los autores el personal de salud las discrimina debido a una serie de elementos; coinciden en que las mujeres bolivianas y peruanas tienen “más cultura” que ellos o que la población argentina en general, adjuntándole a esta percepción negativa la imagen de estas mujeres como sumisas y poco habladoras. Sobre la salud sexual y reproductiva, el personal médico simboliza negativamente el hecho de que las mujeres gestionan este ámbito de su salud de manera culturalmente diferente. En paralelo, se hace una distinción entre las mujeres bolivianas y peruanas. Las primeras son más dóciles y sumisas que las segundas, las que son caracterizadas como usuarias demandantes, pero más limpias

y mejores en su cuidado, poniéndolas en una clase superior a las mujeres bolivianas, y a los bolivianos en general. Todo lo anterior genera lazos débiles entre las usuarias y el personal de salud, las que perciben el rechazo y por lo tanto se alejan de los servicios.

Finalmente, existe un enorme volumen de trabajos sobre la migración de México, y los países de Centroamérica hacia Estados Unidos y Juárez, que tratan de un tipo de migración sur-norte de una data de varias décadas de la que es imposible poder dar cuenta en este espacio. Estos trabajos vienen del lado de Estados Unidos y de los países emisores de migración. En lo grueso, estos trabajos tratan sobre las motivaciones, dificultades y riesgos que personas de distintos países enfrentan en los pasos transfronterizos como vulneraciones en las distintas etapas de la migración, el envío de remesas, las problemáticas de salud, asimilación cultural, integración entre otros. Esto incluye también enfoques interseccionales que relevan el género, pertenencias a pueblos originarios, el origen nacional y la edad como variables analíticas por citar algunos elementos (53–58).

El caso de Chile

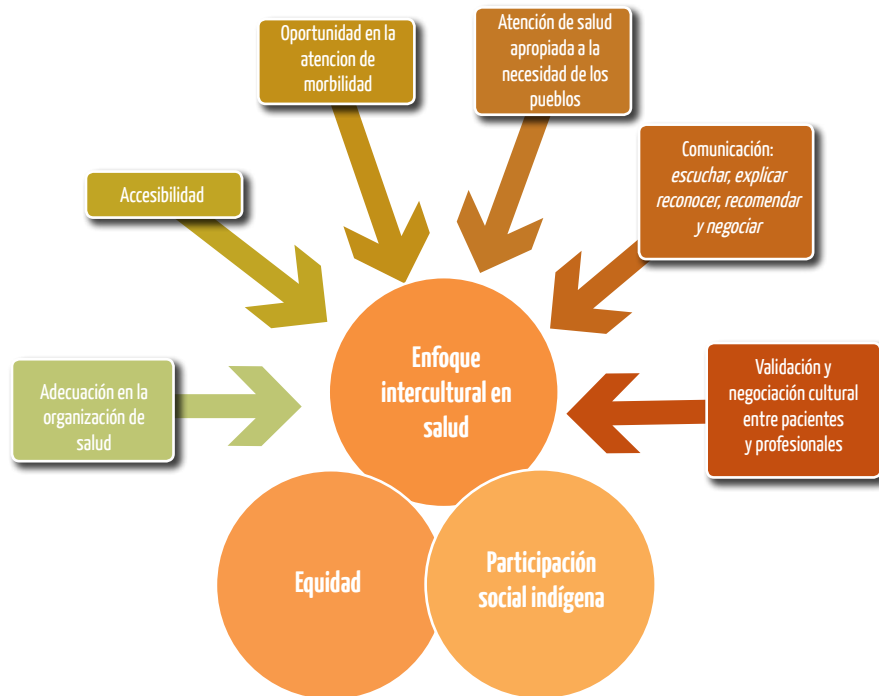
Salud intercultural y pueblos originarios

Se ha dejado para el final el caso de Chile, tanto el tema de salud intercultural con foco en pueblos originarios como los avances de salud intercultural con foco en población migrante internacional. Maya y Sánchez (37) quienes estudiaron con detención la emergencia de la salud intercultural en Chile, observan que fue en primera instancia elaborada por el médico Jaime Ibacache y su equipo de investigación. Chile junto a México son los países que más han elaborado la temática de la que muchos otros países del continente han tomado nota y han referenciado en sus propios procesos de aproximación a la interculturalidad en salud. De este modo la primera definición de interculturalidad en salud en Chile y dirigida principalmente al pueblo Mapuche se refiere a “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”.

De aquí emerge la creación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en 1996, y en 2003 la creación la Política de Salud y Pueblos Indígenas las que ponen el acento en la equidad, la participación social indígena, y el enfoque intercultural en salud (59). Estos énfasis podrían entenderse o llegar a interpretarse como dimensiones de un modelo implícito y no formalizado de la interculturalidad en salud para pueblo indígena en nuestro país. El PESPI ha sido bien evaluado en Chile, al menos en las siguientes dimensiones: el reconocimiento de los pueblos originarios, en especial el Mapuche, la apropiación del concepto de respeto a la diversidad cultural como principio en salud, y la adecuación lingüística a Mapudungun o Aymara/Quechua en regiones con alta densidad indígena.

Por otro lado, de acuerdo a estudios previos, este enfoque presenta algunos desafíos y limitaciones importantes a considerar, tanto para el trabajo con pueblos indígenas como con otros grupos sociales, tales como (i) la hegemonía del modelo biomédico que se opone a la relación equitativa con el sistema de salud de los pueblos originarios; (ii) la existencia de obstaculizadores estructurales como la falta de reconocimiento hacia los derechos del pueblo Mapuche por parte del Estado; (iii) la falta de modelos conceptuales explícitos que sustenten la bajada de “orientaciones técnicas” de lo intercultural en salud en este grupo; (iv) la falta de coherencia entre metas sanitarias y la visión de salud del pueblo indígena; (v) la falta conocimientos en específico sobre la cultura mapuche (u otros conocimientos de otros pueblos originarios); (vi) la falta de asignación horaria para participar en el despliegue del enfoque de salud intercultural, poniendo el peso de esta labor casi exclusivamente en los mediadores interculturales (60) (61) (62). Sumado a lo anterior, se ha detectado la escasez de referentes teóricos respecto al significado de la interculturalidad en salud y las implicancias prácticas que tiene el desarrollo de este enfoque para proveedores de salud y usuarios indígenas (62). Comprendiendo que la interculturalidad es un enfoque que incluye a la sociedad en su conjunto, se hace necesario el promover una atención integral para poblaciones socioculturalmente diversas, incluyendo las diversidades migrantes, y más allá de lo indígena. La Figura 2 a continuación describe las dimensiones principales de este programa.

Figura 1: Enfoque Intercultural de Salud en Chile, diagrama que integra el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) y recomendaciones disponibles de expertos en salud de pueblos indígenas



Fuente: Elaboración propia.

Desde el documento de orientaciones técnicas de interculturalidad para pueblos indígenas se plantea el componente de equidad que está conformado por el mejoramiento de la calidad de atención: trato al usuario, adecuación horaria y pertinencia cultural en la atención de salud que brindan los establecimientos. La implementación de espacios con pertinencia cultural indígena de acogida e información al usuario en los establecimientos de la Red; la incorporación y formalización del rol de facilitadores interculturales y asesores culturales en los establecimientos de la Red Asistencial y Servicios de Salud respectivamente; y la incorporación de variable de pertenencia a pueblos indígenas en registros de la Red de Servicios (59) (61) . Por otra parte, la participación social indígena se plantea como el espacio para la generación de agendas y planes de trabajo elaboradas en conjunto y posteriormente el monitoreo de los acuerdos y tareas consignadas (62) a nivel local regional y provincial entre los servicios de salud de la red asistencial y representantes de las comunidades. El enfoque intercultural en salud explicitado en la Figura 2, está compuesto de los elementos enunciados en las Orientaciones técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud, de las que no se entregan mayores detalles.

Se ha complementado esta figura con las recomendaciones de Alarcón et al. (62). Al igual que en la Figura 2 (la de interculturalidad), se visualiza lo disponible, pero se le agregan elementos que potencian de mejor manera las proposiciones existentes. Estas recomendaciones plantean que existen dos elementos estratégicos clave: la comunicación y la validación y la negociación cultural. Sobre el primer aspecto, se evidencia la necesidad de impulsar mejoras en la comunicación y diálogo que contemple un idioma en común como es por ejemplo el biomédico. El segundo aspecto contempla la aceptación por parte de los equipos de salud de los modelos de salud/enfermedad de los pacientes; y la negociación en salud entre las partes, elementos de la cultura médica y la cosmovisión de los pacientes en el proceso terapéutico. Estas dimensiones también fueron desarrolladas en la sección anterior de interculturalidad en salud.

Con respecto a la salud intercultural para pueblos indígenas, Boccara (28) aporta teóricamente el concepto de etno-gobernabilidad a propósito del Programa Orígenes y su componente de salud intercultural puesto en marcha en Chile en el

2001. Este concepto nació en relación directa a la implementación de esta propuesta estatal específica, pero el concepto puede ser útil en la actualidad. Este se refiere a que la llamada “*Salud Intercultural* representa una nueva ingeniería social que toma sentido dentro de un nuevo diagrama de saber/poder”. Para Boccara, la salud intercultural como objeto de la salud pública y del Estado, disputan formas simbólicas y de facto sobre el sujeto indígena, las que redefinen su identidad, su relación con lo social y sus concepciones de la salud-enfermedad-atención en un proceso de neoindigenismo. La etnogobernabilidad pone de manifiesto en primer lugar, los procesos de etnogénesis y la dinámica de la construcción cultural de los pueblos originarios. Esto en el sentido de que no son identidades y configuraciones dadas, por el contrario, se construyen y el estado contribuye a la construcción de dichas identidades. Luego, el concepto busca poner de manifiesto la dimensión política de la salud y la enfermedad.

Salud intercultural y migrantes internacionales

Pasando al tema de la interculturalidad en salud enfocada a migrantes internacionales, se constata la escasez de trabajos sobre el tema. Si bien hay una basta producción desde las ciencias sociales y la epidemiología social que dan cuenta de la migración internacional en Chile (63–74,74–99) (estos son solamente algunos de los trabajos que apuntan a temas de migración como el trabajo y la educación y algunos sobre salud y migración) la literatura que trata en específico la salud intercultural con poblaciones migrantes internacionales es emergente y menos voluminosa, ya que el tema está siendo discutido recientemente a propósito de los cambios migratorios a nivel cuantitativo y cualitativo de las últimas décadas.

Carreño et al. (100) resaltan el contexto en el que emerge la salud intercultural desde una perspectiva global y aportan elementos de análisis para la comprensión de la interculturalidad en salud a nivel local. Por una parte, recalcan que el nacimiento de la biomedicina planteó un distanciamiento de la salud y la enfermedad con respecto a sus dimensiones sociales enfocándose en lo biológico y, por tanto, olvidando los contextos históricos complejos de los grupos sociales y sus formas de entender la salud-enfermedad-atención. Esta formulación universalista de la biomedicina se une a su expansión global, convirtiéndola en la medicina hegemónica. Si bien esta penetró en áreas que en aquel momento contaban con escaso acceso a la salud, también produjo tensión con grupos sociales minoritarios, en tanto la biomedicina se expandió de la mano del colonialismo y la subalternización (grupos que son dominados por otros) de grupos dominados frente a grupos dominantes. De acuerdo con este escenario, se plantea la revisión crítica de la interculturalidad en salud y la integración de su contexto de nacimiento, de tal modo de no obviar la historicidad y las relaciones de poder subyacentes.

Moreno Y Klijn (101) en 2010, resaltan la condición de vulnerabilidad de la población migrante en el país. El foco histórico era el tratamiento y enfoque de las enfermedades de este grupo en relación con las enfermedades transmisibles (lo que en Europa llaman medicina tropical y del viajero internacional, una aproximación heredera del colonialismo.), pero esta postura reduccionista no da cuenta realmente de todas sus necesidades en salud, las que parten desde antes del inicio del ciclo migratorio hasta el asentamiento en el país de destino. En orden de ofrecer una atención sanitaria en concordancia con los derechos humanos y el derecho a la salud, se proponen los elementos benéficos que ofrece un enfoque intercultural en salud que sea sensible a las particularidades de la población migrante.

En 2014 (102) se realizaba un diagnóstico de las dificultades que los migrantes internacionales debían sortear, en específico los migrantes más pobres, a diferencia de los expatriados. Este diagnóstico, sin embargo, es previo a la creación de la nueva Política de Inmigrantes en el país. Se señala que los inmigrantes infunden temor y desconfianza ya que ponen a prueba la idea de homogeneidad social y cultural, que desemboca en una supuesta pérdida de identidad nacional. La autora apoyándose en los trabajos de Tijoux plantea que esta supuesta pérdida de identidad se sostiene en una construcción esencialista de la unidad nacional, en donde se reactivan los discursos racistas y racializantes que clasifican a los sujetos en inferiores y superiores. Por otra parte, invoca el tema ya tratado de la abogacía del desarrollo en Chile de un enfoque intercultural por sobre uno multicultural, ya que este último es solo un mosaico que reconoce las distintas piezas diferentes, pero no relaciona unas con otras.

Sobre competencias interculturales como una parte de la interculturalidad en salud, Farfan y Olave (103) en 2013 se refieren al alza de migrantes de Haití que llegaron a habitar en la comuna de Quilicura de Santiago, exponen que los problemas en la comunicación entre el personal de salud y estos usuarios. Hay barreras lingüísticas evidentes debido a los distintos idiomas hablados, pero

también problemas en la comunicación y comprensión de la expresión no verbal. Bernal et al. en 2015 (33), se refieren a la importancia de las competencias culturales en particular que deben desarrollar los trabajadores del ámbito de la salud, esto no solamente en relación con una sensibilización sobre los usuarios migrantes, sino para todo tipo de población.

Klenner y Osses en 2018 (104), ponen de manifiesto la carencia de competencias interculturales del personal de salud frente a los nuevos migrantes internacionales. Esto en un plano de falta de vocabulario básico, pero también en cuanto entendiendo que la competencia comunicativa intercultural también incluye el deseo de un acercamiento y entendimiento del otro. Además, hacen un llamado a incluir las competencias interculturales en los currículos educativos en ciencias de la salud de pre y postgrado. Veliz-Rojas et al. (105) proponen los mismos argumentos y con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud.

Urrutia-Arroyo, en 2018 (106), indaga más recientemente en las necesidades reportadas por médicos de la Región Metropolitana al momento de brindar atención médica a distintos migrantes internacionales. Los entrevistados reportaron varias tensiones en el espacio de consulta, particularmente por una sentida barrera cultural hacia los migrantes y por tanto incompreensión de sus prácticas de salud; problemas de comunicación; y prejuicios. Se concluye que existe una ausencia en formación para atender a población diversa, una necesidad de comprender de mejor y profunda manera a los nuevos perfiles de usuarios y en qué consisten los nuevos fenómenos migratorios y como se relacionan con la salud. Cabieses et al. (74), explican que las comunas de Independencia, Recoleta, Santiago y Quilicura en la Región Metropolitana y Antofagasta en la Segunda Región, han implementado iniciativas locales con miras de proponer intervenciones interculturales para la atención en salud de población migrante internacional y más allá, para la atención de salud de poblaciones heterogéneas.

En materia de políticas públicas, la interculturalidad en salud con foco en población migrantes mucho más reciente comparativamente a las de poblaciones indígenas; siendo la última proposición la Política de Salud de Migrantes Internacionales en 2017 (107). Esta política se basa en pilares como la interculturalidad, derechos humanos, determinantes sociales, territorio, participación, equidad, intersectorialidad y curso de vida. Esta declaración formal de interés nacional persiste, sin embargo, como un ideal a alcanzar. Una de las necesidades más reportada por parte de equipos de salud, así como de los mismos migrantes internacionales, es el contar con equipos de salud entrenados en cómo abordar contextos culturales diversos, con flexibilidad para acercarse a sus necesidades particulares por medio de habilidades de encuentro y una comprensión sobre todo del personal de salud de los nuevos escenarios migratorios. El plan de acción de esta política se encuentra en desarrollo y requiere de un trabajo de implementación y evaluación relevante para los próximos años.

La exposición anterior pone de manifiesto la necesidad de crear entonces un concepto teórico y práctico de interculturalidad en salud para Chile en el que se tomen en cuenta los aprendizajes de la propuesta intercultural de pueblos indígenas pero modulada hacia los migrantes internacionales y en última instancia hacia la capacidad de atención de todo tipo de población diversa. Finalmente, el modelo que se propone para abordar la interculturalidad en salud con foco en población migrante puede consultarse en el capítulo "Conceptos esenciales sobre interculturalidad en salud pertinentes para poblaciones migrantes internacionales".

Conclusión

Se puede afirmar la existencia de trabajos socio-antropológicos, pero también desde el mundo de la salud y otras disciplinas sociales, sobre la interculturalidad y la migración en Latinoamérica y en Chile. Los hallazgos son o bien reflexiones de tipo teórico sobre lo que es y deben ser el interculturalismo y la interculturalidad y su implementación práctica en salud; y por otra parte reportes de experiencias locales acerca de la atención en salud intercultural con pueblos indígenas y migrantes con sus respectivas conclusiones. Es un momento idóneo en Chile para tomar estas experiencias y reflexiones desde otros países, así como los avances encontrados sobre el tema en Chile, esto con aras de estimular una postura de creación planificada en atención sanitaria por sobre una postura reactiva frente a los cambios sociales, los que siempre se desarrollan mucho más rápido de lo que las políticas públicas y las mismas ciencias sociales y de la salud pueden seguir y analizar.

El desarrollo de este capítulo nace desde la necesidad detectada a nivel país de coordinar de mejor manera la atención en salud a migrantes internacionales, lo que, en un esfuerzo colectivo e interdisciplinario, pueda traducirse propuestas positivas. Se espera

que dichas propuestas luego se traduzcan concretamente en la capacitación de personal de salud, para que este que pueda adquirir nuevas competencias interculturales y marcos de referencia para el entendimiento sobre el panorama migratorio actual del país; como en una atención de salud sensible para los usuarios migrantes internacionales que respondan a sus necesidades generales y particulares en salud. La interculturalidad en salud debe apuntar hacia el reconocimiento de factores culturales particulares, históricos globales de la región y locales de Chile, la realidad fáctica de las relaciones de poder que subyacen a los procesos de salud-enfermedad-atención que finalmente afectan la epidemiología de los distintos grupos sociales y en específico la de los migrantes internacionales. Es por ello que la salud de personas migrantes internacionales debe situarse en sus diversos contextos interactuantes: (i) un contexto individual; (ii) un contexto relacional; (iii) un contexto de clase social, (iv) un contexto de género; (v) un contexto étnico; (vi) un contexto etario; (vii) un contexto geográfico, etc. Así mismo, la interculturalidad en salud debe prestar atención a las especificidades de los distintos profesionales de la salud en tanto actores sociales; evidenciando las herramientas y perspectivas específicas que puedan necesitar.

Las críticas pesquisadas referentes al concepto de lo intercultural como lo fáctico y la interculturalidad en su dimensión normativa en el campo de la salud, pueden ser atendidas y cuidadas para proponer un modelo de interculturalidad en salud que propicie el bienestar de la población objetivo y no produzca efectos indeseados como la reincidencia en la discriminación de los migrantes, o su concepción ontológica en tanto alteridad radical incognoscible e imposible de abordar. Las críticas trabajadas y bien integradas son buenas advertencias que, junto a las bondades y aspectos positivos observados en las distintas propuestas de interculturalidad en salud, presentan un potencial de gran riqueza para la salud de los individuos y las comunidades.

Recomendaciones

- La cultura debe ser entendida por todos los actores sociales involucrados en la toma de decisiones sobre la interculturalidad en salud, como un todo dinámico. En este encuentro al que llamaremos intercultural en salud, requiere desenmarcarse de las visiones culturizantes y estáticas de la cultura, ya que esto puede empeorar las propuestas de atención en salud culturalmente sensibles y pertinentes.
- Los actores sociales involucrados en la toma de decisiones sobre la interculturalidad en salud deben aunar visiones sobre los migrantes y los grupos diversos, los que construyen sus identidades de manera relacional. Las identidades y pertenencias se erigen, los sujetos y grupos adscriben a ellas y las filiaciones son múltiples y simultáneas. Esto incluye a la etnicidad como gran tema tangencial a la población migrante, así como el país de origen. Este último es complejo en el sentido de que las pertenencias nacionales no son homogéneas tampoco.
- Debe consolidarse en espacios de salud la idea que la raza como denominación biológica no existe. Lo que existe es el racismo y las relaciones racializantes hacia poblaciones que pertenecen a las minorías. Esto quiere decir, que se les atribuyen características biológicas inamovibles a elementos que se adquieren en los procesos de enculturación.
- Para la creación de una capacitación sobre salud e interculturalidad para los trabajadores de la salud, deben quedar claras las diferencias entre interculturalidad e interculturalismo en salud el primero como un plano fáctico y el segundo como un plano normativo.
- Sobre lo mismo, es necesario incluir contenido sobre el sistema biomédico en tanto sistema de salud cultural, esto desde un plano teórico y luego desde experiencias concretas que les permitan identificar claramente el tipo de enfoque epistemológico de la biomedicina sobre el cuerpo y la salud-enfermedad-atención. De este modo, la finalidad es la capacidad de descentramiento de la profesión y la generación de una apertura no jerarquizada hacia otros sistemas médicos.
- Además, esta formación debe contener de forma simple la teoría de ecología de saberes y los diversos contextos interactuantes en este proceso, los actores y sus roles que tributan a la creación de lo intercultural y la interculturalidad en salud.
- Sumado a esto, la capacitación debe contener de manera sucinta las especificidades del contexto migratorio actualizado del país y elementos históricos que clarifiquen el carácter heterogéneo y mestizo de la sociedad chilena. Luego, las necesidades

en salud específicas de los migrantes y que sus trayectorias terapéuticas, adherencia a tratamientos, forma de relación con el personal de salud y uso del sistema biomédico, están sujetas en gran medida, más que a las diferencias culturales per sé, a contextos de deprivación material, racismo y violencia estructural.

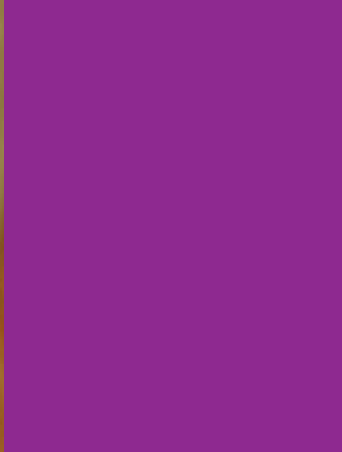
Las competencias interculturales a entrenar en trabajadores de salud deben provenir del marco del encuentro intercultural en salud o no serán suficientemente inclusivas e integrales. Esto es, quedarse únicamente en el *background* cultural del trabajador de salud no asegura un encuentro intercultural efectivo en espacios de salud, por su menor consideración de lo dialógico e intersubjetivo de dicho encuentro. De incluirse únicamente, es preferible utilizar el concepto de competencias interculturales, puesto que orienta al espacio común de encuentro y no solo a la reflexión o conciencia del trabajador de salud.

Referencias

1. Martín PV. Los estudios de salud materna intercultural en Bolivia: de la teoría a la praxis. *Bol Am.* 2017;(74):91–111.
2. Perdigüero E. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: *Salud e interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural* [Internet]. Primera. Quito Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2006 [citado 5 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256116085_Una_reflexion_sobre_el_pluralismo_medico
3. Dörr A A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Médica Chile.* noviembre de 2004;132(11):1431–6.
4. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* 2003;8(1):185–207.
5. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colect.* abril de 2005;1:9–32.
6. Pizsa G. Antonio Gramsci and medical anthropology today. Hegemony, agency and transforming persons. *Rev Antropol Soc.* 2005;14:19.
7. Barabas AM. Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Config Rev Sociol.* 1 de diciembre de 2014;(14):11–24.
8. Comboni S, Juárez J. Las interculturalidades, identidades, y el diálogo de saberes. *Reencuentro.* abril de 2013;66:10–23.
9. Sayad A. Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. *Apunt Investig Cecyp.* (13):101–16.
10. Kymlicka W, Straehle C, Carbonell Sánchez M. Cosmopolitanism, Estado-nación y nacionalismo de las minorías, 1a. reimp. [Internet]. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/id/5>. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2003 [citado 5 de junio de 2020]. Disponible en: <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/8981>
11. Romero CG. Pluralismo, Multiculturalismo E Interculturalidad. *Educ Futuro Rev Investig Apl Exp Educ.* 2003;(8):11–20.
12. Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo Pensam.* 2005;24(46):39–50.
13. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* marzo de 2010;27(1):80–93.
14. Dietz G. Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación. Una aproximación antropológica. México: Fondo de cultura económica; 2012. 279 p.
15. Nadan Y. Rethinking “cultural competence” in international social work. *Int Soc Work.* 2014;1–10.
16. Gimenez Romero C. Pluralismo, Multiculturalismo E Interculturalidad. *Educ Futuro Rev Investig Apl Exp Educ.* 2003;(8):11–20.
17. Dietz G. Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles Educ.* 2017;39(156):192–207.
18. Alfaro S. Educar en ciudadanía intercultural. Experiencias y retos en la formación de estudiantes universitarios indígenas [Internet]. *Aula Intercultural.* 2012 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://aulaintercultural.org/2012/02/26/educar-en-ciudadania-intercultural-experiencias-y-retos-en-la-formacion-de-estudiantes-universitarios-indigenas/>
19. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* enero de 2016;21(1):109–18.
20. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Rev Cuba Salud Pública.* marzo de 2015;41(1):0–0.
21. Mateos Cortés LSM. La migración transnacional del discurso intercultural. su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos, Veracruz, México: tesis para optar al grado de doctora en el programa Sociedades multiculturales y estudios interculturales presenta Laura Selene Mateos Cortés ; director de tesis, Gunther Dietz [Internet]. Editorial Universidad de Granada; 2010 [citado 16 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=704193>
22. Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social. *Clacso.* Buenos Aires; 2014.
23. Verdesio G. Colonialidad, colonialismo y estudios coloniales: un enfoque comparativo de inflexión subalternista. *Tabula Rasa.* 2018;(29):85–106.
24. de Sousa Santos B. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Uruguay: Ediciones Trilce; 2010.
25. Rocha-Buelvas A, Rocha-Buelvas A. Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis Rev Saúde Coletiva.* diciembre de 2017;27(4):1147–61.
26. Rodríguez-Martín B. Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index Enferm.* diciembre de 2015;24(4):227–31.
27. Menéndez EL. Interculturalidad, “diferencias” y Antropología “at home”: algunas cuestiones metodológicas. En: *Salud e interculturalidad en América Latina : antropología de la salud y crítica intercultural*, 2006, ISBN 84-8427-481-0, págs 51-66 [Internet]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2006 [citado 16 de abril de 2020]. p. 51–66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2273420>
28. Boccara GB. Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará Arica.* diciembre de 2007;39(2):185–207.
29. Ruiz-Lurdúy R, Rocha-Buelvas A, Pérez-Hernández E, Córdoba-Sánchez C. Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Rev Fac Nac Salud Pública.* septiembre de 2016;34(3):380–8.
30. Flores Martos JA. Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGNd con proyectos de salud en América Latina. *Nuevo Mundo Nuevos Mundos Nouv Mondes Mondes Nouv - Novo Mundo Mundos Novos - New World New Worlds* [Internet]. 31 de marzo de 2011 [citado 16 de abril de 2020]; Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/61232>
31. Fuentes MP. Una mirada desde la salud intercultural en programas de cooperación al desarrollo. *Bol Am.* 1 de mayo de 2017;0(74):33–51.
32. Cohen-Emerique M. Por un enfoque intercultural en la intervención social. *Educ Soc Rev Interv Socioeducativa.* 2013;(54):11–38.
33. Bernalés M, Pedrero V, Obach A, Pérez C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Médica Chile.* marzo de 2015;143(3):401–2.
34. Becerra M, Altimir L. Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *Fam Ter.* 2013;22(35):101–18.

35. Alonso-Palacio LM, Cepeda-Díaz J, Castillo-Riascos LL, Pérez MA, Vargas-Alonso A, Ricardo-Barreto C. Interculturality in the formation of health students: A Colombian experience. *Horiz Sanit* [Internet]. 6 de septiembre de 2017 [citado 16 de abril de 2020];16(3). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1837>
36. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. 2007.
37. Maya A, Sánchez C. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(4):366-84.
38. Goicochea E. Interculturalidad en salud. *USV-Sci*. 2012;4(1):52-5.
39. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública*. mayo de 2012;28(5):819-31.
40. Krainer A, Aguirre D, Guerra M, Meiser A. Educación superior intercultural y diálogo de saberes: el caso de la Amawtay Wasi en Ecuador. *Rev Educ Super*. 1 de octubre de 2017;46(184):55-76.
41. Parra Beltrán L, Pacheco Castro AM. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2006 [citado 16 de abril de 2020];4(0). Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/544>
42. Lorenzetti M. Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Rev Estud Marít Soc*. 15 de junio de 2017;1(11):148-76.
43. García Canclini N. Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Sao Paulo: Edusp; 2006.
44. Fernández Juárez G. Claroscuros de la salud intercultural en América Latina. *Nuevo Mundo Nuevos Mundos* [Internet]. 31 de marzo de 2011 [citado 16 de abril de 2020]; Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/61188>
45. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, Sancho Mestre C, López-Sánchez P, García Moreno JL, Vivas Consuelo D. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Rev Esp Salud Pública*. abril de 2014;88(2):301-10.
46. Bermúdez-Quintana EM. Espejos, diálogos y reflexiones sobre comportamientos y determinaciones en la consulta de mediación intercultural con población inmigrante latinoamericana, desde una perspectiva de géneros. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 10 de junio de 2013 [citado 16 de abril de 2020];12(24). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/6090>
47. Restrepo O. Inmigración y etnosalud: Posibilidad de un modelo diferencial de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(1):10-5.
48. Bacigalupo J, Armada F, Rigoli F. Salud en clave decolonial: una perspectiva intercultural. *Salud Colect Derecho Vida Rev Científicas*. junio de 2019;1.
49. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc*. 2013;22(2):283-97.
50. Daguerre P, Falco P, Alonso P, Gimenez C, Sayegh FC, Sanz A, et al. Salud e interculturalidad; un estudio en una población migrante en mendoza. *Rev Médica Univ* [Internet]. 2014 [citado 16 de abril de 2020];10(1). Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=5878>
51. Celia LH. Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadoras de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa, Luján. Provincia de Buenos Aires. 26 de marzo de 2019 [citado 11 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/14555>
52. Aizenberg L, Rodríguez ML, Carbonetti A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. junio de 2015 [citado 16 de abril de 2020]; Disponible en: <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/59751>
53. Castro Neira Y. Teoría transnacional: revisitando la comunidad de los antropólogos. *Política Cult*. enero de 2005;(23):181-94.
54. Canales AI. Migración y trabajo en la era de la globalización: el caso de la migración México-Estados Unidos en la década de 1990. *Papeles Poblac*. septiembre de 2002;8(33):47-80.
55. Canales AI, Montiel Armas I. Remesas e inversión productiva en comunidades de alta migración a Estados Unidos: El caso de Teocaltiche, Jalisco. *Migr Int*. junio de 2004;2(3):142-72.
56. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. abril de 2014;35:284-90.
57. Salgado de Snyder N, González Vázquez T, Bojorquez Chapela I, Infante Xibile C. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública México*. 2007;49:8-10.
58. Durand J. Tres premisas para entender y explicar la migración México-Estados Unidos. 2000 [citado 11 de junio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/handle/123456789/52>
59. Orientaciones técnicas 2016. Programa especial de salud de pueblos indígenas. Guía metodológica para la gestión del programa. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2016.
60. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. febrero de 2016;39(2):122-7.
61. Alarcón A, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Méd Chile*. 2004;132:1109-14.
62. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases. *Rev Méd Chile*. 2003;131:1061-5.
63. Tijoux ME. Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: Elementos para una educación contra el racismo. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 8 de agosto de 2013 [citado 11 de junio de 2020];(35). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/9338>
64. Tijoux ME. Racismo en Chile: La piel como marca de la inmigración. *Editorial Universitaria de Chile*; 2016. 265 p.
65. Tijoux ME. Peruanas inmigrantes en Santiago. Un arte cotidiano de la lucha por la vida. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 23 de diciembre de 2007 [citado 11 de junio de 2020];(18). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/4185>
66. Tijoux ME, Córdova Rivera MG. Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 27 de diciembre de 2015 [citado 11 de junio de 2020];(42). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/11226>
67. Tijoux ME, Palominos Mandiola S. Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 27 de diciembre de 2015 [citado 12 de junio de 2020];(42). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/11351>
68. Riedemann A, Stefoni C. Sobre el racismo, su negación, y las consecuencias para una educación anti-racista en la enseñanza secundaria chilena. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 27 de diciembre de 2015 [citado 12 de junio de 2020];(42). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/11327>
69. Stefoni C. Mujeres inmigrantes peruanas en Chile. *Papeles Poblac*. septiembre de 2002;8(33):117-44.
70. Stefoni C. Migración, remesas y desarrollo. Estado del arte de la discusión y perspectivas. *Polis Rev Latinoam* [Internet]. 30 de diciembre de 2011 [citado 12 de junio de 2020];(30). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/2389>
71. Stefoni (editora) C. Mujeres inmigrantes en Chile: ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?: ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho? Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2011. 238 p.
72. Stefoni C, Stang F, Stefoni C, Stang F. La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Íconos Rev Cienc Soc*. agosto de 2017;(58):109-29.
73. Stefoni C, Bonhomme M. Una vida en Chile y seguir siendo extranjeros. *Si Somos Am*. diciembre de 2014;14(2):81-101.
74. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: UDD; 2017.
75. B C, H T, Ke P, J G. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 1 de julio de 2013;34(1):68-74.
76. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chemo M, Flaño J, Obach A. Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence. *Salud Pública México*. 4 de octubre de 2018;60(5):566-78.
77. Cabieses B. La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud. *Value Health Reg Issues*. 1 de diciembre de 2014;5:1-6.
78. Cabieses B, Pickett K, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. - PubMed - NCBI. *BMC Public Health*. noviembre de 2012;21(12):1013.

79. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing Sociodemographic Factors Associated with Disability between Immigrants and the Chilean-Born: Are There Different Stories to Tell? *Int J Environ Res Public Health*. diciembre de 2012;9(12):4403–32.
80. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. Evaluación de la "paradoja latina" en Chile utilizando datos de la encuesta de salud de 2006 [Internet]. 2013 [citado 12 de junio de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.cabieses.bernales.m.Obach.A.Pedrero.V> [editores. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile [Internet]. Universidad del Desarrollo; 2016 [citado 12 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/1459>
81. Cabieses B, Chepo M, Obach A, Espinoza M. Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study. *Med Res Arch* [Internet]. 16 de enero de 2019 [citado 12 de junio de 2020];7(1). Disponible en: <https://journals.ke-i.org/mra/article/view/1889>
82. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social por parte de migrantes internacionales en Chile. En: Vulnerabilidad social y su efecto en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 319–50.
83. Cabieses B, Correa ME, editores. Encuentros interculturales en salud. Testimonios de inmigrantes y equipos de salud. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2019.
84. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2020];54. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102020000100219&ing=en&nrm=iso&tling=es
85. Obach A, Cabieses B, Chepo M, McIntyre A. Estudio de caso: comuna de Antofagasta. En: La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 329–58.
86. Obach A, Cabieses B, Carreño A. Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuad Méd Soc*. 2018;58(4):41–9.
87. Bianchetti Saavedra A, Bianchetti Saavedra A. Políticas Públicas e Inmigración ¿Posibilidades de inclusión efectiva en Chile?, de Catherine Galaz V., Rolando Poblete M. y Carla Frías O. Perfiles Latinoam [Internet]. junio de 2019 [citado 12 de junio de 2020];27(53). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-76532019000100017&ing=es&nrm=iso&tling=pt
88. Ortega CF, Valderrama CG, Melis RP. Políticas públicas y salud en materia de inmigración: Puntos críticos en la accesibilidad del sistema público chileno. *Acciones E Investig Soc*. 10 de octubre de 2017;(37):61–93.
89. Poblete Melis R, Galaz Valderrama C. La identidad en la encrucijada: migración peruana y educación en el Chile de hoy. *Recer Dipòs Recer Catalunya* [Internet]. 2007 [citado 12 de junio de 2020]; Disponible en: <https://recercat.cat/handle/2072/179749>
90. Poblete Melis R, Galaz Valderrama C. Aperturas y cierres para la inclusión educativa de niños/as migrantes en Chile. *Estud Pedagógicos Valdivia*. 2017;43(3):239–57.
91. Gissi Barbieri N, Martínez Ruiz S, Gissi Barbieri N, Martínez Ruiz S. Trayectorias de género en la migración sur-sur de mujeres mexicanas calificadas en Santiago de Chile. *Si Somos Am*. junio de 2018;18(1):83–118.
92. Gissi-Barbieri EN, Ghio-Suárez G. Integración y exclusión de inmigrantes colombianos recientes en Santiago de Chile: estrato socioeconómico y "raza" en la geocultura del sistema-mundo. *Papeles Poblac*. septiembre de 2017;23(93):151–79.
93. Agar Corbinos L. Migraciones externas en Chile: bases históricas de un fenómeno complejo. *Oasis*. 2015;22:49–91.
94. Domínguez AC. Derecho chileno migratorio a la luz del derecho migratorio internacional: ¿ceden los derechos humanos mínimos de los extranjeros ante las prerrogativas soberanas del control migratorio? *Rev Chil Derecho*. abril de 2016;43(1):189–217.
95. Pavez-Soto I, Colomé S, Pavez-Soto I, Colomé S. Derechos humanos y política migratoria. Discriminación arbitraria en el control de fronteras en Chile. *Polis Santiago*. diciembre de 2018;17(51):113–36.
96. Pavez-Soto I. Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungará Arica*. diciembre de 2017;49(4):613–22.
97. Mora Olate ML, Mora Olate ML. Política educativa para migrantes en Chile: un silencio elocuente. *Polis Santiago*. mayo de 2018;17(49):231–57.
98. Joiko S, Vásquez A. Acceso y elección escolar de familias migrantes en Chile: No tuve problemas porque la escuela es abierta, porque acepta muchas nacionalidades. *Calid En Educ*. diciembre de 2016;(45):132–73.
99. Carreño A, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc Chile*. 2018;58(4):7–17.
100. Moreno MB, Klijn TP. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Rev Bras Enferm*. junio de 2011;64(3):587–91.
101. Vergara M. Inmigrantes en Chile: un escenario de vulneración. Propuestas desde la interculturalidad para la nueva política migratoria. *Rev Latinoam Derechos Hum*. 2014;25(2):221–34.
102. Farfan XF, Olave FR. Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. *Rev Perspect Notas Sobre Interv Acción Soc*. 2013;(24):111–22.
103. Klenner-Loebel M, Osses-Bustingorry S. Competencia comunicativa intercultural: un desafío para los profesionales de la salud en Chile. *Rev Médica Chile*. abril de 2018;146(4):539–40.
104. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 16 de abril de 2020];35(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000103001&ing=en&nrm=iso&tling=es
105. Urrutia-Arroyo RH. Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. junio de 2018;35:205–13.
106. Cabieses B. Informe final Licitación MINSAL. OIM UDD 757-13-LE17;



CAPITULO 4

Diversas formas de representarnos: reflexiones desde la interculturalidad para las interacciones con poblaciones migrantes internacionales.

Cecilia Assael. Educadora Diferencial, Doctora en Educación mención Interculturalidad, Facultad de Educación, Universidad del Desarrollo.
ceciliaassael@udd.cl

Mery Rodríguez Parra. Licenciada en Antropología Social, Magíster en Estudios de Género y Cultura, Doctora en Ciencias de la Educación, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Chile.
mery.rodriguez@uautonoma.cl.
Proyecto DIUA186-2020 de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.

Este capítulo aborda las diversas construcciones que se realizan del Otro¹ en contextos de diversidad, con el fin de aportar a la reflexión en nuestras interacciones con poblaciones migrantes internacionales, dentro de un marco orientador de valores inclusivos. La metodología utilizada responde a una revisión de literatura a partir de la intencionalidad de conceptualizar y precisar los contenidos, considerando los intereses y experiencias de las autoras. La búsqueda de bibliografía se realizó usando la estrategia de revisión no sistemática o narrativa. A partir de este análisis se pone énfasis en la construcción del ser humano desde una perspectiva socio histórico cultural, y como desde allí se van generando las diferentes representaciones sociales, que van marcando nuestras formas de interacción. Se explicitan los distintos paradigmas que están a la base de la construcción del ser humano, desde los enfoques liberales universalistas, comunitaristas y aquellos más integradores. A partir de éstos, se reflexiona acerca de las diferentes construcciones que van emanando del Otro desde la Igualdad, desde la Diferencia, desde la Diversidad, y desde la construcción de un ENTRE que releva un pensamiento intercultural. No se pierde la identidad de cada uno, pero los márgenes o fronteras se ponen difusos, y se genera entonces algo nuevo, que tiene que ver con lo propio de uno, pero también con lo que se ha incorporado del Otro, es algo nuevo, que emerge de la interacción ENTRE Uno y Otro. Se plantea la importancia de conocer, explicitar y reflexionar acerca de estos diferentes enfoques, que van marcando el tipo de interacciones que construimos entre seres humanos facilitando u obstaculizando procesos inclusivos en nuestra sociedad. Se finaliza con recomendaciones que apuntan a la importancia de generar interacciones basadas en un pensamiento intercultural, operacionalizadas a través de características que pongan en acción cualidades que favorezcan no solamente la convivencia entre diversos, sino que el enriquecimiento desde la construcción de un ENTRE.

Palabras claves: Representación Social, Igualdad, Diferencia, Diversidad, Interculturalidad

Abstract

This chapter addresses the various constructions that are made of “the other” in contexts of diversity, in order to contribute to the contemplation of our interactions with international migrant populations, within a guiding structure of inclusive values. The methodology we used was a literature review based on the goal of conceptualizing and specifying the contents, considering our own interests and experiences. The literature search was carried out using the non-systematic or narrative review technique. Parting from this analysis we emphasize on the construction of the human being from a socio-historical-cultural perspective, and how the different social representations are being generated and are marking our own forms of interaction. We look at the different paradigms that are at the base of the construction of the human being, from the universalist and communitarian liberal approaches and those more integrative. From these, we reflect on the different constructions that emerge from “the other” on the perspective of equality, difference, and diversity, and from the construction of a BETWEEN that reveals intercultural thinking. The identity of each one is not lost, but the borders become blurred, and then something new is created and has to do with what is one’s own, but also with what has been incorporated from “the other”, it is something new that emerges from the interaction BETWEEN ourselves and “the other”. The importance of knowing, explaining and reflecting on these different approaches is raised, and marks the type of interactions that we build between human beings, facilitating or hindering inclusive processes in our society. Finally we end with recommendations that focus on the importance of generating interactions based on intercultural thinking, operationalized through characteristics that put into action qualities that favor not only coexistence among diverse people, but also enrichment from the construction of a BETWEEN.

Keywords: Social Representation, Equality, Difference, Diversity, Interculturality

1 Es importante señalar que se hablará constantemente de Otros a lo largo del texto y solamente para facilitar la lectura se ha decidido no usar Otro/a/e. Lo mismo para cuando usemos los/PIEas/les, sabemos y asumimos la importancia del lenguaje en la visibilización de las mujeres y otras identidades de género, creemos y estamos seguras de la necesidad de un lenguaje no sexista. Es por ello que nos parece de suma relevancia aclarar este punto y que se tenga la certeza de que en todo el texto se está hablando de Otros, Otras y Otros.

Sustentados en los principios de derecho, justicia, igualdad de oportunidades, surgen en nuestro país una serie de políticas públicas y programas dirigidos a aquellas poblaciones consideradas en riesgo de exclusión. Sin embargo, tal como lo plantean Susinos y Parrilla (1), a pesar de que se afirma que las intenciones y propuestas denominadas inclusivas y de atención a la diversidad se asumen para todos los colectivos o individuos para quienes la participación y el sentido de pertenencia en las distintas instituciones se ha visto limitado, no necesariamente se asume una perspectiva que abrace los intereses y reivindicaciones de todos los individuos o colectivos socialmente marginados.

Esto se ha visto reforzado también por el hecho de que distintas disciplinas, como ciencias sociales, salud y educación, tradicionalmente han venido proponiendo discursos propios e independientes sobre el fenómeno de la exclusión social, generando visiones parceladas, segmentadas y especializadas de lo social. Siguiendo a Morin (2) el modo compartimentado en que trabajan los especialistas, técnicos, expertos, como asimismo la parcelación de las instituciones administrativas y de programas, puede conllevar el riesgo de que se pierda de vista el conjunto, se generen acciones sobre grupos concretos o colectivos previamente fraccionados. En el ámbito investigativo y de construcción de conocimientos, estos focos categoriales, han ido generando "un conocimiento disciplinar especializado que nos impide unir y situar una información en un contexto natural, y con ello perdemos la capacidad de globalizar, de apreciar los conocimientos como parte de un conjunto más amplio" (1, p.161).

Quienes escribimos este capítulo, lo hacemos desde nuestra formación y experiencia en el ámbito de la educación, adhiriendo a que los fenómenos de inclusión/exclusión no son sólo propios de una u otra disciplina, y lamentablemente no dicen relación sólo con unos u otros colectivos de individuos, sino con la creación de categorías de sujetos vulnerables, personas con discapacidad, pueblos originarios, mujeres, diversidades sexuales, migrantes, entre otros; corriéndose el riesgo de que estas diversidades sean tratadas como si en sí mismas fueran el problema. No es la presencia de una determinada comunidad lo que finalmente y por sí solo determinará el riesgo de la exclusión, sino los procesos articulados para enfrentar esas situaciones. Estos procesos, están marcados no sólo por los discursos y las políticas, sino por cómo nos vamos relacionando. Esas prácticas relacionales, están cargadas por nuestros propios valores, creencias y representaciones profundamente arraigadas, muchas veces implícitas, sobre las cuales tenemos que detenernos a reflexionar, reconociéndolas en todas sus sutilezas, cuidando de que no estemos produciendo y reproduciendo formas, incluso políticamente correctas, de segregacionismo. En tales casos debemos tomar conciencia de ello, y abrirnos a nuevas subjetividades produciendo dinámicas que ayuden a generar espacios de inclusión y participación.

Más allá de los campos disciplinarios específicos de educación o salud y más allá de la población específica con la cual se esté trabajando, hay ciertos valores compartidos que creemos están a la base de los procesos de no exclusión. En esta introducción quisiéramos compartir algunos de esos valores, explicitados por Ainscow y Booth (3) como Valores Inclusivos en Acción, bases para una forma de desarrollo democrático y equitativo de la sociedad, aumentando la participación de todos en las culturas y la reducción de las formas de discriminación y exclusión:

La igualdad en términos de igual valor: Tal como veremos más adelante no se trata de ser iguales, o tratados del mismo modo, sino de ser tratados como de igual valor. La igualdad en ese sentido, la equidad y la justicia son fundamentales para los valores inclusivos, ya que la desigualdad, la inequidad y la injusticia generan formas de exclusión.

Enfoque de derechos: Basado en la preocupación por la igualdad entendida como trato de igual valor, por lo que todos los sujetos tienen los mismos derechos como a la educación, salud, vivienda, alimentación y participación, como derechos básicos e inalienables.

Participación: Es entendida como el diálogo que se construye con los otros, basado en la igualdad y por lo tanto en un encuadre que resguarde los contextos de poder que pudieran darse derivados de las diferencias productoras de jerarquías y de estatus. La participación será posible en la medida en que somos aceptados y valorados, especialmente en nuestras diferencias.

Respeto a la diversidad: Implica la valoración a los demás reconociendo sus contribuciones a la comunidad a partir de su individualidad, comprendiéndolo y considerándolo como un excelente recurso para la vida y el aprendizaje, y no como un problema a ser superado.

Construcción de comunidad: Este valor se relaciona con la importancia dada al reconocimiento de que vivimos con los demás, y que estas comunidades se construyen a través de culturas que fomentan la colaboración, abiertas a nuevos miembros y enriqueciéndose a través de ellos para sus procesos de transformación.

Confianza: La construcción de confianza es necesaria para el desarrollo del respeto mutuo, y es un valor importante a considerar en situaciones en las cuales individuos o comunidades se han sentido discriminados y excluidos.

Honestidad: Referida en el ámbito de un valor inclusivo especialmente en torno a la transparencia de información para que las comunidades y personas puedan actuar con libertad a partir del conocimiento de la realidad local y global, y no sean impedidos de su

participación y toma de decisiones. La deshonestidad en este caso puede tener que ver con la omisión deliberada de información, para que aquellos con más poder mantengan el control de una comunidad o individuos desinformados o con información distorsionada.

Coraje: Especialmente donde no existe o se ha degenerado una cultura de colaboración y de apoyo, será necesario el coraje individual y grupal para combatir la discriminación, reconociéndola, denunciándola y actuando en contra de ella.

Esperanza y optimismo: Este valor es el andamiaje de la movilización para las transformaciones, e implica comprometerse con la realidad como base para los principios de acción. Este es un valor fundamental a ser mediado en la relación con quienes, por diversas situaciones de vida, han ido decayendo en sus posturas de buscar alternativas optimistas, que les permitan una proyección con una actitud activa modificante.

Enmarcados en estos valores inclusivos, presentaremos en este capítulo, enfoques teóricos referenciales y conceptualizaciones que nos han permitido reflexionar sobre los procesos de construcción del ser humano y a partir de allí tomar conciencia de las representaciones que vamos teniendo, transmitiendo, reproduciendo o resignificando, para ir abordando los procesos de exclusión/inclusión que día a día se producen en instituciones de educación (escuelas, liceos, universidades, etc.), como asimismo en instituciones de salud (hospitales, centros de atención primaria, etc.) y en la cotidianeidad de nuestras vidas.

Este capítulo está constituido por cuatro apartados. En el primero de ellos, se da a conocer el proceso metodológico usado para la construcción de este texto, basado en una metodología cualitativa fundamentada en revisión bibliográfica narrativa y las experiencias de las autoras. El segundo apartado lleva por nombre Interacciones con Otros y Representaciones Sociales respecto de Otros, y busca generar una reflexión respecto a la importancia que tienen las representaciones sociales que se construyen en las interacciones con los sujetos. Se desarrolla como estas representaciones sociales van construyendo, reproduciendo las formas en que nos vinculamos. Sin embargo, al ser construcciones culturales, es posible generar transformaciones y así dejar en evidencia que las culturas son dinámicas y existe posibilidad de generar cambios que permitan una verdadera inclusión y valoración de la riqueza que trae consigo la diversidad. El tercer apartado lo hemos denominado La Construcción del Nos, Otros, Entre. En éste se busca introducir y transitar por un proceso dialogante y reflexivo que permita reconocer algunos enfoques que están a la base de las construcciones que se pueden realizar para la comprensión del Otro desde un continuum de la igualdad hasta la diferencia, pero en donde existen posiciones que permiten incluir elementos que quiebren con este binarismo y permitan visibilizar enfoques integrados entre la igualdad y la diferencia., generándose la noción de Entre. Finalmente, se sugieren algunas recomendaciones desde las interacciones, su calidad y algunas estrategias metodológicas para llevarlas a cabo.

Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se utilizó una orientación metodológica de carácter cualitativa, buscando reflexionar y comprender un fenómeno social desde la integración de planteamientos diversos y desde las experiencias de quienes escriben este texto. Se intenta aproximarnos a una discusión que permita un acercamiento para la interpretación y comprensión de la realidad de las interacciones con los sujetos denominados Otros. Nuestra propuesta tiene una finalidad descriptiva-comprensiva-interpretativa, recurriendo en un primer momento a la descripción para orientar la búsqueda de respuestas a preguntas generales que permitan un análisis de las formas más particulares y diversas (4) para luego ir complejizando la problemática abordada llegando a un nivel de análisis que intenta comprender las experiencias individuales y colectivas, a partir de diferentes fuentes, incluyendo perspectivas y visiones de diferentes autores (5). En definitiva, el alcance interpretativo de la propuesta nos invita a un viaje que comienza con la identificación de temas y conceptos, para luego ir construyendo estructuras de significados subyacentes que permitan elaborar una interpretación y así comprender y tornar inteligible las acciones de las personas (6).

Lo anterior se basa en la experiencia de las autoras y la integración de análisis de contenidos a partir de la estrategia de revisión bibliográfica que es definida como la operación documental de recuperación de documentos o referencias bibliográficas publicadas sobre algún tema o un autor convirtiéndose en una actividad retrospectiva que aporta información (7). Por su parte, Hart (8) define esta metodología como la selección de documentos disponibles sobre un tema, compuesto por información, datos, ideas y evidencias por escrito sobre un punto de vista en particular. Para este escrito, se ha usado la búsqueda llamada conceptual no sistemática o narrativa (9), este es el método tradicional de integración de literatura donde prima el criterio del revisor-autor experto sobre la temática a desarrollar. En este tipo de revisión no se realiza un análisis cuantitativo, no importa la cantidad de documentos revisados, tampoco la estrategia de búsqueda. Lo que es fundamental en este tipo de revisión, es la profundidad de los análisis y la claridad de los conceptos que se abordarán en el escrito. El análisis conceptual, es un método por el cual los conceptos se examinan para aclarar sus características y conseguir una mejor comprensión del significado asignado al concepto (10). El proceso analítico se configura en un ir y venir desde nuestra experiencia práctica y las teorías existentes que dan sentido a las reflexiones planteadas en este documento, relacionando propuestas, generando nuevas y concluyendo respecto a ellas.

Interacciones con Otros y representaciones sociales respecto de Otros

En este apartado se busca llevar al lector a una reflexión y análisis de algunos conceptos que son fundamentales para la comprensión de las vinculaciones o relaciones con Otros, en este caso particular, migrantes internacionales. Se aborda la relación dialéctica entre interacciones y representaciones sociales, y las formas en que aprendemos y reproducimos representaciones que vulneran a ciertos grupos, no solamente por ser migrantes, sino que también, por una serie de desigualdades e inequidades múltiples e interdependientes a las que los exponemos como sistema socio cultural.

Uno de los fenómenos sociales que ha ido en aumento en los últimos años y que representa de alguna manera los procesos de globalización, es la cantidad de personas y familias que han migrado a otros países. En el caso de Chile, en la actualidad se ha producido una mayor diversificación de la población migrante. Colombia, Haití y Venezuela son aquellos países que experimentan mayores crecimientos migratorios en el último periodo (11, 12). El proceso de inserción de migrantes internacionales en el espacio interior de una ciudad nueva, en un país nuevo, es un complejo proceso dentro del cual se articulan distintos factores y determinantes que, de una u otra manera, definen las decisiones que toman los sujetos migrantes y sus familias (13). En este sentido, se puede señalar que uno de esos factores o determinantes que facilitan, dificultan o impulsan la toma de decisiones de estas familias, estará vinculado con la calidad y/o el tipo de relaciones que logren establecer con los habitantes nativos de la ciudad, país o barrio en el que se insertan y/o familias de otros migrantes de su propia nacionalidad u otra que estén ya instaladas en Chile.

Al relacionarnos, los sujetos estamos interactuando con Otros, en distintos campos de acción simbólicos (14, 15) (escuelas, barrios, vecindarios, comunidades, instituciones, hospitales, etc.), sin embargo, no todas las personas que viven en Chile se vinculan de la misma forma con quienes migran desde el extranjero y no todo migrante tiene la misma valoración o asignación de marcadores socioculturales que lo hacen parte de grupos de mayor o menor discriminación, esto incluso aunque la interacción se realice en el mismo campo de acción. Entonces, ¿por qué cuando se comparten interacciones en el mismo campo de acción simbólica, no se generan solamente vinculaciones que permitan relaciones que promuevan el desarrollo del bienestar subjetivo de todas personas? Para comprender lo anterior y recurriendo al interaccionismo simbólico (16), se podría interpretar que los actos que se realicen en esta interacción migrante- nativo compartiendo un mismo campo de acción social (escuela, barrio, familia, ferias), están mediados por lo que significan para cada uno de ellos. Y este significado sociocultural del sujeto migrante internacional se fue gestando en otras interacciones culturales y en otros diversos campos de acción simbólica que han configurado la biografía e historia del nativo. Es decir, los significados que se interrelacionan son de origen social y cultural, producto de actores sociales involucrados a través de actividades que van definiendo identidades y formas de relacionarse de los individuos en la medida que interactúan (17).

De acuerdo con Vygotsky (18) el pensamiento individual necesita comprenderse en los contextos sociales e históricos en los cuales éste se emplea. Las diversas corrientes al interior de la teoría socio cultural presentan un acuerdo generalizado en torno a que los procesos de desarrollo individual se constituyen y son constituidos por las actividades y prácticas interpersonales y culturales históricas. En este sentido, cultura y cognición son procesos dinámicos interrelacionados, estando los procesos individuales estrechamente ligados a las actividades en que las personas interactúan con Otros en prácticas culturales e institucionales. De este modo los sujetos se conciben como participantes que contribuyen y construyen actividades con Otros a través de sus roles en desarrollo y a la vez que se construyen a sí mismos en estas interacciones, van generando también la construcción de los Otros. Nuestras identidades dependen de las relaciones dialógicas con los demás. Las clasificaciones étnicas y de grupos culturales no tratan directamente sobre genes o rasgos fenotípicos, sino sobre las percepciones sociales que se construyen sobre ellos, o sea la autodefinición colectiva de los individuos como el reconocimiento externo que se hace de ellos (19).

Cada generación hace uso de las tradiciones y herramientas intelectuales provistas por las generaciones anteriores y simultáneamente las transforma y se transforma al usarlas. Es así como los niveles individuales, sociales y culturales, son inseparables (20). Las personas se apropian de su experiencia y actúan, algunas veces recreando y otras veces modificando la cultura. De acuerdo con esta aproximación cognitiva a la cultura, una palabra, un objeto, una situación, etcétera, significan algo para las personas dependiendo del contexto de su vivencia y del marco interpretativo que evocan como resultado de sus experiencias anteriores y de las que experimentan en las interacciones que construyen en el día a día. No es menor entonces, considerar como de máxima importancia el tipo y calidad de interacciones que se desarrollan en nuestras relaciones con las personas, especialmente en el caso de que sean provenientes de culturas y contextos diversos y diferentes.

Pero, ¿de qué depende entonces la forma de relacionarse con otros llamados migrantes internacionales en Chile? No hay una respuesta absoluta al respecto, pero intentaremos aproximarnos desde las representaciones sociales. Para Martinic (21, p.300) las representaciones sociales constituyen sistemas de referencia que vuelven lógico y coherente el mundo para los sujetos, organizando las explicaciones sobre los hechos y las relaciones que existen entre ellos. No son un mero reflejo del exterior, sino que, más bien, una construcción que da sentido y significado al objeto o referente que es representado, es decir, se transforma en un tipo de conocimiento que es práctico y que se elabora a partir de las interacciones entre los sujetos a partir de experiencias propias, biografía y transformaciones sociales, históricas y culturales en el contexto de quién representa. Tal y como señala Jodelet (22, p.203):

“(…) ante un mundo de objetos, personas, sucesos e ideas no estamos equipados únicamente de automatismos, ni estamos aislados en un medio social, sino que lo compartimos con otros, nos apoyamos en ellos —a veces en el acuerdo, a veces conflictivamente—

para comprenderlo, controlarlo o afrontarlo (...) Ellas (las representaciones) nos orientan en la manera de designar y definir conjuntamente los diferentes aspectos de nuestra realidad diaria, en la manera de interpretarlos, influir sobre ellos y, en caso contrario, tomar una posición ante ellos y defenderla”.

Las representaciones sociales son entonces, la cultura transformada en mapas de acción, son imágenes que integran valoraciones, emociones, significados, sentidos y maneras de organizar e interpretar el mundo que nos rodea. Por lo que las representaciones sociales que se configuran respecto a las personas migrantes internacionales surgen de las interacciones sociales que, como ya se señaló, son fundamentales en la asignación de significados social y culturalmente compartidos. Pero, las representaciones de las personas respecto a quienes migran desde otros países cambian según el origen de las familias migrantes, esto se puede entender desde la perspectiva de las interseccionalidades que forman parte del entramado identitario y diverso que muchas veces se convierten en marcadores negativos respecto del sujeto que migra. Así entonces, desde la interseccionalidad se explica la generación de dinámicas de privilegios y exclusiones que emergen cuando no se presta suficiente atención a las personas que se encuentran en el punto de intersección entre distintas desigualdades (23). Estas desigualdades, van a la par con un difícil acceso al empleo, a la salud, a la vivienda, la escuela y las dos dimensiones —la social y la cultural— parecen reforzarse mutuamente (24). Hablamos entonces de vivir siendo parte de desigualdades múltiples e interdependientes.

El proceso de integración de las personas migrantes se confunde entonces, con la asimilación cultural, es decir, con la obligación a adaptarse, pero esta adaptación lleva implícita en algunos casos, la sumisión (25). Y esta refleja tan solo el inicio de una seguidilla de acciones emanadas por las representaciones sociales negativas respecto a este sujeto que llega, quedando muchas veces atrapado en relaciones y esquemas mentales que son producto de la asimilación de relaciones de poder validadas y creadas, pasando a ser víctimas de una violencia simbólica que es:

“...amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento del reconocimiento (...) Esta relación social extraordinariamente común ofrece una ocasión privilegiada de entender la lógica de la dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado, un idioma (o una manera de modularlo), un estilo de vida (o una manera de pensar, de hablar o de comportarse) y, más habitualmente, una característica distintiva, emblema o estigma...” (26, p.12).

Estas lógicas y dinámicas han marcado diferenciadores dentro de los Otros, es decir, hay Otros y Otros diferentes a los Otros y a Nosotros. Pensando en el caso de Chile y de Argentina, los migrantes de ultramar son Otros, pero diferente a los Otros migrantes de países limítrofes. Los primeros Otros, migrantes europeos, son validados y los Otros migrantes vecinos son vulnerados porque representan socialmente una imagen asociada al ingreso de nuevos problemas socioeconómicos y políticos de la Nación a donde se llega, de modo tal que, los migrantes de ultramar tenían un fin: construir las bases sociales, económicas y morales de la Nación en formación. Por el contrario, los migrantes actuales cumplirían la función de ser los “chivos expiatorios”, culpables de los problemas económicos y sociales que no se pueden solucionar (27). Emergen imaginarios que se transforman en representaciones sociales que significan lo social, por lo que es importante abordar la discriminación y el racismo desde los orígenes de la identidad chilena, ya que fue en este proceso histórico donde se comenzó a constituir la imagen de un Otro completamente opuesto a un Nosotros y que por generaciones fue enseñado en las escuelas, o señalados en las historias, en las películas, como inferior o enemigo (28). Lo anterior nos lleva a repensar desde donde vamos a mirar al Otro. Como ya se señaló, las representaciones sociales nos permiten significar el mundo y todo lo que nos rodea de diferentes formas. Ya hemos indicado que las interacciones sociales son significativas para ello, pero ¿en qué instituciones se generan las primeras interacciones simbólicas entre los sujetos? Las familias como primera instancia de socialización, luego las escuelas. Es decir, las representaciones surgen por medio de las interacciones, pero para anclarse en los sujetos deben ser aprendidas. Las escuelas son entonces, un espacio de sociabilidad, un lugar en el que los sujetos aprenden a relacionarse con otros y también a conocerse a sí mismos, por lo tanto, es un sitio ideal para poner en acción la identidad, compartirla, redefinirla o asumirla. Es un lugar fundamental para la definición de identidades y para lograr situar las Otredades, así como un espacio en el cual se aprende a relacionarse con los semejantes y diferentes (29).

Todos hemos sido formados en estas instituciones, entre ellos también los que luego se constituyen en profesionales de la salud. Estos fueron formados por docentes en instituciones educativas, allí aprendieron a partir de las interacciones con Otros y las representaciones y creencias que sus docentes tenían de esos Otros. Los y las docentes de instituciones de educación, no importa el nivel, son quienes pueden generar un estancamiento en términos de equidad social, así como una reproducción de patrones normativos, lo cual limita el desarrollo psicosocial, cultural y afectivo de los estudiantes. O, por el contrario, pueden colaborar con la transformación y ser claves en la formación y desarrollo integral de nuevas generaciones (30). Pasada la primera etapa formativa, con docentes en su formación primaria y secundaria, los profesionales de la salud siguen sus propios procesos de aprendizajes en instituciones especializadas, donde continúan formándose con sujetos (docentes) que se configuran a partir de creencias y representaciones desde juicios propios, aprendidos a partir de su historia de vida, cambios socio históricos y culturales; y representaciones sociales reproducidas por generaciones. Además, en estos espacios continúan las interacciones donde el lenguaje y los símbolos van configurando representaciones sociales que forman parte de los imaginarios y creencias de las personas. Con todo lo anterior, como sujetos, independiente de nuestras formaciones profesionales, hemos definido o redefinido, construido y deconstruido, muchas veces o pocas, según cada experiencia, nuestras representaciones sociales y de esto sigue dependiendo del cómo me relaciono con los considerados Otros y cómo me relacioné con Otros que me enseñaron una u otra forma de significar ciertas Otredades. Entonces, vale la pena hacerse la pregunta que permite continuar este análisis. ¿Cuáles son las

formas de relacionarme con el Otro, según las representaciones que tengo del Otro? ¿Cómo interpreto, gestiono y comunico en las interacciones con Otro que instalo como diferente?

Las construcciones del Nos, Otros, Entre

En este apartado, se realizará una introducción de los enfoques que están a la base de las construcciones conceptuales de la igualdad, la diferencia, y de aquellas posiciones que equilibran la mirada entre la igualdad y la diferencia. Estos enfoques de manera explícita, pero muchas veces también de manera implícita, son los que van vehiculando las prácticas que como sujetos sociales vamos desarrollando en el día a día y la comunicación que establecemos con Otros sujetos sociales (o colectivos sociales), en síntesis, es lo que va marcando la construcción del Nos, Otros, o de un Entre. Estos enfoques, provenientes de la filosofía política moral, son paradigmas de pensamiento a los cuales subyacen diferentes concepciones del hombre, las que a su vez se plasman en las diversas instituciones que conforman nuestra sociedad, entre ellas de manera fundamental, en las escuelas. No es menester en este capítulo entrar a detallar los diferentes enfoques, pero sí entender que las miradas que tengamos sobre el ser humano, nuestra inclinación a rescatar las igualdades o a marcar las diferencias, o a situarnos en una mirada de equilibrio entre la igualdad y la diferencia, tienen que ver en su origen, con estas diferentes concepciones del ser humano, que pueden ir en un continuum y con una diversidad de variantes desde los enfoques más liberales universalistas, privilegiando las libertades individuales y poniendo los énfasis universalistas en las concepciones de hombre y de sociedad hasta los enfoques más comunitaristas (31), con la idea de ser humano como parte de una comunidad de significados particulares y encontrándonos también en este continuum con los enfoques integrados.

Desde los enfoques de corriente liberal, surgen las concepciones que consideran al individuo como poseedor de derechos naturales (32), planteándose la idea de una razón universal ilustrada, válida para todo tiempo y lugar. Desde esta mirada, se generan convicciones universales tales como la dignidad del individuo, la libertad de pensar y actuar, y es desde aquí que se construye la noción de derechos básicos individuales. Desde este punto de vista, las relaciones con ese Otro estarán basadas en considerarlo como sujeto de derechos. Desde esta concepción que conlleva a principios de universalidad, nos encontramos con el liberalismo libertario, que afirma que la forma de tratar a los seres humanos como iguales, es dejando de lado sus diferencias (raciales, sociales, sexuales, religiosas, etc.) para otorgar a través de leyes universales y sin ningún tipo de discriminación, misma consideración y respeto. Desde aquí surgen los discursos como “Todos somos iguales” y que se reflejan en abordajes tales como “Todo aquí es para todos igual, no hay diferencias”, “Los inmigrantes están en esa escuela (...) y los niños son tratados igual, rubios, morenos”. Las implicancias de esto, plantea Touraine, serían imponer la homogeneidad a los miembros de esa sociedad, llegando incluso a “una empresa de purificación étnica” (33, p.178). Tal como lo plantea Dietz (34) se apunta a promover un proceso unidireccional de adaptación cultural, hacia cánones hegemónicos, lo que implicará en la práctica, ofrecer actuaciones iguales, para situaciones que en realidad son distintas, negándose entonces la existencia del Otro a partir de la asimilación.

Dentro de la misma corriente del liberalismo, nos encontramos con el denominado liberalismo igualitario, el que plantea ser sensible a todas aquellas circunstancias diferenciales que podrían obstaculizar la satisfacción de las necesidades de los individuos. Surgen dos principios sustentados en la teoría de la justicia de Rawls (35), el principio de la igualdad en términos de las libertades básicas individuales, y el principio de la diferencia, que estructure las desigualdades económicas y sociales en mayor beneficio de los desfavorecidos. Desde aquí surgen los abordajes relativos a la igualdad de oportunidades, con políticas compensatorias para corregir esas desigualdades, estando a la base la idea de que aquellas personas que no pueden acceder a la cultura dominante quedan discriminados.

La diferencia desde esta perspectiva no es legitimada como un valor enriquecedor, sino como un ajuste a las asimetrías, para una igualdad de oportunidades. Se generan entonces categorías de vulnerabilidad, y a partir de aquí se va construyendo la diferencia como falta, como carencias, como limitaciones. Se piensa en lo que le falta al Otro, para ser parte de la cultura dominante. La diferencia es entendida como la distancia entre el Uno y el Otro, y es por esto que al Otro hay que compensarlo. Como lo plantean Vallejos y colaboradores (36), los mecanismos van desde la presencia en nosotros (los atributos en nosotros), a la ausencia en los otros (sin estos atributos). Van desapareciendo las contextualizaciones y el sujeto situado, van desconociéndose las relaciones de asimetría y desigualdad, y finalmente el problema radica en el sujeto visto desde una abstracción.

Van surgiendo categorías de normalidad/anormalidad (37), especialmente cuando los Otros, que se alejan del Nosotros, son minorías, y por lo tanto representan lo que se aleja de la norma, produciéndose racionalidades que legitiman una única forma de ser y estar en el mundo, la cual en nuestras sociedades occidentales eurocéntricas queda marcada como “hombre blanco, productivo, adulto, con determinadas medidas corporales” (36, p.186). Al marcarse las fronteras identitarias, se fijan también los límites y las posibilidades, se norman sus vidas, sus imaginarios, sus futuros. Se generan marcas identitarias, los preferentes, los prioritarios, los con necesidades educativas permanentes, los transitorios etc. y de éstas, emergen las políticas públicas de compensación, para dichas identidades. Al igual que lo fue en la época de la colonización de los negros, estas marcas identitarias sobre determinan - como lo expresa Fanon (38, p.115) - desde el exterior “soy el esclavo de mi apariencia, estoy fijado”. La normalidad deja de ser sólo una categoría demarcadora que divide y separa al mundo en dos, lo normal y lo anormal, sino que se constituye en una ideología en sí misma, y como tal, no se queda sólo en las ideas, sino que también cumple una función práctica que tal como lo plantean

Rosato y Angelino (36) se configura en las prácticas sociales y tiene efecto en los cuerpos, espacios, relaciones y acciones. Esta producción de sujetos no implica que queden fuera de la sociedad en su conjunto, sino que pueden integrarse en la medida en que se establecen dispositivos que permiten normalizarlos y asimilarlos.

Así, se va moldeando la identidad por el falso reconocimiento del Otro, es decir cuando la sociedad le muestra un cuadro degradante o despreciable de sí mismo. Tanto la falta de reconocimiento por asimilación, como el falso reconocimiento, pueden ser ambos una forma de opresión, que "aprisiona a alguien en un modo de ser falso, deformado y reducido" (39, p.44), y como lo plantea Benhabib (40), puede producir daño en tres aspectos del bienestar moral y psicológico: la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima. Fanon lo expresa con toda la claridad en la dureza en su libro: *Los Condenados de la Tierra*: "todo progreso en las igualdades posibles hará aún más insoportables las diferencias, que de golpe aparecen como dolorosamente imborrables. De esta forma se pasa de la dependencia a la inferioridad psicológica" (38, p. 102). El reconocimiento entonces no funciona como tal, cuando hay estructuras de asimetría a la base. No se trata sólo de dejar vivir las diferentes culturas, sino que se les reconozca su valor. No se trata de emitir juicios de valor, mejor, peor, superior, inferior, ya que cuando intentamos hacer esto, es porque ya contamos con las normas para tales juicios, las normas de la hegemonía en el mundo, de lo normal, y sólo estaríamos intentando definir y conceptualizar las diferencias para ayudar a que los otros entren en nuestro mundo.

Para subsanar estos falsos reconocimientos, Fraser (41), plantea que el concepto de justicia requiere tanto de políticas de reconocimiento como de redistribución, es decir mismo valor en términos de estatus, para lo cual se requiere cambios en la estructura de la sociedad. Si estos dos paradigmas no se enlazan, si se mantiene la desigualdad económica, las diferentes jerarquías, las marcas de identidad subvaloradas, entonces sólo existirán diferentes culturas, y aquellas marcadas como vulnerables, estarán sometidas a la dominación de la cultura dominante colonizadora. Ya no se trata del paradigma del liberalismo o del comunitarismo, o de sólo igualdad o sólo diferencia como dicotómicos, sino que de enfoques integrados o de bidimensionalidad. Fraser (41) plantea la importancia del reconocimiento, pero éste no puede abstraerse de la distribución de las riquezas. No puede haber participación igualitaria si no hay igualdad de estatus, y por lo tanto se requiere integrar las dos dimensiones, la del reconocimiento y la de la redistribución, para entender desde allí la concepción de la injusticia, la mirada en torno a la solución de esas injusticias, como asimismo las ideas desde estos dos paradigmas en torno a las diferencias de grupo.

La injusticia, desde el paradigma de la redistribución, está definida como socioeconómica y enraizada en la estructura de la sociedad. Desde el reconocimiento, estaría interpretada en la configuración de las representaciones sociales las cuales se enfocan desde una dominación cultural. En torno a la solución de esas injusticias, el paradigma de la redistribución plantea soluciones compensatorias económicas, las que desde las políticas públicas son entregadas a las poblaciones marginalizadas. Desde el paradigma del reconocimiento se plantea que la solución está en la valoración positiva de la diversidad cultural, para lo cual habría que trabajar en la resignificación de las representaciones sociales que lleven a los sujetos a considerar la diversidad como la norma en la que nos movemos e insertamos en la sociedad. El paradigma de la redistribución visibiliza las diferencias de grupo en términos de injusticia dado que es una economía política que ha generado ese diferencial injusto. Se trata entonces de abolir esas diferencias, de igualar, pero no de reconocerlas. En el caso del paradigma del reconocimiento, nos encontramos según Fraser (41) con variaciones positivas, benignas, y que han sido devaluadas. Por lo tanto, la justicia consistiría en no abolir esas diferencias, sino por el contrario revalorarlas, y celebrar esas diferencias como parte de la riqueza que nos presenta la diversidad. Las preguntas: "¿debemos optar por una política de redistribución que pretenda abolir los diferenciales de clase, o debemos abrazar una política de reconocimiento que trate de celebrar las diferencias de grupo?" (41, p. 89), ya no debieran ser dicotómicas, sino categorías integradas, que incorporan la complementariedad entre igualdad y diferencia.

Uno de los autores que nos aproxima a responder a estas tensiones entre igualdad y diferencia, es Touraine (33), quién en su libro "¿Podremos vivir juntos?: Iguales y Diferentes", plantea que la igualdad y la diferencia no son contradictorias, sino que inseparables la una de la otra, y se hace necesario combinarlas para que la democracia se desarrolle. Emerge desde aquí y con mayor fuerza, la crítica a las posturas liberales universalistas imponiendo un enfoque homogéneo, el cual detrás de una tolerancia aparente, ha ido destruyendo las culturas "minoritarias", se ha focalizado en la universalización del mundo, pero a través de una única racionalidad, considerada como la normal y superior a las demás, agudizando la formación de las jerarquías sociales y los diferentes valores otorgados a las culturas. Frente a estas disociaciones entre universalismos y particularismos, Touraine (33) plantea la integración de la igualdad y la diferencia en cada proyecto de vida individual y colectivo. La sociedad no debiera verse sólo como una existencia de diferentes valores y prácticas culturales, sino mas bien como una combinación de lo que nos reúne en tanto igualdad como seres humanos y los que nos diferencia en tanto particularidades, construidas a través de nuestros cuerpos, nuestra memoria, nuestros proyectos. Es decir, lo que debería aglutinar "los fenómenos naturales, en el seno de una cultura, es la presencia de una matriz de posibles permutaciones, una invitación constante al cambio, es decir en ningún caso la petrificación de algunas elecciones (normales) y la eliminación de otras (desviaciones) (...). La cultura es simultáneamente la fábrica y el refugio de la identidad" (42, p.50).

Vamos pasando de la construcción del Otro como igual, o del Otro como diferente, a una combinación de la igualdad y la diferencia, y a una recreación a partir del ENTRE (43) la igualdad y la diferencia. Se trata de pensar ya no desde Uno o desde el Otro, sino pensarse desde la relación que emerge, es decir, desde el ENTRE como figura relacional. Tal como lo plantea Dietz (44), estas identidades diversas se van configurando en espacios híbridos, compartidos, entre actores heterogéneos, gestándose de manera individual y colectiva. Se trata de no sólo conocer al Otro, sino que comunicarnos y transformarnos entre nosotros. Ya no basta el pluralismo como suma de existencias múltiples, sino que emerge la interculturalidad, como "proceso permanente de relación y negociación, en

condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad, e igualdad” (45, p. 4). De hecho, el prefijo INTER, destaca la connotación de interacción, de intercambio, de ruptura del aislamiento, de reciprocidad, de solidaridad.

Se piensa desde las relaciones más que desde las identidades entendidas desde una lógica determinista o separatista. Ese ENTRE es en el que se generan condiciones de múltiples posibilidades de relaciones, de algo que acontece, que se está desplazando, que se despliega, apelando a la apertura y a la existencia del ser humano como un ser abierto. De este modo, se insta a no poner el foco en el Uno, lo homogéneo, o en el Otro, la diferencia, sino que en la relación ENTRE. En esta relación no se dismantelan las identidades, pero los contornos se ponen difusos y entra una nueva dimensión de la relación, de lo que se transforma y se construye, ¿Será que llegó el momento en que tengamos que empezar a hablar de Nostredades y no quedarnos en las dicotomías de las identidades?, Wayar (46) nos invita a repensar la construcción de identidad como yo-otredad y plantea que debemos tener el poder de construir Nostredad como una posibilidad valiosa de enarbolar todas las voces, incluyendo a las que muchas veces se han vistos silenciadas. Así entonces se releva la importancia de los diálogos de saberes que no solamente establecen:

“un espacio de sinergias y complementariedades entre los saberes existentes sobre el mundo actual y la realidad presente, sino que apunta a la producción (más que a la generatividad óptico- epistémica- científica- tecnológica) de nuevas formas de comprensión del mundo que emergen de la dialógica del intercambio de saberes y de la disputa de sentidos en la reapropiación social de la naturaleza y de la cultura (47, p.33)”

Todo lo anterior, implica una interacción intercultural, que debe ser entendida como cooperación, respeto, curiosidad, voluntad para promover el intercambio y la cooperación y especialmente disposición para compartir saberes, para poner en contacto e intercambiar significados. La comprensión de dichos significados debe permitir el entendimiento para disminuir el grosor de los contornos identitarios, generar ajustes, acomodaciones, negociaciones de representaciones cargadas de significados. Estas interacciones interculturales deben ser espacios permeables, en los cuales los protagonistas estarán presentes en y con sus diferencias, pero sobre todo en y con la posibilidad y habilidad para compartir y transformar. Más allá de las identidades biológicas e históricas con las que contamos, estos espacios de interacción intercultural debieran abrir la posibilidad de no solamente confirmarnos quienes somos, sino que intentar ser algo más allá de lo que ya somos (48). Esto implicará actuar conforme a un pensamiento intercultural, que valore la posibilidad de relacionarlos entre los que alguna vez nos vimos como distintos, no para llegar a ser iguales, sino que para transformarnos y enriquecernos en esa relación. Rescatamos al terminar el prefijo INTER, de lo Intercultural, que tal como lo plantean Devalle de Rendio y Vega (49, p.33) “el prefijo inter destaca la connotación de interacción, intercambio, ruptura de aislamiento, reciprocidad, solidaridad”.

Recomendaciones

Considerando lo expuesto anteriormente con especial acento a como nos vamos construyendo, transformando, y enriqueciendo en las relaciones con los demás, en estas recomendaciones pondremos el foco, en fortalecer la calidad de las interacciones que sostenemos, con ese inicial Otro, migrante internacional, para intentar configurar relaciones con apertura a la escucha, a la empatía, a la comprensión, a la fraternidad, e intentar abrir caminos en los cuales vaya emergiendo ese ENTRE, del cual hemos venido hablando.

Para poner el énfasis en la calidad de las interacciones, nos basaremos en la propuesta de Reuven Feuerstein (50) psicólogo educacional, quién nos resalta la importancia de cómo nos vamos configurando como seres humanos a partir de ciertas características presentes en nuestras interrelaciones. Estas son cualidades que propician las relaciones propiamente humanas. En el ámbito de la educación nos han iluminado la relación profesor alumno y esperamos que en salud aporten a las relaciones de profesionales de la salud con la población migrante internacional, especialmente en el contexto de atención primaria. ¿Cómo generar características en nuestras interacciones, que colaboren a no producir procesos de exclusión con la población migrante internacional?

Intencionalidad y reciprocidad: Se debe procurar hacer muy explícita la intención de la interacción, para intentar ajustar la reciprocidad. Eso implicará no partir de moldes estructurados hegemónicamente, sino que desde las necesidades de aquel que busca la ayuda. La intencionalidad de los profesionales de la salud es atender las necesidades de quién está consultando. Por lo tanto, esas necesidades deben ser escuchadas, deben ser reconocidas, y debe haber algún espacio en el cual puedan ser explicitadas y comunicadas. Se espera poder conocer y recoger esas necesidades, para llegar a una reciprocidad.

Sentido de trascendencia: Procurar que la interacción no se quede sólo en el aquí y en el ahora, sino que se entienda el valor y la importancia de esa interacción, conectada con el pasado y proyectándola para el futuro. Debieran intentarse en este sentido atenciones que no fueran episódicas, sino que generaran vínculos en el tiempo, y no sólo en un aquí y en un ahora.

Significado: Explicitar muy claramente nuestros significados, ya que éstos pueden no ser comprendidos ni compartidos necesariamente por el otro, y por lo tanto el por qué y para qué de la interacción, es muy importante para la dimensión afectiva que ayude a lograr reciprocidad. Esto es especialmente importante en el contexto de trabajo con población migrante internacional,

puestos que nuestros significados, mediados por la cultura, pueden ser muy distintos a los de la persona con la cual estamos interactuando.

Individualización y Diferenciación Psicológica: Fomentar y apreciar lo propio, individual, original, creativo. Cuidar la interacción considerando la diversidad y no desde un molde hegemónico. No desvalorizar lo que visualizo como diferente con quién estoy interactuando. Para él, nosotros seremos diferentes también. Reconozcamos esas diferencias sin asignarles juicios de valor.

Compartir: Fomentar el compartir experiencias, el desafío de desarrollar diferentes formas de comunicación, para poder establecer la conexión y comunicación con los otros, promoviendo una interacción de respeto mutuo, y de complicidad entre los protagonistas

Desafío y alternativa optimista: Cooperar en la mirada de búsquedas de salidas que ofrezcan soluciones alternativas, entendiendo el desafío que implicará, la mayoría de las veces, enfrentarse a algo nuevo, complejo e inesperado.

Sentimiento de competencia: Ayudar a desarrollar una imagen positiva en las personas, migrantes internacionales con las cuales estamos interactuando, no desvalorizar, ni prejuizar incompetencias o inhabilidades.

Sentimiento de pertenencia: Reforzar como principio básico de las interacciones, el vínculo, el sentirse perteneciente a esa comunidad o institución a la cual estoy asistiendo. Generar espacios comunitarios de identificación que promuevan pertenencia con los centros de salud, abrir a la comunidad espacios de participación que puedan transformarse en espacios de resignificación social.

Sentimiento del ser humano como entidad cambiante: Generar interacciones que no estén preconcebidas desde entidades fijas e inmutables, y generalmente prejuizadas, tales como “estos migrantes son así, no van a cambiar, es su cultura” sino que por el contrario marcar lo más propiamente humano, que es la posibilidad de cambiar y modificarnos.

Recomendaciones metodológicas para trabajar las interacciones

Para que estas cualidades de interacción vayan transformándose en un hábito de como relacionarnos, recomendamos generar formaciones en servicio con y para profesionales de la salud. Sin embargo, desde nuestra experiencia como educadoras, sugeriríamos que no fueran cursos que teorizaran sobre como debiera ser una interacción de calidad que fomente lo intercultural, sino que fueran programas de formación en servicio, con acompañamiento que permitieran que los profesionales de la salud reflexionaran a partir de las interacciones que sostienen con la población que trabajan, en este caso migrantes internacionales, de modo que analizaran reflexiva y críticamente sus interacciones, y a partir de allí, generaran cambios para la mejora, para aproximarse a las características mencionadas anteriormente como cualidades de interacciones mediadas.

Esto se ha denominado en el campo educativo, como Reflexión sobre la Acción (51). Implica un aprendizaje desde la experiencia, en un camino inductivo que permite analizarse en términos de las concepciones, creencias, sentimientos que estuvieron involucrados en esa interacción. Hay elementos de convergencia respecto a lo que se entiende por práctica reflexiva (52) que se relacionan con los estudios socioculturales de interacción; la práctica reflexiva es un proceso individual y dialogal activo, intencionado y sistemático de construcción de conocimiento desde la interrogación a la experiencia concreta de interacción orientado hacia la transformación de la propia práctica, promoviendo la responsabilidad profesional, social e histórica. Se sugiere entonces un programa de formación, que contenga un espacio de apropiación conceptual y de intercambio de significados de lo que consideraríamos una calidad de interacción que permitiera que se fuera configurando ese ENTRE del cual hemos hablado, de acuerdo con las propiedades de una relación como las mencionadas anteriormente.

Luego se establecen dispositivos tales como la filmación de algunas interacciones, o la escritura de algunos incidentes críticos que hayan surgido en algunas interacciones, y desde allí se reflexiona en torno a elementos inductivos, los que se analizan a la luz de los conceptos de una interacción mediada. Surgen interrogantes tales como: ¿Fui claro en declarar mi intencionalidad?, ¿Hubo la posibilidad de espacio para saber de sus necesidades?, ¿Cómo lo nombré?, ¿Prejuicé inhabilidades o incompetencias?, ¿Di por obvio ciertos significados o me preocupé de explicitarlos?, ¿Visibilicé las diferencias?, ¿Fui peyorativo con lo que visualicé como sus diferencias? Un programa de formación, compartiendo algunas conceptualizaciones, para luego tener un marco con el cual ir reflexionando sobre la acción y compartiendo esto con otros profesionales de la salud, generando comunidades de aprendizaje, puede tener un impacto mayor que sólo acudir a un manual de cómo poder generar competencias interculturales para relacionarnos en un contexto de diversidades.

Referencias

1. Susinos, T. y Parrilla, A. Barreras para la inclusión educativa y social. Experiencias sobre la vida en la escuela y la comunidad narradas en primera persona, en Lopez, J. (Ed.) Cambiar con la sociedad, cambiar la sociedad. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2004.
2. Morín, E. Réforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'université. Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires; 2003. Recuperado de: <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b12/b12c1.htm>
3. Ainscow, M., y Booth, T. Índice de Inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. Bristol, UK: UNESCO – CSIE; 2004.

4. Rockwell, Elsie. La experiencia etnográfica: Historia y cultura en los procesos educativos. Paidós: Argentina; 2011.
5. Borges, R. El estudio de casos como instrumento pedagógico y de investigación en políticas públicas. Estudio de Caso Nº. 4, 1995. Disponibilidad en: < <http://www.mgpp.cl/wp-content/uploads/2017/04/CAS004.pdf>> Acceso en: Junio, 2019.
6. Velasco, H & Díaz, A. "La lógica de la investigación etnográfica". Madrid, España: Editorial Trotta; 2006.
7. Gálvez Toro, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2001.
8. Hart, C. Doing a literature review. London: Sage Publications, 1998.
9. Aguilera Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? Rev. Soc. Esp.Dolor. v21: 359-360; 2014.
10. Coughlan, M; Cronin, P y Ryan, F. Doing a literature review in Nursing, Health and Social Care. London: Sage; 2013
11. Stefoni, C. Perfil migratorio de Chile. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones; 2011.
12. Stefoni, C. Panorama de la migración internacional en América del Sur: Documento elaborado en el marco de la Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de Expertas y Expertos en Migración Internacional preparatoria del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Cepal, Naciones Unidas; 2018.
13. Matossian, B. Lógicas residenciales y migraciones en San Carlos de Bariloche: un abordaje desde la interseccionalidad; 2016.
14. Bourdieu, P. Campo de poder y campo intelectual. Buenos Aires, Argentina: Folios Ediciones; 1983.
15. Bourdieu, P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona, España: Anagrama; 1997.
16. Blumer, H. El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método. Barcelona España: Editorial Hora; 1982.
17. Rodríguez, M. Los Significados de ser Mujer, Lesbiana y Envejecer (Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura). CIEG, Universidad de Chile, Santiago; 2007.
18. Vygotsky, L. La mente en la sociedad: el desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
19. Colom, F. "La gestión política de la diversidad etnocultural. ¿Qué modelo de integración?", en De Puellas, M. (coord.) Educación, Igualdad y Diversidad Cultural. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
20. Roggoff, B. y Chavajay, P. Las bases culturales del desarrollo cognitivo. Evolución de la investigación en este campo en Norteamérica. Educación y Pedagogía, 16, 121-159, 2004.
21. Martinic, S. El estudio de las representaciones y el análisis estructural del discurso. En M. Canales (Coord.), Metodología de la investigación social: Introducción a los oficios (pp. 299- 320). Santiago, Chile: LOM Ediciones; 2006.
22. Jodelet, D. "La representación social: fenómenos, concepto y teorización" En Psicología Social, compilado por Serge Moscovici, 468-510. Barcelona: Paidós. 1986.
23. Lombardo, E & Verloo, M. La "interseccionalidad" del género con otras desigualdades en la política de la Unión Europea. Revista Española de Ciencia Política, vol. 23, iss. 23, pp. 11-30, 2010.
24. Wiewiorka, Michel. El racismo: una introducción. Barcelona: Gedisa; 2002.
25. Carbonell, F. (2005). Educar en tiempos de incertidumbre: equidad e interculturalidad en la escuela. Catarata. Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid; 2005.
26. Bourdieu, P. La dominación masculina. Barcelona, España: Anagrama; 1999.
27. Marmor, Lelio. Las políticas de migraciones internacionales. Buenos Aires: Paidós; 2002.
28. Tijoux, M. Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: Elementos para una educación contra el racismo. Polis Revista Latinoamericana, (35), 1-15, 2013.
29. Rebollo, L. Género y espacios de sociabilidad. La escuela como lugar de encuentro con los "otros". En Actas Segundo Congreso de Antropología. Valdivia; 1995.
30. Rodríguez Parra, M. Educación en género y sexualidad como posibilidad de cambio cultural: una mirada desde las políticas educativas y las representaciones sociales de los/as docentes con jefaturas de curso. Tesis para optar al grado de doctora en ciencias de la educación. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2016.
31. Navarrete, J. Liberales y Comunitaristas. Reflexiones generales para un debate permanente. Editorial Universidad Bolivariana S.A. Santiago de Chile, 2006
32. Aguilera, R. El debate iusfilosófico contemporáneo entre comunitaristas y liberales en torno a la ciudadanía. 2005. Recuperado de: http://www.uah.es/derecho/facultad/docs/Anuario_2006/03_El_debate_iusfilosofico.pdf
33. Touraine, A. ¿Podremos vivir Juntos? Iguales y Diferentes. Colombia: FCE; 2000.
34. Dietz, G. Multiculturalismo, Interculturalidad y Educación: Una aproximación Antropológica. Granada: Universidad de Granada; 2003.
35. Rawls, J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 1979.
36. Rosato, A. y Angelino, M.A. (Coord.). Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Argentina: Novedades Educativas; 2009.
37. Foucault, M. Sex, power and the politics of identity. En Lotringer, S. (Ed). Foucault live Michel Foucault, Collected Interviews, 1961-1984. New York: Semiotext(e). 1996.
38. Fanon, F. Los condenados de la tierra. México: FCE; 1963.
39. Taylor, Ch. El multiculturalismo y la política del reconocimiento. México: FCE; 1993.
40. Benhabib, S. Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diferencia en la era global. Buenos Aires: Katz editores; 2006.
41. Fraser, N. ¿Redistribución o Reconocimiento? Un debate político filosófico. Madrid: Morata; 2006.
42. Bauman, Z. La cultura como praxis. Barcelona: Paidós; 2002.
43. Heidegger, M (1967). El Ser y el tiempo. México: FCE
44. Dietz, G. Interculturalidad: una aproximación antropológica. Perfiles Educativos. Vol XXXIX, núm.156, 2017.
45. Walsh, C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. Trabajo presentado en el seminario Interculturalidad y Educación Intercultural del Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello en La Paz, Bolivia. 2009. Recuperado de http://www.uchile.cl/documentos/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural_110597_0_2405.pdf
46. Wayar, M. Travesti/una teoría lo suficientemente buena. Buenos Aires: Muchas Nueces; 2018.
47. Leff, E. Racionalidad ambiente y diálogo de saberes: Sentidos y senderos de un futuro sustentable. Desarrollo e Meio Ambiente: 7: 13-40; 2003.
48. Skliar, C. La educación (que es) del otro. Argumentos y desierto de argumentos pedagógicos. Argentina: Novedades Educativas; 2007.
49. Devalle de Rendío, A., y Vega, V. (2006) Una escuela en y para la diversidad. Buenos Aires: Aique (pag 33)
50. Feuerstein, R. Instrumental Enrichment. Israel: ICELP Publications; 2006.
51. Perrenoud P. Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. México: Colofón; 2011.
52. Derobertmasure, A. (2012). La formation initiale des enseignants et le développement de la réflexivité ? Objectivation du concept et analyse des productions orales et écrites des futurs enseignants. (Docteur en Sciences Psychologiques et de l'Éducation). Université de Mons-Hainaut, France.



CAPITULO 5

Debates y estrategias para el abordaje de la salud mental de migrantes internacionales en América Latina

Alejandra Carreño Calderón. Antropóloga Social, Dra. en Antropología Cultural, Etnología y Estudios Culturales. Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. a.carreño@udd.cl

La migración internacional es una realidad que se ha vuelto cada vez más masiva en nuestro continente. Durante la segunda mitad del siglo XX nuestra región se caracterizó en una primera etapa por ser el territorio de origen de grupos de personas que se desplazaron hacia países como Estados Unidos y Europa, por motivos vinculados a la violencia o las crisis económicas que afligen a la región. Hoy en día estas crisis se han agudizado y desplazado, produciendo una transformación en los flujos migratorios que hoy ponen a los mismos países del cono sur como origen y destino de migraciones masivas. Uno de los aspectos más controversiales de la experiencia de migración se relaciona con los riesgos que puede significar para la salud mental de quienes la viven. El presente capítulo pretende indagar en primera instancia la relación entre salud mental y migraciones, explicitando los procesos que pueden afectar el bienestar de quien emprende el viaje, evidenciando que no se trata de riesgos propios de la migración sino de condiciones estructurales -políticas, económicas y culturales- que tienen consecuencias sobre la vida psíquica de los sujetos. En segundo lugar, se revisarán las estrategias y dispositivos con que la salud mental de los migrantes ha sido abordada internacionalmente a través de un repaso teórico por los conceptos claves de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural, cuyas escuelas se han afirmado diferenciadamente en Europa y Estados Unidos. Por último, se realizará una caracterización de las condiciones de salud mental de migrantes en América Latina y de las estrategias que algunos países han puesto en acto para proteger, acompañar y fomentar los procesos terapéuticos de quienes viven la experiencia de migrar.

Palabras Claves: Migración – Salud Mental – Psiquiatría – Migrantes y Refugiados – Integración Social

Abstract

International migration is a reality that has become increasingly massive in our continent. During the second half of the 20th century, our region was characterized by being the territory of origin of groups of people who moved to countries such as United States and European countries, for reasons linked to violence or economic crisis. Today these crises have worsened and displaced, producing a transformation in migratory flows that place the same countries of the southern cone as the origin and destination of massive migrations. One of the most controversial aspects of the migration experience is related to the risks it can pose to the mental health of those who live it. This chapter intends to investigate first the relationship between mental health and migration, being explicit on the processes that can affect the well-being of those who undertake the journey, and revealing that it is not a question of risks inherent to migration but of structural, political, economic and cultural conditions that have consequences on the psyche of the subjects. Secondly, we review the strategies and devices with which the mental health of migrants has been approached internationally, through a theoretical review of the key concepts of ethnopsychiatry and transcultural psychiatry, whose studies have been affirmed prominently in Europe and the United States. Finally, we make a characterization of the mental health conditions of migrants in Latin America and the strategies that some countries have put in place to protect, accompany and promote the therapeutic processes of those who live the experience of migration.

Keywords: Migration - Mental Health - Psychiatry - Migrants and Refugees - Social Integration

Introducción:

¿Por qué es importante pensar la salud mental desde la óptica de la movilidad humana?

La experiencia de los desplazamientos geográficos acompaña la entera historia de la humanidad. Sin embargo, nunca como hoy la movilidad humana había alcanzado dimensiones tan veloces y masivas al punto de convertirse en un fenómeno estructural que caracteriza el contemporáneo (1). Millones de seres humanos, objetos, afectos, imaginarios y deseos se mueven continuamente en lo que se ha propuesto como un nuevo paradigma (2, 3), reconociendo que las moviidades están conformadas al mismo tiempo por dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, tecnológicas y espaciales, cuyas consecuencias recaen sobre todos los ámbitos de la vida humana, incluida la salud física y mental.

Desde los orígenes de la psiquiatría el movimiento humano o la tradición de migrar ha emergido como una interrogante en cuanto pone en cuestión ámbitos estructurales de la formación del sujeto como son su pertenencia, su identidad, las formas culturalmente moldeadas de expresar sus emociones y las influencias que el ambiente social, político y económico pone sobre la vida psíquica del sujeto (4). Igualmente, desde un punto de vista antropológico, las migraciones interrogan sobre la universalidad de las formas de comprender la vida afectiva de los grupos humanos, abriendo un debate aún inconcluso sobre las posibles acciones terapéuticas de las ciencias médicas y psicológicas en poblaciones que no comparten las nociones de cuerpo, emociones, psique, enfermedad y desorden que se han extendido entre las sociedades industrializadas, a partir de los procesos de globalización de los saberes y prácticas de la biomedicina (5).

En este contexto, hablar de salud mental de migrantes resulta un desafío mayor en cuanto requiere de una mirada interdisciplinaria sobre un fenómeno que se está volviendo cada vez más urgente en todos los países del globo. Hoy en día el número de personas que migran ya sea como desplazados, solicitantes de asilo, migrantes económicos y/o migrantes irregulares, sigue creciendo y nuevos flujos están diseñando un mapa de intercambios cada vez más complejos (6). A esta naturaleza creciente del fenómeno se une una enorme heterogeneidad: los migrantes tienen perfiles socioculturales y económicos muy diversos y las condiciones que encuentran en los países de acogida también varían ampliamente. La condición de los migrantes también se modifica desde una óptica temporal en la medida en que la obtención de un empleo puede transformar a una persona en condición irregular en migrante económico y viceversa frente a la pérdida del empleo, así como el rechazo de una solicitud de asilo puede transformar a un solicitante de refugio en un migrante irregular.

Más allá de todas estas diferencias, para cualquier persona migrar puede implicar episodios estresantes y cargados de incerteza y ansiedad. Alejarse de los vínculos de pertenencia, hacerse cargo de expectativas e inversiones económicas familiares, enfrentar viajes en condiciones de precariedad, adaptarse a un entorno que puede resultar hostil, aprender un nuevo idioma, ver devaluados los instrumentos educativos y profesionales que ha adquirido en su contexto de origen, enfrentar la incerteza respecto a la situación de la familia y respecto al propio futuro, asimilar los obstáculos burocráticos que ponen las legislaciones vigentes en los países de acogida, etc. son dificultades que pueden lacerar el estado de salud física y psicológica de un sujeto que, si se encuentra desprovisto de redes de apoyo, puede terminar requiriendo de servicios y tratamientos específicos que no siempre están garantizados por el país de llegada.

A pesar del acuerdo que existe respecto a los riesgos que estos eventos pueden significar para la salud mental de los migrantes, la evidencia internacional es poco concluyente respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población migrante y no pocas controversias se han levantado en torno a la clasificación de las formas de sufrimiento de estas personas. Si bien ya en los años '30 Odergaard (7) advierte sobre una presunta mayor tasa de esquizofrenia entre migrantes, que se habría constatado específicamente para poblaciones afro-caribeñas (8), algunas deficiencias metodológicas en los estudios que sostienen este supuesto han problematizado la tendencia a diagnosticar e intervenir más rápidamente frente a poblaciones migrantes, especialmente aquellas provenientes de excolonias (9). De hecho, hoy no existe evidencia consistente respecto a una mayor tasa de desórdenes psicóticos, del ánimo o de ansiedad en refugiados y migrantes respecto a las sociedades de llegada (10, 11, 12), con excepción del Diagnóstico

Post-Traumático de Stress que ha sido sistemáticamente (13, 11) reportado con mayor prevalencia en población refugiada, respecto a población local, por los motivos evidentes que lo vinculan con experiencias de violencia sistemática.

Del análisis comparativo de prevalencias en trastornos afectivos y mentales que llevan a conclusiones heterogéneas y en ocasiones poco consistentes, se ha transitado a un acuerdo sobre la importancia que adquieren las condiciones en las que se desarrolla la migración para que ésta se asocie con brotes psicóticos u otros trastornos del ánimo. De hecho, el presunto mayor riesgo de padecer esquizofrenia en migrantes provenientes de grupos específicos (8), así como la mayor prevalencia de trastornos mentales comunes se han ido asociando a experiencias de trauma y guerra en las regiones de origen y a adversidad social vinculada al proceso de integración en los países de llegada (14, 15). Estas asociaciones han dado origen a un rico debate sobre el funcionamiento de la interacción entre factores biológicos y sociales en la emergencia y tratamiento de los trastornos psiquiátricos que va más allá de la experiencia migratoria (16). Ésta, por lo tanto, debe ser comprendida como un proceso que inicia mucho antes que la persona atraviese las fronteras nacionales y cuyas implicancias tienen un carácter colectivo tanto cuanto personal (17). Las condiciones que se viven en el país de origen, así como las experiencias de tránsito y los desplazamientos que se realizan para concretar la migración son tan importantes como las condiciones que se encuentran en el país de llegada durante los primeros años y a lo largo de todo el proceso de integración en la sociedad que recibe a estas poblaciones.

En Chile los estudios sobre salud mental en migrantes aún son escasos, a pesar de existir algunos interesantes registros de realidades locales como las que se viven en el norte de nuestro país y en comunas con alta concentración de migrantes internacionales. En lo particular, en el año 2008 se realiza un estudio en la comuna de Independencia (18) que evidencia tempranamente algunas situaciones que se han ido constatando a lo largo de los años: el 47,6% de la población migrante entrevistada declaró tener una salud mental mala o regular y un 26% declaró no haber accedido a servicios de salud frente a la presencia de una enfermedad, por motivos vinculados al desconocimiento del sistema de salud chileno, por el costo o por no tener RUT. Estos datos son consistentes con investigaciones posteriores (19), que demuestran la permanencia de barreras de acceso a los servicios de salud en general y de salud mental en particular. No obstante, la implementación de políticas públicas miradas a la disminución de brechas en salud a partir de la incorporación del acceso universal a salud para población migrante (20). Otro hallazgo que plantea el estudio es una preocupante prevalencia de patologías psiquiátricas en población escolar migrante, donde un 29,3% percibe un malestar emocional significativo, ya sea trastornos mentales comunes, del ánimo y de ansiedad. Del mismo modo, el 36,1% de los apoderados perciben que su pupilo tiene un problema de salud mental, pero la preocupación por el costo, pensar que los problemas se resolverían solos o el desconocimiento del sistema de salud chileno se transformaron en barreras importantes para que estos niños y niñas migrantes accedieran a servicios de salud mental. Otro estudio centrado en grupos migrantes en el Norte de Chile (21) aborda el tema de salud mental desde la óptica de la calidad de vida, definida como la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en que los vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (21). De los resultados emerge que de los cuatro dominios incluidos por esta perspectiva (físico, psicológico, ambiental, social) es el físico el que plantea resultados más positivos, probablemente, según los autores, debido a que la población inmigrante es joven y tendencialmente sana (22). Por el contrario, la actividad económica fue una de las variables que más afecta a la calidad de vida de los inmigrantes, en la medida en que buena parte de ellos no alcanza a cubrir necesidades básicas y/o a generar ahorros para las remesas, lo que se ha relacionado con altos índices de estrés que se suman al rechazo y hostilidad por parte de la población de acogida, así como a la ausencia de apoyo social.

Por último, una tercera perspectiva que ha primado en los estudios sobre salud mental y migración en Chile es la teoría de la aculturación que intenta indagar en la manera en que el cambio que se da en el sujeto como producto de la acomodación a las demandas de su grupo cultural y de la nueva cultura, afectan su salud mental (22). En específico es el modelo de Berry (23, 24) conocido como de "contacto" el que mayormente ha sido aplicado en Chile, buscando caracterizar el tipo de interacciones que se establece entre el sujeto migrante y el grupo mayoritario o el propio grupo cultural. Las posibilidades de contacto que ofrece el modelo establece cuatro estrategias de aculturación: a) la integración, que permite al sujeto establecer relaciones tanto con su grupo de origen como con el grupo de destino; b) la asimilación, que hace alusión al rechazo de la propia cultura y al deseo de relacionarse en totalidad con el grupo dominante; c) la separación que se define como el deseo de mantener todas las características de la propia cultura a la vez que se rechaza la cultura del grupo dominante y d) la marginalización en la que los individuos establecen relaciones ambivalentes con ambas culturas y no desean pertenecer a ninguna. En base a la escala generada por este modelo,

al menos dos estudios (25, 26) provenientes del norte de Chile se han dedicado a indagar en las estrategias de aculturación de diversos grupos migrantes y su relación con la condición de salud mental que presentan. La hipótesis sobre la que se erigen estos estudios sostiene que la separación y la marginación serían las que tienen resultados más negativos sobre la salud mental de los inmigrantes en la medida en que conllevan estados emocionales negativos, peor ajuste psicosocial, mayores dificultades de adaptación y mayores índices de discriminación percibida. Sin embargo, los resultados obtenidos entre grupos colombianos y peruanos en Chile demuestran que la asimilación es la que presenta mayor asociación a síntomas psicopatológicos, mientras que la separación es la que ayudaría a los migrantes a enfrentar menores riesgos de afección de trastornos mentales (25).

El problema de los modelos de interpretación que se han afirmado hasta ahora en Chile se relaciona con varias de las críticas que el modelo de Berry ha enfrentado y que se resumen en el énfasis que se da al comportamiento de los grupos minoritarios en desmedro de los valores y actitudes de los grupos mayoritarios que, en ocasiones, son considerados solo factores “de contexto” y en la idea que las interacciones entre migrantes y nativos estén basadas sobre “elecciones individuales” de los primeros frente a los segundos, cuando, dada las condiciones en las que se realizan las migraciones internacionales resulta evidente que la capacidad de libre elección de los sujetos se encuentra restringida por las condiciones estructurales, políticas y económicas que impulsan la migración desde la sociedad de origen hasta la sociedad de destino. Estas limitaciones tienen como consecuencia el abordaje de la migración como un evento individual que se inicia en el momento del contacto, estableciendo escasas indagaciones en torno a los contextos de origen, las condiciones en que se generan los desplazamientos y el modo en que los sistemas políticos y económicos de los países de partida y llegada favorecen o desalientan relaciones de hostilidad frente a sus comunidades migrantes (26, 27).

Asumir una perspectiva interdisciplinaria en el abordaje de la salud mental de estos grupos, capaz de superar un paradigma basado sobre el individuo sin que éste desaparezca, obscureciendo los mecanismos de resistencia, agencia y las trayectorias específicas que lo exponen al emerger del sufrimiento, pero también lo protegen del mismo, es hoy más que nunca necesario. Con esta intención el capítulo presenta una revisión de las principales propuestas teóricas en torno a la relación entre salud mental y migraciones, explicitando los procesos que pueden afectar el bienestar subjetivo de quien emprende el viaje y las diversas interacciones interdisciplinarias que han surgido en este diálogo. En segundo lugar, se revisarán las estrategias y dispositivos con que la salud mental de los migrantes ha sido abordada internacionalmente a través de un repaso teórico por los conceptos claves de la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural, cuyas escuelas se han afirmado diferenciadamente en Europa y Estados Unidos. Por último, se realizará una caracterización de las condiciones de salud mental de migrantes en América Latina y de las estrategias que algunos países han puesto en acto para proteger, acompañar y fomentar los procesos terapéuticos de quienes viven la experiencia de migrar.

Metodología

La metodología utilizada para su diseño de este apartado conceptual y teórico es prevalentemente de análisis de material bibliográfico recogido en base a búsquedas en las principales bases de datos de ciencias sociales y de la salud en español, inglés y francés (Lilacs; Revues; Cochrane, Google Scholar; Jstore; PubMed y Web of Sciences), usando descriptores temáticos de población (migrantes; refugiados; solicitantes de asilo, migrantes irregulares), de salud (salud mental; trastornos psiquiátricos; psiquiatría transcultural; etnopsiquiatría) y de áreas culturales (américa latina; latinoamericanos; américa del sur). La búsqueda fue complementada con publicaciones monográficas de autores emblemáticos en el tema y de literatura gris provenientes principalmente de instituciones como OMS y ONU.

Migración y Salud Mental: ¿existe una psicopatología de la migración?

Como se mencionó antes, la pregunta sobre la migración como una experiencia vinculada al surgimiento de psicopatologías ha acompañado la entera historia de la psiquiatría. Ya a fines del 600 la proto-psiquiatría del médico alemán Hofer (en 28) se

preguntaba si el deseo de regresar a casa del que sufrían los soldados en guerra podía considerarse una patología, asociada a la tristeza, angustia y al deseo que volvía incesantemente bajo una cierta sintomatología. Algunos siglos después, en el 1858 Jean Baptiste Descuret, psiquiatra francés, indica en su célebre tratado “Medicinas de las pasiones” (29) la existencia de la nostalgia (mal de casa), entendida como una “pasión social” presente especialmente en “soldados, domésticos y esclavos”, quienes a menudo presentan un deseo melancólico e imperioso de ver sus lugares de infancia, donde habitan seres queridos y de donde fueron extirpados a causa de sus obligaciones laborales. El debate que inauguran estos médicos en los albores del nacimiento de la psiquiatría como ciencia tiene como substrato una discusión en torno a cuáles son los niveles de movilidad pertinentes para los grupos humanos y cuáles en cambio, pueden ser considerados patológicos. La existencia de un síndrome opuesto al de la nostalgia, es decir, la “pasión por los viajes” que también es incluido en las pasiones sociales de Descuret, nos indica que más que buscar un acuerdo entre la permanencia y la movilidad, lo que está verdaderamente en discusión en este debate, son las condiciones bajo las cuales los desplazamientos de ciertas personas generan sentimientos de angustia y deseos de regresar, especialmente si consideramos que los grupos sociales a los que refiere Descuret son, justamente, esclavos, soldados y trabajadores domésticos: personas extirpadas forzosamente de sus lugares de origen.

Este desplazamiento entre la migración en sí misma como una experiencia que pone en riesgo la salud mental de quien la vive, a relevar las condiciones en que ésta se realiza para comprender la emergencia de riesgos específicos, ha costado varios años de debate a la psiquiatría contemporánea. De hecho, como mencionamos antes, los primeros estudios sistemáticos del tema propusieron tempranamente un vínculo entre esquizofrenia y migración. Sin embargo, uno de los problemas metodológicos que tuvo que enfrentar dicha teoría se vinculaba con la universalidad del diagnóstico psiquiátrico: ¿es la esquizofrenia una enfermedad universal, que se manifiesta del mismo modo en las distintas culturas del mundo? y en la misma línea, si la hipótesis que asocia migración a esquizofrenia es cierta: ¿están todos los migrantes igualmente expuestos a aumentar los riesgos de un brote psicótico? ¿varía culturalmente el riesgo? ¿por qué?

La discusión en torno a la primera pregunta inaugura uno de los acercamientos más estrechos entre antropología y psiquiatría durante el siglo XX. Emile Kraepelin, padre de la moderna clasificación de las nosografías psiquiátricas registradas en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), no habría nunca imaginado que sus viajes a Java y Singapur pensados en confirmar la existencia universal de las patologías que había acuciosamente descrito en su Alemania natal, habrían sido la obertura de un debate que se extiende hasta la actualidad en torno a la influencia de la cultura en el surgimiento, manifestación y tratamiento del sufrimiento psíquico. Kraepelin era un hombre en búsqueda de verdades y clasificaciones, quería poner orden en los manicomios de inicios del siglo XX, infestados de una humanidad tanto varia cuanto condenada: locos, criminales, prostitutas, tuberculosos, etc. Una vez que pudo diferenciar a quienes sufrían de trastornos psiquiátricos del resto, se dedicó a clasificar los tipos de enfermedades que se encontraban entre ellos, tal como la ciencia darwiniana había comenzado a hacer con plantas, insectos y animales. De esta manera, esperaba convertir a la psiquiatría en una ciencia, cargada de verdades universales, tal como se manifestaba en ese entonces la biología. En su viaje a Oriente Kraepelin esperaba confirmar la fuerza de sus clasificaciones, verificando su hipótesis central, es decir, que las enfermedades mentales pertenecen al ámbito del funcionamiento biológico y que, por lo tanto, se manifiestan del mismo modo en las distintas culturas. A su parecer, los factores culturales o ambientales si bien influyen la enfermedad, no definirían ni su expresión ni su curso de evolución. La teoría de Kraepelin colisiona con los hallazgos que le porta Java: la demencia, los trastornos de dependencia de sustancias, las alucinaciones auditivas y la misma depresión no se encuentran con manifestaciones similares ni con la misma prevalencia que en Europa. Por el contrario, Kraepelin contempla cómo algunos comportamientos considerados síntomas de enfermedades mentales en Occidente estaban naturalizados e incluso eran socialmente esperados para algunos sujetos particulares: las alucinaciones auditivas y visivas eran perfectamente esperables en la vida de un chamán, así como el suicidio se podía justificar socialmente frente a ciertas circunstancias vividas por un sujeto. Es entonces que Kraepelin, -en un gesto que se vincula con la época a la que pertenece, que busca fuertes verdades universales y es presa de un cierto evolucionismo también presente en la antropología de la época- explica la variabilidad de las expresiones de los trastornos mentales aduciendo a un menor desarrollo moral e intelectual de estas poblaciones, que desconocerían la idea de pecado, serían capaces de menores niveles de abstracción en el pensamiento y darían una importancia mayor a la sensorialidad en lugar de la palabra. La importancia del gesto de Kraepelin es que evidencia la elección que ha hecho una forma del pensamiento occidental de privilegiar la idea evolucionista sobre la forma de concebir a los otros, por sobre el cuestionamiento a la universalidad de sus sistemas de clasificación. En lugar de aceptar que el sistema clasificatorio propuesto por la psiquiatría que estaba inaugurando

Kraepelin dependía de factores culturales y sociales que determinaban el emerger y las manifestaciones de la enfermedad, se optó por justificar la variación afirmando que los habitantes de los pueblos de oriente serían más propensos a una forma de pensamiento primitivo, poco abstracto e ignorante de concepciones espirituales propias del cristianismo, como lo es la idea del pecado (30).

La paradoja a la que llega Kraepelin se repite en los estudios contemporáneos respecto a la esquizofrenia. En el año 2007 se publica un estudio realizado en doce países del mundo, con diseños estrictos y e instrumentos estandarizados (31) que confirma una tendencia ya evidenciada en estudios anteriores: si bien la esquizofrenia es una enfermedad trazable en todos los países del mundo, países considerados menos desarrollados como India, Nigeria y Colombia tienen mejores pronósticos que países desarrollados poseedores de tratamientos psiquiátricos avanzados como Japón y Estados Unidos. ¿cómo es posible que en los países en los que sólo el 16% de los pacientes toma regularmente la medicación antipsicótica, la enfermedad tenga una remisión significativamente más alta que en países donde el 61% de los pacientes accede a tratamientos continuos? La respuesta no es evidentemente única. Sin embargo, el mejor pronóstico de la esquizofrenia en países en vías de desarrollo se considera uno de los hallazgos más significativos de la psiquiatría transcultural (32) en la medida en que invita a desplazar la mirada desde la prevalencia y la universalidad del diagnóstico, a una particular atención en los contextos sociales y culturales, la relación terapéutica y la legitimidad de las formas de intervención que se establecen con el paciente y su comunidad. Lejos de querer “romantizar” las culturas de proveniencia de los pacientes que presentan una mejor evolución de la patología, estos estudios han visibilizado la importancia que tienen aspectos como el apoyo social, el medio familiar cohesivo, la naturaleza del empleo, la mantención de los roles sociales a pesar de la enfermedad y la menor estigmatización en el logro de la remisión de sus síntomas más agudos. En el caso de la migración, similares conclusiones han emergido de estudios (33) que han demostrado que, a diferencia de lo que se ha planteado históricamente, familias de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos presentan mejores condiciones de salud mental que la población blanca estadounidense, o que familias de migrantes subsaharianos en España (34) presentan una prevalencia de depresión no mayor a la de la población local y que ésta sólo aumenta con los años de integración en la sociedad española, donde el empleo y la situación económica son los principales factores estresores reconocidos por los informantes. Otro hallazgo significativo es la falta de reconocimiento que tienen los síndromes depresivos como patología mental y la consecuente escasa búsqueda de atención profesional que presentan las comunidades migrantes. Estos últimos aspectos son también claves en el lenguaje de la psiquiatría transcultural y de la etnopsiquiatría: ¿la depresión es una enfermedad traducible a todas las lenguas del mundo? ¿todas las culturas consideran que la “depresión” y sus síntomas son un campo de acción legítimo de la biomedicina o medicina occidental? En el caso recién presentado y a la luz de las diversas nociones de persona, de gestión de las emociones y de funcionamiento de los aspectos religiosos de las medicinas populares árabes (35, 36), resultan evidentes los límites que una aproximación exclusivamente centrada en las prevalencias tiene sobre la posibilidad de comprender el sufrimiento psíquico de las comunidades migrantes, así como también de hacer visibles sus potencialidades, las estrategias que utilizan para protegerse de la crisis que puede conllevar la migración y los itinerarios terapéuticos que se articulan en la búsqueda de tratamientos.

Desde esta perspectiva, a partir de la evidencia de la que disponemos hoy en día es posible afirmar que, si bien el proceso migratorio y las condiciones en que éste se experimenta pueden someter a los migrantes a altos niveles de sufrimiento psíquico, traducibles en patologías mentales, no existe una patología mental específica de la migración, así como tampoco es posible afirmar que la migración en sí misma genere patologías mentales. Esto no quita, evidentemente, que la construcción de cuadros sintomáticos como el llamado Síndrome de Ulises, desarrollado principalmente en España, sean posibles (37). Sin embargo, más que invertir nuestros esfuerzos en la creación de sistemas clasificatorios y búsqueda de consistencia en los resultados de prevalencias psiquiátricas en población migrante, la invitación que tenemos hoy, en el cruce entre ciencias sociales y de la salud, es a crear sistemas de atención interculturales, capaces de comprender la migración como una experiencia tanto personal como colectiva, trazada por factores estructurales -políticos, económicos, sociales- que interactúan con aspectos de la personalidad de los sujetos y con la cultura en base a la cual se han trazado sus nociones de salud y enfermedad. La migración está vinculada con procesos de pérdida importantes (de familia, amigos, lengua, cultura, etc.) que puede ser acompañada de una mayor vulnerabilidad si dichas pérdidas son vividas en condiciones de subalternidad, pobreza, descalificación, pérdida de poder, etc. El desafío que han querido abordar las distintas tradiciones de la psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría en su tarea de pensar y curar el sufrimiento psíquico de los “otros” consiste no sólo en identificar estas pérdidas y vulnerabilidades sino también individualizar las estrategias que los diversos grupos ponen en acto para enfrentarlas, así como reflexionar en torno a las condiciones que ofrece la comunidad de arribo que agudizan o alivian el surgimiento de las crisis.

Nacidas de tradiciones académicas diversas, la psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría comparten la condición común de dialogar permanentemente con otras disciplinas, como la antropología o las ciencias religiosas, para comprender las diversas aristas del sufrimiento psíquico -como sea que éste se entienda- y la forma en que los distintos grupos culturales del planeta lo comprenden y tratan terapéuticamente. Como se mencionó antes, la pregunta sobre la universalidad de las formas de la psicopatología y las respuestas heterogéneas que han encontrado las investigaciones que han abordado el tema, constituyen uno de los principales vectores de ambas disciplinas: si un trastorno mental aparece en un pueblo y no en otro, o se revela significativamente más frecuente en uno que en otro, se podría pensar que está altamente determinado por características culturales, ambientales o políticas específicas: se trata de la única vía disponible de la ciencia para saber cuánto, de aquella delicada función que llamamos psíquica, está vinculada a la naturaleza y la biología y cuanto, en cambio, se produce a partir de las condiciones de vida, el ambiente y otras determinantes como la cultura (38). Frente a esta constatación, nos recuerda Piero Coppo, entopsiquiatra italiano, el terapeuta no podría actuar nunca en la búsqueda del tratamiento de una persona, sin poner en discusión el contexto en que el sufrimiento se genera. Esto implica a su vez, que las ciencias médicas y psicológicas asumen un rol político, en la medida en que deben, necesariamente, interrogarse sobre las condiciones en las que se encuentran las comunidades en las que aplican su saber sanitario.

El debate en torno a la implicación política del quehacer sanitario es, quizás, una de las diferencias que se pueden encontrar en el desarrollo de ambas disciplinas. La psiquiatría transcultural nace como heredera de la psiquiatría comparativa que inaugura el mismo Kraepelin y su principal objeto de estudio fue, justamente, comparar los síndromes que podrían pertenecer al campo psiquiátrico, presentes en todo el planeta. El trabajo de Henry Murphy es emblemático al respecto (39), debido a que sus esfuerzos se concentran en comprender la distribución internacional de los trastornos psiquiátricos y los principios a partir de los cuales es posible o imposible su comparabilidad. A partir de su trabajo la psiquiatría transcultural ha encontrado mayor desarrollo en ambiente anglófono, especialmente en Estados Unidos y Canadá con autores como Raymond Prince (40) y Lawrence Kirmayer (41) que han dedicado buena parte de sus carreras a interrogar los saberes de la psiquiatría en contextos no occidentales. Desde esta perspectiva, la crítica fundamental que traza la etnopsiquiatría es que el ejercicio comparativista que funda la psiquiatría transcultural no es suficiente para interrogar y transformar los saberes de la psiquiatría occidental, que han sido por largo tiempo herederos de una tradición fundada sobre una forma evolucionista, e incluso, racista de mirar a otras culturas.

La relación que Frantz Fanon (42) evidencia entre el proyecto colonial euroamericano y el rol de la psiquiatría en las colonias africanas, se suma al conocido trabajo de Foucault sobre la historia de la biomedicina y su compromiso con una forma de organización política del Estado (43). Fanon, psiquiatra martiniqués, vivió en carne propia las contradicciones y alienaciones propias del mundo colonial francés. De piel negra y formación blanca, tuvo acceso a un mundo de cultura y privilegios que le era sistemáticamente negado a la población colonizada y en el que él siempre se sintió despreciado. Esto, sumado a sus experiencias de trabajo como psiquiatra en África y de compromiso político con la lucha independentista de Argelia, le permitió desarrollar una aguda reflexión en torno a los efectos que la medicina occidental y la psiquiatría, llevada por los colonizadores como parte del proyecto civilizatorio de las regiones dominadas, habían tenido para las poblaciones locales. Fanon explica que el médico que arriba en una atmósfera de violencia generalizada, como es la que representa la colonia, es siempre, a los ojos de los nativos, una persona que es parte de dicho proyecto. En consecuencia, las estadísticas sobre las intervenciones sanitarias no son interpretadas por los nativos como parte de una mejoría en la lucha contra las enfermedades, sino más bien, como una nueva prueba del control del territorio por parte de las fuerzas ocupantes (44). Esto significa que, para Fanon, la relación entre población colonizada y colonizadora estará siempre marcada por las relaciones de poder que marcan un evento cargado de violencia que se reproduce, en nuestros días, en la distribución desigual del poder y la riqueza entre países de origen y destino de las migraciones.

El aporte de Fanon que llama permanentemente a mirar las relaciones históricas y políticas que están a la base de las formas de entender a pacientes de tradiciones culturales no occidentales, se une a la transformación del pensamiento psiquiátrico al que llama el fundador de la etnopsiquiatría, George Devereux. Formado en diversas disciplinas, psicoanalista, físico, músico, antropólogo y lingüista, a partir de sus estudios sobre sistemas terapéuticos en diversas poblaciones del mundo, así como sobre

estados de éxtasis en chamanes, funda la base de una epistemología híbrida y complementaria en torno a la cual germina la actual etnopsiquiatría clínica que se aplica principalmente en Italia y Francia. Devereux, a partir de su formación como físico, constata que no es posible la observación de un fenómeno sin que una parte de él sea eclipsada por los efectos mismos de la observación. Por lo mismo, se requiere de un trabajo complementario e interdisciplinario en la comprensión de fenómenos tan complejos como los que presenta la salud mental en general y la de poblaciones migrantes en particular. De esta manera se inauguran una serie de intercambios disciplinarios que hasta hoy forman parte de experiencias miradas a interrogar el saber psicológico y psiquiátrico a la luz de las múltiples epistemologías y modelos de persona que conviven en contextos multiculturales.

Las críticas y polémicas en torno al riesgo de crear “ghettos” a partir de servicios de salud mental dedicados exclusivamente para migrantes no tardaron en emerger (45), poniendo en evidencia las tensiones que existen entre la universalidad del saber biomédico y el derecho a la salud, y la particularidad que presentan ciertos grupos como indígenas y migrantes y el derecho a la diversidad cultural que ha ido también ganando espacio en el espacio sanitario. Más allá de estas críticas, hoy en día diversos países europeos han creado repartos especiales para el trabajo con migrantes y refugiados tanto en temas de salud mental, como salud reproductiva (46) y otros, incluyendo el uso de mediadores culturales especialmente preparados para el trabajo en ámbito sanitario, así como fortaleciendo las redes intersectoriales de colaboración.

Si bien el debate no está zanjado y no existen verdades absolutas respecto a los dispositivos más eficaces para la atención de migrantes, la experiencia de la psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría coinciden con la OMS (16) respecto a la necesidad de comprender el sufrimiento que pueden sufrir los migrantes a la luz de condiciones estructurales que pueden incluso anteceder su propia existencia. La relación entre la población migrante de origen africana y la sociedad francesa estará irremediablemente definida por las relaciones históricas que se definieron a partir de la colonia y que pueden traducirse también en una forma de patologizar sus comportamientos. Lo mismo sucede en América Latina con la población indígena (47) y, en los últimos años en Chile con migrantes internacionales. Las iniciativas existentes hasta la fecha coinciden con las recomendaciones que hoy en día promueve la OMS (16), basándose en diversas intervenciones realizadas en el mundo, en las que se han evidenciado tanto los factores de riesgo que surgen en migraciones vividas bajo circunstancias específicas, como los factores protectores que poseen los sujetos migrantes y que se activan a partir del surgimiento de la crisis. En vista de tales factores y de las diversas iniciativas que han intervenido en ellos, la OMS identifica 4 áreas claves para promover salud mental en las comunidades migrantes y realizar intervenciones efectivas en los casos específicos en que éstas se requiera. Las áreas son:

1. **Promoción de integración social:** A la luz de la evidencia existente respecto a la importancia que una integración social exitosa tiene para la promoción de salud mental en población migrante y refugiada (14, 48), las OMS recomienda la generación de políticas integradas miradas a eliminar toda forma de racismo y hostilidad en las relaciones entre migrantes, refugiados y los integrantes sociedad de arribo, facilitando los medios institucionales para acceder a derechos básicos (alimentación, vivienda, empleo, educación y salud). Intervenciones en las escuelas, especialmente para la protección de adolescentes, niños y niñas, también son recomendadas.
2. **Disminución de barreras para el acceso a salud mental:** Numerosos son los estudios que relevan las brechas en el acceso a salud en general y mental en particular que encuentran los migrantes en los países de llegada. Por lo mismo resulta fundamental reducir tales barreras a través de intervenciones miradas a identificar las representaciones que las comunidades migrantes tienen de los equipos de salud mental, de los tratamientos psicológicos, así como las estrategias comunitarias que puedan estar poniendo en práctica para abordar el problema (p.e. apoyo en iglesias u otras organizaciones sociales)
3. **Facilitar el compromiso con el tratamiento:** La adherencia a tratamientos es un problema que no refiere solo a la población migrante. De hecho, no existen estudios consistentes respecto a la falta de adherencia de esta población a los tratamientos. Sin embargo, las barreras que se han encontrado en el acceso a servicios de salud mental tienen también consecuencias sobre las posibilidades de crear alianzas terapéuticas de larga duración, afectando la efectividad de los tratamientos.

4. **Realizar intervenciones específicas con migrantes y refugiados que manifiestan trastornos mentales:** Más allá del debate sobre la creación de programas y centros específicamente dedicados a la atención de migrantes, las intervenciones que se han considerado exitosas en la promoción de salud mental coinciden en generar estrategias específicas para este grupo de usuarios, capacitando también a los operadores psicosociales en el trabajo intercultural e integrando mediadores culturales capaces de traducir los diversos universos de interpretación a los que pueden estar vinculadas experiencias de sufrimiento psíquico.

Evidencias y experiencias latinoamericanas

América Latina se caracterizó hasta hace pocos años por ser una región de salida de migrantes, a pesar de que históricamente muchas colonias provenientes de Europa, África y Asia se establecieron en nuestro continente. Basta recordar que entre mediados del siglo XIX y 1914, Argentina y Brasil recibieron 4.600.000 y 3.300.000 inmigrantes internacionales respectivamente (49). Sin embargo, esta situación se ha modificado en las últimas décadas, en las que las migraciones interregionales han ido creciendo de forma exponencial en países como Perú, Chile, Argentina o Brasil. Los desplazamientos interregionales tienen tres tendencias: por una parte conocidas son las trayectorias de migrantes centroamericanos provenientes del llamado triángulo norte (Salvador, Guatemala y Honduras) que buscan llegar a Estados Unidos pasando por México, país en el que en numerosas ocasiones se quedan temporal o definitivamente. Esta migración del triángulo norte se suma a la histórica migración de mexicanos a Estados Unidos cuyos orígenes se remontan al delineamiento mismo de la frontera entre ambos países. En segundo lugar, hasta el año 2010 Venezuela fue país receptor de migraciones interregionales, especialmente de la comunidad colombiana, ecuatoriana, nicaragüense y de varias otras nacionalidades latinas debido en parte al éxito económico que demostró desde los años 90. En Sudamérica en cambio, las migraciones internas se dirigían primordialmente a Argentina y Brasil, desde países andinos y limítrofes como Bolivia y Paraguay agregándose hoy en día Chile cuya población migrante ha crecido exponencialmente en los últimos años. La crisis política que viven Venezuela y Haití han modificado radicalmente el panorama de estos flujos migratorios, transformándose hoy en países que han buscado masivamente oportunidades de vida en otros países del continente.

Esta premisa la esbozamos para recordar que la evidencia y las iniciativas en salud mental de migrantes se relacionan, en parte, con la dimensión del fenómeno en las distintas realidades regionales. A pesar de ello, en América Latina el campo de la salud mental de migrantes es un campo de creciente interés, no sólo por el aumento progresivo de esta realidad, sino también por los fenómenos asociados a los retornos, las segundas generaciones y la mantención del sistema de remesas a través de la creación de familias transnacionales. Sólo por dar una idea, en el 2008 se estimaba que alrededor del 9,6 por ciento de los hogares dominicanos tiene al menos un integrante fuera del país, mientras en México un 4,4 de hogares presenta al menos un emigrante en el núcleo familiar (50), cifras que en los últimos diez años han ido en aumento. Frente a esta realidad repasaremos someramente, algunas evidencias y experiencias de intervención que retratan el heterogéneo mosaico de realidades que presenta el continente, así como los puntos de confluencia y las posibles acciones comunes que pueden aunar a la región. La evidencia será descrita por países:

- a) **México:** La larga duración de la migración mexicana en Estados Unidos ha dejado un importante número de investigaciones sobre los efectos que estas migraciones tienen sobre los grupos que los viven, tanto en el país de origen, como en el país de destino, algunas de las cuales específicamente dedicadas a salud mental. Entre ellas se destacan los trabajos del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), uno de los cuales (51) constata la peligrosa relación que se establece entre consumo de drogas y migración, toda vez que los migrantes que permanecen en la frontera norte, detenidos o en espera de pasar por pasos ilegales, incrementan el uso de algunas sustancias, experimentan con otras y crean nuevas combinaciones, dadas las difíciles condiciones de riesgo, espera y ansiedad que implica el viaje. Este patrón de consumo puede volverse problemático al insertarse en circuitos ilegales en Estados Unidos o al retorno, en México, propiciando a su vez la aparición de estupefacientes en zonas donde habitualmente no se presentaban. Otras investigaciones relevantes (52, 53) demuestran cómo los riesgos en salud mental no afectan solo a quienes parten, sino a la totalidad del grupo familiar, especialmente sujetos que se encuentran en momentos del ciclo vital críticos como son los adolescentes hijos de migrantes que presentan más sintomatología depresiva de quienes no han visto partir a sus padres. En la misma línea, una investigación (54) sobre suicidio en zonas de migración, demuestra la vinculación entre este comportamiento y los

desplazamientos internacionales, analizando su aumento sostenido entre personas que viven o han vivido la experiencia migratoria. Se destaca el mayor acceso a armas de fuego y el aumento de suicidios femeninos en comunidades cuyos miembros han partido masivamente hacia Estados Unidos y Canadá (55). Por último, investigaciones más recientes, situadas en destinos migratorios diferentes como España, confirman la tendencia de migrantes latinoamericanos a tener mayores tasas de ideación suicida que la población local. Sin embargo, la ideación suicida aparece vinculada tanto a experiencias estresantes a la base de síndrome post-traumático de estrés y a las condiciones de acceso a derechos ciudadanos que obtienen en los países de llegada. De hecho, la ideación suicida se reduce en población que accede a distintas formas de ciudadanía en España y Estados Unidos (56). En fin, en términos de políticas, hasta hace pocos años el enfoque abordado por el Estado Mexicano se caracterizaba por informar a quienes “elegían” migrar, de los riesgos que habrían encontrado en el camino y las consecuencias físicas y psíquicas de la migración, en particular de aquella ilegal. Frente a las críticas suscitadas por un enfoque que aborda el tema como una elección individual, el año 2017 se levanta un plan de colaboración entre los Servicios de Atención Psiquiátrica del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría para la atención de salud mental de migrantes ilegales en Estados Unidos, que se articula con el programa Ventanilla de Salud que ofrece servicios de promoción de salud en consulados mexicanos de Estados Unidos para dar asistencia a quienes lo necesiten, independiente de su condición migratoria. Sus resultados no han sido sistematizados hasta el momento, pero una investigación contemporánea al lanzamiento del plan detectó que de 367 migrantes deportados desde Estados Unidos a México en el año 2016, sólo un 13% utilizó el programa para atender dudas, por lo que, al parecer, siguen siendo necesarias políticas públicas que mejoren la calidad de vida de los migrantes de retorno (57).

- b) **Centroamérica:** La conocida caravana de inmigrantes que en el año 2019 atravesó México desde distintos países del llamado triángulo norte centroamericano, evidenció las dramáticas condiciones en las que se encuentran millares de personas habitantes de una de las regiones más pobres y violentas del planeta. Las cifras de los desplazamientos son alarmantes y se han utilizado extensivamente con fines políticos, tanto para reafirmar la idea de la necesidad del control de las fronteras, como para acusar a los gobiernos locales de ser incapaces de gobernar las crisis que están al origen de los desplazamientos. Sin embargo, poca atención se ha dado a la larga duración que presenta el fenómeno y sus vinculaciones históricas con los procesos que durante todo el siglo XX, flagelaron las democracias de estas naciones y que están a la base de sus actuales condiciones de violencia estructural extendida (58). En temas de salud mental los estudios sobre migrantes centroamericanos son poco numerosas. A pesar de ello la evidencia recabada (59, 60) reconoce los riesgos que enfrentan los migrantes de tránsito hacia Estados Unidos que pasan por la frontera sur de México, dado el aumento y la normalización de la violencia que se vive en dicho país, situación que se ve acrecentada por la incapacidad del Estado Mexicano de garantizar la seguridad de quienes se desplazan por sus territorios. Episodios de violencia sexual, exhortación por parte de asociaciones de economía criminal como narcotráfico, tráfico de personas, etc. se han identificado como riesgos reales que viven los migrantes centroamericanos que tienen, evidentemente, consecuencias sobre sus condiciones afectivas. Tres investigaciones (61, 62, 63) constatan el nivel de estrés y la normalidad de la violencia vivida por estos migrantes, quienes durante su paso por México y desde antes de su partida, tienen bajos niveles de acceso a salud y están altamente expuestos a situaciones de violencia sexual, particularmente las mujeres y las personas pertenecientes a diversidades sexuales. De los estudios centrados en salud mental, en este caso de migrantes centroamericanos indocumentados presentes en Tapachula (frontera sur que conecta México con Guatemala) destaca la diferencia entre una percepción de salud mental asociada al paradigma biomédico (ausencia de trastornos psiquiátricos como locura, alucinaciones, ideas suicidas) que les lleva en buena parte a afirmar no haber experimentado problemas de salud mental, a la identificación masiva de emociones, afectos, pensamientos y manifestaciones somáticas y conductuales caracterizados por estados de ánimo transitorios como miedo, tristeza, preocupación por los familiares, angustia, desesperación, impotencia por no poder avanzar, soledad, enojo, frustración e indecisión sobre continuar el viaje (59). En términos sintomáticos tanto hombres como mujeres reportaron crisis de llanto, pérdida de sueño, dolores de cabeza, cansancio, falta de apetito y fatiga. Los temores se asocian tanto a imágenes indeterminadas del futuro, como a experiencias concretas de secuestro y de riesgo de muerte en los trenes que han abordado y en los que han visto morir a otros migrantes. En fin, destaca el hallazgo que identifica las expectativas de los migrantes en términos

de salud mental que, diversamente de lo esperado, no se relaciona con atención especializada de equipos de salud mental, sino más bien servicios relacionados con la satisfacción de necesidades básicas, de continuidad de vínculos, de orientación del recorrido por México, acceso a información confiable sobre los riesgos asumidos y las vías de acceso más seguras. Igualmente, destaca también la comprensión de la experiencia migrante como prueba de una lucha por el propio destino y por el de los demás, convicción que los llena de esperanza y les permite seguir llevando a cabo la odisea del viaje. En fin, respecto a políticas públicas destaca el trabajo realizado el 2017 por la OIM para Centro América, Norteamérica y el Caribe (64) que traza recomendaciones regionales para el abordaje de la salud, incluyendo salud mental, de migrantes en tránsito por Mesoamérica. El documento identifica aspectos también básicos como el acceso a alojamientos seguros, alimentación, agua potable y saneamiento básico que tienen también consecuencias sobre los niveles de estrés, frustración y ansiedad asociados, entre otros factores, a las condiciones que ofrecen los asentamientos formales e informales en que duermen durante los meses que dura el desplazamiento. Igualmente, el informe reporta la importancia que adquiere la violencia sexual durante el tránsito dado que una parte importante de los migrantes, refieren casos de acoso, abuso, agresión y violación, con evidentes consecuencias sobre sus estados físicos y anímicos. Las investigaciones más recientes (65) ponen la alarma en las condiciones en que están viviendo las migraciones niños y adolescentes, que a menudo viajan solos, en vista del recrudescimiento de la política migratoria bajo la administración Trump. En fin, se señala el bajo acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial a lo largo de la ruta, especialmente para migrantes en condición migratoria irregular y deportados. Se desconoce si las recomendaciones emanadas por el documento se han traducido en intervenciones en los países de origen, tránsito y destino, con excepción del conocido trabajo de ONG internacionales como Médicos Sin Fronteras, organizaciones ligadas a la Iglesia Católica, Universidades y Organizaciones académicas (APA; UC Davis, etc.).

- c) **Brasil:** Tal como lo promueve parte importante de su cultura popular, Brasil es un país plural, conformado como nación a partir de las migraciones tanto forzadas, de esclavos africanos, como voluntarias de colonos de diversas nacionalidades que hicieron de esta potencia, un país habituado a la diversidad. Sin embargo, esta trayectoria histórica no cancela las tensiones raciales, económicas y políticas que se desencadenan en torno a la migración y tal como sucede en otros países, numerosos son los obstáculos que deben superar los actuales migrantes internacionales en el proceso de integración social en el territorio. Tal como ha sucedido en otros países sudamericanos, entre el año 2010 y el 2015 la población de migrantes en Brasil creció en un 20% (66), sin embargo, la población extranjera sigue siendo un porcentaje menor respecto a la población local en tanto no superan el millón de personas, que representa menos del 0,3% del total. Hasta el año 2015 la población haitiana era la que más había crecido en el país, situación vinculada a la presencia de tropas de paz brasileñas en Haití precedentemente y que podría haber cambiado en los últimos años, dada la crisis venezolana que ha forzado a desplazarse a un número importante de personas a Brasil. De hecho, como explicitan autores del área (67), la migración en Brasil es extremadamente dinámica y está asociada directamente las fluctuaciones políticas y económicas del país, que lo han hecho pasar rápidamente de país receptor de migraciones a país generador de las mismas. A pesar de que la mayor parte de los desplazamientos son voluntarios y podrían calificarse como “migraciones económicas” Brasil presenta también un número importante de refugiados. Al año 2016, Brasil poseía 8.863 refugiados de 79 nacionalidades diversas, liderados por Siria, Angola y Colombia. Frente a esta realidad el país ha generado algunos estudios sobre la situación de salud mental de los refugiados (68) evidenciando la falta de evidencia presente en el continente. De hecho, no obstante su larga experiencia en el tema y la relativa apertura de la política migratoria brasileña, el país carece de una estructura institucional de acogida, con excepción de iniciativas federales como las de Sao Paulo, región que concentra el mayor número de inmigrantes del país. Ahí, fruto de la movilización de los movimientos sociales y organizaciones de gestión municipal, se logró instalar y mantener una Red de Centros de Referencia y Acogida de Migrantes y Refugiados, sostenida también a partir del Servicio Franciscano de Solidaridad. Este programa promueve la integración de migrantes a los servicios nacionales de salud y el acceso de las familias a los programas de atención primaria y salud familiar, también dan asesorías en temas de salud, vivienda y educación. En conjunto con la Secretaría Nacional de Derechos Humanos, el Ministerio del Trabajo y los servicios de salud, se articularon también una serie de iniciativas para la prevención de la trata de personas y toda forma de esclavitud a la que pudieran estar siendo sometidas

las poblaciones migrantes más vulnerables (67). No conocemos, hasta la fecha, sistematizaciones de resultados de dicha intervención.

Conclusiones y recomendaciones

El recorrido aquí trazado ha querido observar el tema de la salud mental migrante no sólo desde las evidencias generadas en términos académicos, sino también desde las intervenciones que se están llevando a cabo y desde los debates que han surgido en las múltiples disciplinas implicadas en la gestión de un tema complejo. En este recorrido se ha querido evidenciar que la naturalización de la migración como una experiencia asociada a la patología mental contiene un riesgo no menor de estigmatización y aplicación de estereotipos sobre las formas de entender a los sujetos “otros” que representan los migrantes. El diálogo entre antropología y psiquiatría que da origen a la etnopsiquiatría y la psiquiatría transcultural han develado la importancia que adquieren los contextos históricos, sociales y políticos en la generación del sufrimiento psíquico, así como en su control y tratamiento. Interrogar nuestras formas de entender a los migrantes, detener el juicio respecto a los estereotipos que se forma en torno a la migración son pasos esenciales en la construcción de nuevas epistemologías capaces de actuar interdisciplinariamente en el tratamiento de un fenómeno multidimensional y global que no se detendrá. Generar competencias adecuadas para el trabajo con migrantes, así como fortalecer políticas públicas intersectoriales, capaces de responder a los diversos ámbitos implicados en la integración social parecen ser claves para lograr revertir las vulnerabilidades que se crean a partir de la experiencia migratoria. Los acuerdos que hemos analizado recomiendan entender los riesgos de la migración para la salud mental como parte de las condiciones en que ésta se realiza que, como se ha indicado, trascienden temporalmente el momento de partida e implican grupos sociales completos y no sólo individuos migrantes. En este sentido, la conclusión de este capítulo lleva a afirmar que, si bien no existen patologías mentales específicas para la migración, los riesgos que suponen las condiciones en que ésta se está llevando a cabo son enormes, dadas las múltiples formas de violencia que viven estos sujetos y aún poco se está haciendo para la promoción de su salud en general y salud mental en particular, especialmente en América Latina. Igualmente, la articulación de estrategias regionales puede ser clave para obtener mejores resultados, dada la dinamicidad del fenómeno migratorio en la región americana y las interconexiones que hemos visto, entre los diversos países del continente. En fin, frente a este panorama, las recomendaciones que emergen de la evidencia aquí recogida pueden resumirse en lo siguiente (Inspirado en recomendaciones OMS (2018) “Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Technical guidance” (17)) :

1. Para la atención de salud mental de migrantes:

- a. Considerar factores protectores y de riesgo para la salud mental desde una perspectiva espacial y temporal multidimensional:
 - i. Antes de la partida: exposición a guerras y persecución, crisis económicas, inseguridad alimentaria, falta de subsistencia básica, crisis ambientales o catástrofes naturales. Durante el viaje: Abusos sexuales, secuestro, extorsión, hambre, actividad criminal, redes de tráfico humano.
 - ii. Llegada: Dificultad en regularizar la situación migratoria, hostilidad de la sociedad y de la política pública contra grupos migrantes, dificultad de acceso a bienes básicos.
 - iii. Inserción de largo plazo: Pobreza, desempleo, dificultades lingüísticas, inseguridad urbana, falta de acceso a derechos básicos, aislamiento social.
- b. Factores protectores:
 - i. Antes de la partida: Alto nivel educativo, capital social acumulado, redes migratorias pre-existentes, visión positiva de la migración, posibilidad de elegir el destino migratorio.
 - ii. Durante el viaje: Visión del viaje como una inversión colectiva, “lucha” por la propia vida y la de los demás, acceso a información, seguridad, capacidad de elegir rutas y vías de acceso seguras y legales.

- iii. Llegada: Acceso a derechos ciudadanos, subsistencia básica, empleo, leyes e informaciones transparentes, promoción de un ambiente de seguridad e integración social en la política pública.
- iv. Inserción de largo plazo: Integración social, nuevas oportunidades, imaginar un futuro seguro y establecer continuidad y comunicación con el lugar de origen sin deber “elegir” un único mundo de pertenencia.

2. Para los equipos de salud mental:

- a. Promover atenciones interdisciplinarias en la que los expertos “psi” dialoguen con otras figuras de referencia importantes para los/as migrantes como líderes comunitarios, agentes de medicina tradicional, líderes religiosos, trabajadores sociales, educadores.
- b. Integrar el uso de mediadores lingüísticos específicamente preparados para el trabajo en ambiente sanitario y en intervenciones clínicas que permitan validar y triangular el trabajo terapéutico con pacientes provenientes de grupos culturales diversos.
- c. Promover la participación social en salud, a través de intervenciones comunitarias de prevención que permitan visibilizar riesgos y factores protectores en las comunidades migrantes, favoreciendo la colaboración con líderes y representantes locales.
- d. Promover las intervenciones miradas en grupos vulnerables, como los niños, niñas y adolescentes y la población refugiada que presentan experiencias específicas y riesgos más altos en torno a su salud mental.
- e. Promover acciones intersectoriales que permitan asegurar los distintos ámbitos de la integración social y dar un mensaje coherente de contención frente a los miedos y angustias propias de la experiencia de separación que implica la migración.
- f. Integrar la preparación académica de futuros interventores en el manejo de comunidades multiculturales.

3. Para la investigación:

- a. Transitar desde una óptica centrada en la prevalencia de patologías psiquiátricas hacia la caracterización del fenómeno migratorio local, sus necesidades, percepciones de salud mental y expectativas en el país de origen y de llegada.
- b. Fomentar investigaciones interdisciplinarias con metodologías mixtas que permitan superar los límites disciplinarios que aparecen en las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora.
- c. Realizar investigaciones en grupos particularmente vulnerables: adolescentes, niños y niñas; población refugiada; población en tránsito.
- d. Profundizar en la caracterización del fenómeno a nivel local y regional, aumentando el número de estudios en América Latina, sobre salud mental migrante y las recomendaciones para intervenciones que de éstos puedan emanar.

4. Sheller, M., Urry, J. Mobilizing the new mobilities paradigm. *Applied Mobilities*, 2016;1(1):10-25.
5. Urry, J. Mobile sociology. *The British journal of sociology*. 2000; 51(1): 185-203.
6. Kalir, B. Moving subjects, stagnant paradigms: can the 'mobilities paradigm' transcend methodological nationalism? *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2013;39(2):311-327.
7. Beneduce, R. *Frontiere dell'identità e della memoria: etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo* Milan: FrancoAngeli;1998.
8. Levine R. *Psychological anthropology: a reader on self in culture*. Sussex: Wiley Blackwell; 2010.
9. OIM Informe sobre migraciones en el mundo 2018. disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf [acceso 24 abril 2020]
10. Odegaards O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr et Neurol* 1932; 7(1): 206-5.
11. Harrison G, Owens D, Holton A, Neilson D, Boot D. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological medicine*. 1988; 18(3):643-57.
12. Littlewood R. Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Social Science & Medicine*. 1992; 34(2):141-149.
13. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 2008; 23:14-20.
14. Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 2005; 9(365):1309-1314.
15. Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and health*. 2016; 12(1): 47.
16. Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Report. World Health Organization. Regional Office for Europe.
17. Hutchinson, G., Haasen, C. Migration and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004; 39(5), 350-357.
18. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):29-70.
19. Van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(3):477-82.
20. WHO. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Technical guidance disponible en <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018> [acceso 25 abril 2020]
21. Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P., & Díaz, B. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista médica de Chile*. 2011; 139(10):1298-1304.
22. Astorga-Pinto, S. M., Cabieses, B., Calderon, A. C., McIntyre, A. M. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev. Inst. Salud Pública Chile*. 2019; 3(1): 21-31.
23. Cabieses, B., Bernaldes, M., McIntyre, A. M. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. 2017. Santiago: Universidad del Desarrollo.
24. Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R., Caqueo-Úrizar, A. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia psicológica*. 2015; 33(2): 139-156.
25. Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Rev. Med. Chile* 2013; 141(10):1255-1265
26. Fajardo, M., Patiño, M. I., Patiño, C. Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*. 2008; 1(1):39-50.
27. Berry, J. W., Kim, U., Power, S., Young, M., Bujaki, M. Acculturation attitudes in plural societies. *Applied psychology*, 1989; 38(2):185-206.
28. Berry, J. Psychology of acculturation. En J. Berman (ed.) *Cross-cultural perspectives: Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press. 1990. p. 457-488.
29. Yañez, S., Cárdenas, M. Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud & Sociedad*, 2010; 1(1): 51-70.
30. Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *American Psychologist*, 2010; 65(4): 237- .
31. Insapach, C. Medical dissertation on nostalgia by Johannes Hofer, 1688. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, 1934; 2(6): 376-391. Retrieved June 9, 2020, from www.jstor.org/stable/44437799.
32. De Diego, F. F., Ots, C. V. Nostalgia: a conceptual history. *History of psychiatry*. 2014; 25(4), 404-411.
33. Descuret, J. B. F. La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion. Lab; 1844.
34. Beneduce, R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci; 2007.
35. Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., Sartorius, N. Recovery from schizophrenia: An international perspective: A report from the WHO Collaborative Project, the international study of schizophrenia. Oxford: University Press; 2007.
36. Gonzalez Pardo, Palma Beltrán García. Paradoja de la esquizofrenia en el mundo desarrollado: mejores tratamientos, peores resultados. Conference paper. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323030057_Paradoja_de_la_esquizofrenia_en_el_mundo_desarrollado_mejores_tratamientos_peores_resultados [acceso 21 abril 2020; 2012].
37. Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Anderson, K. Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(12): 1226-1233.
38. Moreno, G. P., Engel, J. L., Polo, S. A. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención primaria*, 2007; 39(11): 609-614.
39. Abu-Lughod L. *Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society*, 30th Anniversary Edition. Oakland: University of California Press, 2016, 384 pp.
40. Lumbraeras, C. C. Emociones y cultura árabe. *Summa Psicológica UST*, 2007; 4(2): 69-80.
41. Mangado, E. O., Muelas, N. V., Suárez, M. L. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista clínica española*. 2005; 205(3): 116-118.
42. Coppo, P. *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri; 2003.
43. Murphy, H. B. M. Current trends in transcultural psychiatry; *Proc. roy. Soc. Med.* 1973; 711-717.
44. Prince, R. H. Transcultural psychiatry: personal experiences and Canadian perspectives. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2000; 45(5): 431-437.
45. Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Pottie, K. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj* 2011; 183(12):959-967.
46. Beneduce, R. Frantz Fanon, decolonizzare la follia. *Scritti sulla psichiatria coloniale*. Verona: Ombre Corte; 2011.
47. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI, 1978.
48. Fanon, F. *An cinq de la révolution algérienne*. Paris: La Découverte ; 2011.
49. Fassin, D. Les politiques de l'éthnopsychiatrie. *La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*. *L'homme*, 153 : 231-250.
50. Confaloni, E. «La promozione della salute nella popolazione migrante in Toscana: Un impegno di messa a sistema.» en http://nx.alberodellasalute.org/wp-content/gallery/Art_9_CONFALONI-Petri_Rivista_20-043.pdf [acceso 23 abril 2020]

51. Carreño Calderón, A. C. Le silence indigène dans l'espace biomédical: pratiques de (des) obéissance et autonomie. *Connexions*, 2018; (1), 71-83
52. Spencer S, (Ed.). *Refugees and other new migrants: a review of the evidence on successful approaches to integration*. Oxford: Centre on Migration, Policy and Society; 2006 https://www.compas.ox.ac.uk/2006/er-2006-integration_refugees_uk_ho/ [acceso 29.04.2020]
53. Nicolao, J. Migraciones intrarregionales en Sudamérica. Reporte. En http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/ari53-2011 [acceso 22 abril 2020]; 2011.
54. Sánchez R, Arellanez JL, Pérez V, Rodríguez S. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración en la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*. 2006; 29(1):35-43.
55. Aguilera RM, Carreño MS, Juárez F. Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*. 2004; (6):57-66.
56. Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G., Obregón-Velasco, N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud mental*, 36(2): 115-122.
57. Chávez AM, Macías LF, Palatto H, Ramírez L. Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*. 2004; (2):15-20.
58. Vilar Peyrí, E., Eibenschutz Hartman, C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2007; 6(13): 11-32.
59. Fortuna, L. R., Álvarez, K., Ortiz, Z. R., Wang, Y., Alegría, X. M., Cook, B. L., Alegría, M. Mental health, migration stressors and suicidal ideation among Latino immigrants in Spain and the United States. *European psychiatry*. 2016; 36: 15-22.
60. Romo-Martínez, P., Salcedo-Rodríguez, P. E., Fomina, A., Sandoval-Aguilar, M., Zumaya, N., Cortazar, L. A., Jiménez-Mendoza, A. Prevalencia de desesperanza y factores sociodemográficos de migrantes mexicanos repatriados. *Enfermería universitaria*. 2018; 15(1): 55-62.
61. García, A. G. Análisis antropológico del desplazamiento forzado: huyendo de la violencia en el Triángulo Norte de Centroamérica. Cruzando México por la ruta de Tenosique, Tabasco (Doctoral dissertation, Universidad de León); 2018.
62. Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F., Santillanes-Allande, N. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud pública de México*, 2015; 57(3): 227-233.
63. De Jesus, M., Hernandez, C. Generalized Violence as a Threat to Health and Well-Being: A Qualitative Study of Youth Living in Urban Settings in Central America's "Northern Triangle". *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(18): 3465-3482.
64. Herrera M. Factores condicionantes del acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito: el caso de Tijuana (tesis). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2010.
65. Infante C, Idrovo A, Sanchez-Dominguez M, Gonzalez-Vazquez T. Violence committed against migrants in transit: experiences on the Northern Mexican border. *J Immigr Minor Health* 2012;14(3):449-459.
66. De Jesus, M., Hernandez, C. Generalized Violence as a Threat to Health and Well-Being: A Qualitative Study of Youth Living in Urban Settings in Central America's "Northern Triangle". *International journal of environmental research and public health*, 2019; 16(18), 3465-3472.
67. OIM, Lineamientos estratégicos para el abordaje de salud migrantes en tránsito por Mesoamérica. Report. Disponible en: <https://rosaniose.iom.int/site/sites/default/files/Lineamientos%20Estrat%C3%A9gicos%20para%20el%20Abordaje%20de%20la%20Salud%20de%20las%20personas%20Migrantes%20en%20Tr%C3%A1nsito%20por%20Mesoam%C3%A9rica%202017.pdf>. [acceso 15 abril 2020]; 2017.
68. Rivera-Farfán, C. Del tránsito interrumpido a la deportación. Niñas, niños y adolescentes centroamericanos viajando solos hacia Estados Unidos. *Entre Diversidades. Revista de ciencias sociales y humanidades*. 2018; (11): 9-35
69. Politze. Migração No Brasil: Quem Vem Para O Nosso País? Disponible en: <https://www.politize.com.br/migracao-no-brasil-quem-vem-para-ca/> [acceso 29 abril 2020]
70. Dantas, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, 2017; (114): 55-70
71. Galina VF, Silva TB, Haydu M, Martin D. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21:297-308.

Sección 2

EVIDENCIA CIENTÍFICA Y GRIS INTERNACIONAL



CAPÍTULO 6

Interculturalidad en salud desde la medicina social y la salud pública global: una revisión de literatura

Báltica Cabieses. PhD, enfermera-matrona, epidemióloga social, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl

M. Eliana Correa Matus. BSc, enfermera, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Docente carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. me.correa@udd.cl

Javiera Flaño Olivos, Médica Familiar y Máster en Salud Global. Médica en Cesfam San Alberto Hurtado, Médica de residencias espejo en Santiago de la estrategia Covid-19 del Senama, Colaboradora en Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. jflano@uc.cl

La medicina social y la salud pública global han sido enfoques que han centrado su atención en los procesos sociales que impactan en la salud de las poblaciones. Dada la heterogeneidad de la conformación de las sociedades actuales, producto de un fenómeno acelerado de globalización, estos enfoques pueden aportar al estudio de la salud de comunidades diversas, y de manera especial en poblaciones migrantes internacionales. Estas diversidades deben ser reconocidas y atendidas, para lo que un enfoque social de la salud intercultural se vuelve necesario para atender las necesidades de la comunidad migrante internacional. El propósito de este capítulo es desarrollar un análisis sobre los conceptos de medicina social y salud pública global y su estrecha relación con interculturalidad en salud para poblaciones migrantes internacionales, a través de una búsqueda de literatura libre y una revisión científica en las bases de datos Web of Science y PubMed. El desarrollo de este capítulo se divide en tres partes: primero elabora un marco conceptual e histórico del desarrollo de los conceptos de salud pública global y medicina social. Segundo, se realiza un análisis de los artículos seleccionados en la revisión bibliográfica (n=30), los cuales fueron categorizados según los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la ONU para el 2030 y seleccionando aquellos que involucran de forma explícita el cuidado de la salud y metas específicas vinculadas a migración internacional. Tercero, se realiza una discusión de los resultados del apartado anterior vinculándolo con los desafíos identificados en torno a la interculturalidad en pos de la inclusión y una mejor atención de salud de población migrante. Se reconocen desafíos comunitarios, de la atención de salud específica, en el desarrollo de políticas públicas y recolección de información de estas comunidades, y desafíos para el desarrollo de investigación que involucre los enfoques revisados. Al finalizar, se identifican recomendaciones que emergen de la literatura para la incorporación de interculturalidad desde estos enfoques y otros temas emergentes relevantes.

Palabras clave: Emigración e Inmigración, Medicina Social, Salud Global, Salud pública.

Abstract

Social medicine and global public health have focused their attention on the social processes that impact the health of populations. Given the heterogeneity of how the current societies formed, product of an accelerated phenomenon of globalization, these approaches can contribute to the study of health in diverse communities, especially in international migrant populations. These diversities must be recognized and addressed; a social approach to intercultural health becomes necessary to meet the needs of the international migrant community. This chapter aims to develop an analysis on the concepts of social medicine and global public health and its close relationship with interculturality in health for international migrant populations, through a search of literature and scientific review in the databases Web of Science and PubMed. This chapter is divided in three main segments: first a conceptual and historical framework of the development of the concepts of global public health and social medicine. Second, an analysis of the articles selected in the bibliographic review (n = 30), which were categorized according to the sustainable development goals proposed by the UN for 2030, and choosing those that explicitly involve health care and specific goals related to international migration. Third, a discussion of the results of the previous section linking it with the challenges identified around interculturality in pursuit of inclusion and better health care for the migrant population. We identify community challenges specific to healthcare attention, the development of public policies, the collection of information from these communities, and the development of a research that involves the revised approaches. Finally, we identify recommendations that emerge from the literature to the incorporation of interculturality from these approaches to other relevant emerging issues.

Keywords: Emigration and Immigration, Social Medicine, Global Health, Public Health.

Se ha reconocido de manera amplia en la literatura, y durante la historia, que los contextos sociales impactan de manera compleja, dinámica y multidimensional en las condiciones de salud de las poblaciones. Es así como diversas miradas han contemplado lo social y cultural como parte de los procesos de salud-enfermedad. En este capítulo se abordará la mirada social de la salud a través de dos corrientes: la medicina social y la salud pública global. Estos conceptos han tenido diversas definiciones teórico-conceptuales y permiten acercarse a la salud pública considerando los acelerados cambios sociales productos de la globalización, lo que ha requerido la flexibilidad, adaptación y entrenamiento de los sistemas de salud y sus profesionales.

Tanto la medicina social como la salud pública global se relacionan en profundidad con la perspectiva de interculturalidad en salud, entendiendo ésta como la existencia y búsqueda de una relación entre miembros de grupos culturales diferentes basadas en el respeto y simetría relacional, a través de la horizontalidad en el diálogo (1). La interculturalidad contempla la diversidad presente en las sociedades modernas y la necesidad de reconocer y dialogar con estas diversidades para la implementación de políticas y estrategias con el objetivo de promover la salud y bienestar de las poblaciones. La globalización desafía a las sociedades a abordar la interculturalidad en sus diversas prácticas, incluida la atención de salud. La migración internacional, como fenómeno social y componente de la globalización, hace necesaria y urgente la incorporación de un enfoque intercultural en el ámbito sociosanitario. El marco amplio de la medicina social y la salud pública global brindan un marco contextual útil y relevante para esta integración de la interculturalidad en la atención de salud a poblaciones migrantes internacionales.

El enfoque de medicina social reconoce la importancia de los procesos sociales en el impacto de la salud de las personas y comunidades. Diversas disciplinas biomédicas y de salud han hecho uso de este concepto y lo han desarrollado. Existen discusiones del origen de la medicina social y de qué es lo social de la medicina, las cuales revisaremos en este capítulo. Por otra parte, la salud pública global forma parte de la salud pública y su estudio e intervenciones en la salud en las poblaciones, ampliándose a territorios más allá de las fronteras, unificando políticas y lineamientos de acción para el cuidado de la salud de la población global. Se amplían las fronteras y límites de las intervenciones y políticas públicas para el cuidado de la salud, reconociendo la salud y la enfermedad como fenómenos globales. Las enfermedades que pueden surgir en un extremo del mundo rápidamente pueden viajar e instalarse en otros territorios, siendo necesario desplegar estrategias que atraviesen fronteras. Al igual que la medicina social, la salud pública global es un concepto amplio, con diferentes teorías respecto a su origen y desarrollo, comprendiendo variadas definiciones y conceptualizaciones.

El abordaje de los conceptos de medicina social y salud pública global se vuelve relevante para la comprensión del fenómeno migratorio relacionado con la salud, en sus procesos de búsqueda y atención. La migración internacional ha sido parte de la globalización y sus acelerados cambios, y ha requerido una rápida adaptación con desarrollo de diversas estrategias, por parte de los distintos países para poder garantizar el derecho a la salud, elemento fundamental y reconocido por ambas miradas teóricas. Dentro del desafío que significa la migración internacional para los diversos territorios, se suma el desafío de la interculturalidad, tanto en los procesos sociales en general como en la atención en salud en particular. Se vuelve necesario que las estrategias desplegadas por los distintos países para garantizar el derecho a la salud conlleven de manera formal y explícita un enfoque intercultural, reconociendo las diversidades producto de esta globalidad propia del mundo actual, y entregue un cuidado con sensibilidad intercultural.

El propósito de este capítulo es desarrollar un análisis sobre los conceptos de medicina social y salud pública global y su estrecha relación con la interculturalidad para poblaciones migrantes internacionales, a través de una búsqueda de literatura gris y una revisión científica en las bases de datos Web of Science y Pubmed. Este capítulo recopila información teórica y conceptual sobre los conceptos de medicina social y salud pública global, su historia y desarrollo, y entrega información respecto al desafío que significa el abordaje de la interculturalidad a través de estas miradas. Para lograr esto, el cuerpo de este capítulo se compone por tres secciones: la primera define estos conceptos, explora su desarrollo histórico y territorial, presenta sus principios rectores y desarrolla donde confluye la mirada global de la salud y bienestar de las poblaciones a través de la agenda 2030 propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2), tomando algunos de los objetivos de desarrollo sostenibles propuestos por la Organización de las Naciones que deslumbran desafíos globales relacionadas a la atención de la salud y a la migración internacional. La segunda parte de este capítulo corresponde a una revisión bibliográfica de evidencia científica sobre estos conceptos, identificando

temáticas relevantes en el rubro de la investigación, y las enfrenta a los objetivos de desarrollo sostenible mencionados en el apartado anterior. La tercera parte y final del cuerpo de este capítulo contempla una discusión de los autores sobre la presencia del enfoque de la interculturalidad en la literatura descrita previamente, identificando dónde están los desafíos globales para su desarrollo con población migrante internacional.

Metodología

La metodología de revisión bibliográfica considerada en este capítulo cuenta de dos partes. La primera consta de una revisión de literatura clásica y literatura gris, no estructurada, sobre conceptos de medicina social y salud pública global, considerando sus definiciones, historia, desarrollo, principios rectores, y su mirada global desde salud y bienestar. A raíz de la información recopilada se genera un marco teórico que desarrolla y analiza estos conceptos en relación con la interculturalidad en salud.

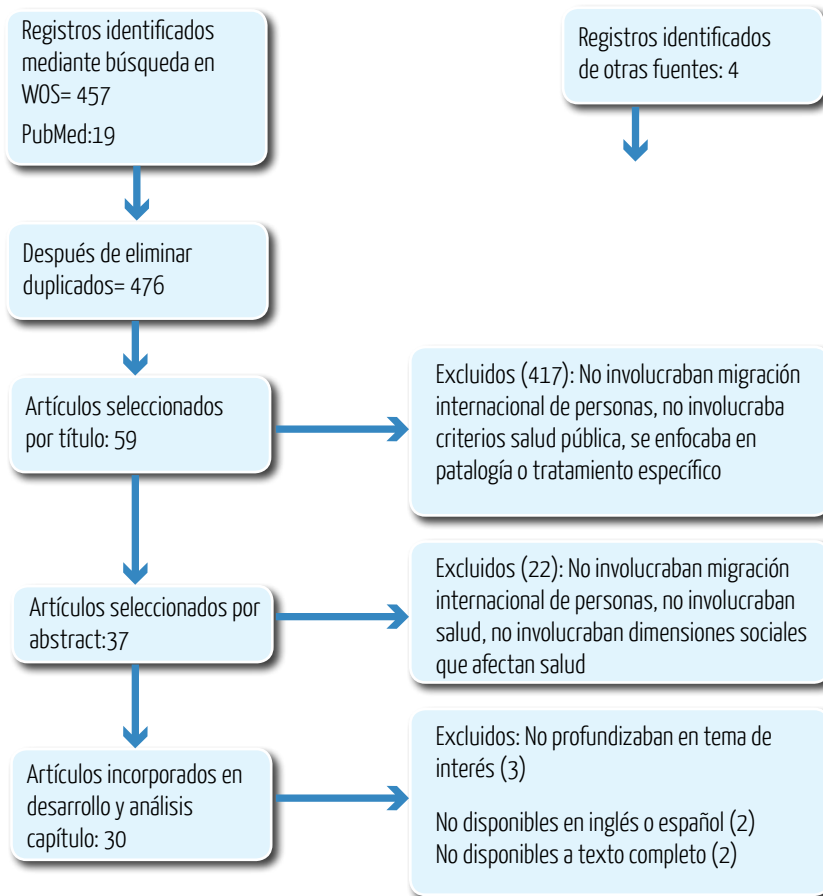
La segunda parte consta de una revisión crítica de literatura científica a través de las bases de datos Web of Science y PubMed, con el objetivo de identificar desde la literatura temáticas e iniciativas que involucran las miradas de la medicina social y la salud pública global en la salud de migrantes internacionales, identificando temas relevantes en la investigación de estas corrientes con esta población. Para esto, se realizaron cuatro estrategias de búsqueda bibliográficas, dos en Web of Science y dos en PubMed (Tabla 1). Las búsquedas fueron realizadas durante el mes de julio del año 2020, en la búsqueda de Web of Science se incorporaron solo revisiones sistemáticas, y en la búsqueda en PubMed se acotó la ecuación de búsqueda y no se utilizaron filtros. Además, se hizo una búsqueda libre en PubMed para incorporar información específica sobre inequidades de género en salud de migrantes internacionales, obteniendo 4 artículos que respondieron a este objetivo.

Tabla 1: Estrategias de búsqueda para la revisión de literatura científica

Base de datos	Búsqueda	Ecuación de búsqueda	Resultados búsqueda
Web of Science	#1	(Global Public health) AND (Migration)	437
Web of Science	#2	(Social Medicine) AND (migration)	20
PubMed	#1	("Social medicine" OR "social health") AND ("intercultural" OR "transcultural" OR "multicultural") AND ("migrants and transients" OR "immigrants" OR "refugees" OR "asylum seekers" OR "migrants")	9
PubMed	#2	("global public health" OR "international health") AND ("intercultural" OR "transcultural" OR "multicultural") AND ("migrants and transients" OR "immigrants" OR "refugees" OR "asylum seekers" OR "migrants")	10

Para la selección de artículos a incorporar al desarrollo de este capítulo, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: (i) artículos que contemplaban la salud de poblaciones migrantes internacionales y (ii) artículos con un abordaje desde salud pública o medicina social. Se excluyeron artículos que no incluyeran la migración internacional y aquellos que profundizaban en pruebas diagnósticas o tratamientos específicos. Para la selección de artículos primero se leyeron títulos y se aplicaron criterios de inclusión, posteriormente se leyeron los resúmenes de los títulos seleccionados, seleccionándose 37 artículos, los cuáles se buscaron y revisaron a texto completo, quedando finalmente 30 artículos para incorporar en el desarrollo y análisis de este capítulo (Figura 1).

Figura 1: Flujograma de búsqueda bibliográfica



Desarrollo de bases conceptuales: Medicina Social y Salud Pública Global

Medicina Social

La medicina social puede entenderse como el estudio de la salud y enfermedad en su contexto social y, por lo tanto, incorpora diversas disciplinas para el estudio y comprensión de estos procesos, reconociendo las consecuencias que los aspectos sociales tienen en los resultados en salud. Dentro de los temas de interés y estudio de la medicina social se encuentran la estructura social y económica de los sistemas que brindan atención en salud, las políticas en salud y la clínica holística, en relación con lo que concierne a las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes en sociedades culturalmente diversas (3). La medicina social tiene sus orígenes en el siglo XIX en Europa, su desarrollo se inicia en paralelo en varios países, sin embargo, se atribuye en gran parte al patólogo Rudolf Virchow a quien se le reconoce por sus estudios acerca de cómo las condiciones sociales de una población influyen en los resultados de enfermedad y mortalidad, concluyendo que, para poder intervenir en estos resultados, eran necesarios cambios sociales y no netamente sanitarios (4). Es Virchow a quien se reconoce como uno de los precursores que inició las investigaciones de las raíces sociales del proceso salud-enfermedad en Europa, específicamente con relación al estudio de una epidemia de Tifus en Silesia (4,5).

Diversos autores proponen que la medicina históricamente se ha practicado en un contexto social, reconociendo que como disciplina tiene raíces sociales, desde la época de Hipócrates en el año 400 A.C. (6). Se reconocía que las condiciones en que las personas

vivían y sus formas de comportarse eran significativas para el ejercicio de la medicina (6). Luego habría venido la era positivista y mecanicista de la biología y tecnología, donde los grandes avances científicos impactaron en la práctica de la medicina y su visión de la salud se volvió más técnica, de base individual-biológica y aislada de la esfera social. Posteriormente evolucionó a una mirada aún más específica e hiper-especializada, profundizando en la medicina celular y biología molecular, fragmentando el cuerpo, y olvidando que las células pertenecen y forman parte de seres humanos (6). De esta manera, se ha propuesto que la medicina tiene raíces sociales, las cuales posteriormente con el avance de la biomedicina y la especialización se pierden, para luego volver a retomarse y considerarse en la salud de las poblaciones a través de la mirada de la medicina social. En su retorno contemporáneo se vuelve a poner atención en las condiciones socioeconómicas, el género, las condiciones y necesidades perinatales de los seres humanos y el ciclo vital como aspectos significativos para el desarrollo de la salud (6).

Por otra parte, Foucault rechaza la idea anterior del origen social de la medicina, contemplando que la medicina comienza como una disciplina que pone atención en lo individual, tomando el cuerpo como objeto de estudio para la búsqueda de salud; y que posteriormente evoluciona a través de tres fases: una bio-historia que centra la atención en el nivel biológico; luego la medicalización de la vida, conducta y existencia humana; y finalmente la economía de la salud, contemplando como el mejoramiento y consumo de la salud se integran en el desarrollo económico de las sociedades (7). Es a partir de este último punto que Foucault propone que la medicina se vuelve social y colectiva al preocuparse de la salud de los cuerpos que sostienen la actividad económica de la sociedad, a través del surgimiento del capitalismo, contemplando el cuerpo como objeto de producción y fuerza de trabajo (7). Existirían, de esta manera, divergencias según algunos autores clásicos respecto al origen de la medicina social y su desarrollo histórico.

Dentro de la medicina social aparece el concepto de determinantes sociales de la salud, que hace referencia a las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, incluyendo los sistemas de salud, y que pueden influir de manera directa e indirecta en la salud de las personas y comunidades (8). Estas condiciones son resultado de la distribución de los recursos, el poder y el dinero a nivel local, nacional y mundial, que dependerá del diseño de las políticas públicas y la estratificación jerárquica de los grupos sociales (8). El modelo de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone distintos niveles de determinantes: (i) determinantes estructurales de las inequidades en salud (correspondiente a políticas públicas y macroeconómicas, cultura y valores sociales), (ii) determinantes intermedios (nivel socioeconómico y jerarquización de las sociedades), (iii) determinantes individuales o proximales de la salud (circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos) (9). De esta manera los determinantes sociales de la salud logran explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias dentro y entre países. En muchos casos, dichas diferencias se califican como injustas y evitables, dando espacio al eje o perspectiva particular de las inequidades sociales en salud (8). Se ha reconocido ampliamente en la literatura científica reciente a la migración como un determinante social de la salud que impacta en la salud de poblaciones móviles y que debe considerarse en la formulación de estrategias para el desarrollo de su salud y bienestar (10).

Según algunos autores como Iriart y Waitskin, la teoría de la medicina social se caracteriza y diferencia de la salud pública tradicional en las unidades de medida/estudio, en los tipos de análisis y en las metodologías empleadas en su investigación, tanto cuantitativas como cualitativas. Por otro lado, la medicina social tiene una dimensión práctica, donde se utiliza el concepto "Praxis" para referirse a la combinación entre la teoría (pensamiento) y la práctica (acción). Dentro de la medicina social, los problemas se enfrentan con un encuadre teórico-metodológico colectivo, dentro del cual se incluyen unidades de análisis sociales, pero también individuales, siendo las características del grupo analizadas dentro del contexto social que las determina. La medicina social, a diferencia de la salud pública, toma como su unidad de medida a la población y a las instituciones sociales, mientras que la salud pública se enfoca principalmente en la población (11). Por lo tanto, las unidades de medida utilizadas pueden analizarse según características como clases sociales, clase económica, participación política, entre otras. El foco y la atención están puestas en la raíz social de los problemas de salud, y, por tanto, aborda sus soluciones con un enfoque en intervenciones sociales más allá del ámbito específico de la salud, viendo como parte de la solución la inclusión y trabajo con la comunidad y diferentes colectividades, desafiando las estructuras sociales, económicas y políticas que serían parte del origen y de las raíces sociales del proceso salud-enfermedad (12,13).

En Latinoamérica la medicina social se desarrolla a partir de un grupo de académicos, investigadores del campo de la salud y organizaciones populares que se encontraban disconformes con el modelo económico imperante y comenzaban a cuestionarse

la crisis de la salud pública producto de este modelo (11). A pesar del crecimiento según los indicadores macro-económicos en la mayoría de países de Latinoamérica, se observaba un deterioro en los indicadores sociales, incluidos los referentes a salud, observándose notorias diferencias en salud entre las clases sociales e inequidades en el acceso a los servicios de salud (11). El modelo de la medicina social en Latinoamérica ha permitido abordar los contextos sociales e históricos de los problemas de salud, con atención en la producción económica y los determinantes sociales de la salud, a través de la vinculación con la investigación y la práctica política, permitiendo innovaciones para la resolución de algunos problemas importantes de esta época (11). En 1984 se constituye formalmente la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), una organización política sin fines de lucro conformada por personas vinculadas a la teoría y ejercicio de la Medicina Social y Salud Colectiva (nombrada así en Brasil) en América Latina (14). Los objetivos de ALAMES se orientan a potenciar y cohesionar el pensamiento de la medicina social-colectiva en el continente, ante la problemática sanitaria mundial, a través de la investigación, docencia, servicios de salud, trabajo directo con grupos de la población y acción solidaria (14).

En un ejercicio crítico que confrontaba con los modelos biomédicos y salubristas existentes la medicina social latinoamericana se fue construyendo una identidad propia, que se fundó en una teoría social materialista relacionada a las profundas inequidades sociales y que postulaba una causalidad social en el proceso de salud-enfermedad y se articulaba con una postura política, proponiendo una transformación social profunda (que más tarde devino en la determinación social de la salud) (15). Esa postura original de la medicina social en Latinoamérica impulsó al replanteamiento de algunos fundamentos teóricos de la sociología médica y a la crítica de los fundamentos del saber epidemiológico, dando paso al desarrollo de una epidemiología crítica y a la incorporación de las ciencias sociales en el campo de la salud, abriendo de esta manera nuevos debates en este campo disciplinar (15).

Distintos países de Latinoamérica han empujado el rubro de la medicina social, con sus diferentes debates y enfoques. Un ejemplo es el caso de Brasil, con la Salud Colectiva, que se ha considerado un campo de estudio, proceso organizativo y un espacio social (16). Así en 1979 se forma la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) con el objetivo de actuar como mecanismo de apoyo y articulación entre los centros de formación e investigación en Salud Colectiva para el fortalecimiento mutuo de las entidades asociadas y para ampliar el diálogo con la comunidad técnico-científica y resaltar los servicios de salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y sociedad civil (17). Siendo Brasil un país que ha propulsado la salud colectiva en la región y que ha tenido importantes resultados, como lo ha sido la reforma sanitaria y creación del Sistema Único de Salud (18). Otro país que ha desarrollado la medicina social/salud colectiva en Latinoamérica y ha impulsado el movimiento ha sido Argentina, que ha incorporado la discusión de la medicina social en la salud mental de la población y la importancia de considerar la esfera social y su impacto en su desarrollo (18). En Ecuador, se ha desarrollado en relación a la medicina social el abordaje de la epidemiología crítica entendida como el conjunto de ideas, prácticas y condiciones que conforman un movimiento que entiende la salud como un proceso complejo que incluye los procesos de la sociedad que definen la forma de vida y procesos sociales/individuales de los sujetos (19). Esta epidemiología crítica se sustenta en tres categorías de análisis: (i) la determinación social de la salud, (ii) la reproducción social y (iii) el metabolismo sociedad-naturaleza, aportando nuevas dimensiones teóricas a la medicina social (19). La determinación social de la salud observa la salud desde su proceso histórico, multidimensional y complejo que abarca la producción de condiciones de salud y vida, cuyo desarrollo se produce en medio del movimiento entre la naturaleza y la sociedad, sometido a relaciones productivas de un sistema social de acumulación de poder y cultura (19). La reproducción social busca operacionalizar la clase social para la interpretación del movimiento de las condiciones y distribuciones de las poblaciones, sus modos de vida y reconceptualizar el espacio social y geográfico (más allá del estrato social o clasificación socioeconómica que ha utilizado la epidemiología convencional) (19). El metabolismo sociedad-naturaleza propone la integración de lo biológico y lo social, que por oposición dialéctica se han manejado en espacios sociales históricamente determinados, correspondiendo a diferentes órdenes de reproducción social (19). De estas formas, Latinoamérica ha ido desarrollando su Medicina Social/Salud Colectiva desde su historia común, experiencias y realidad local, complejizando esta forma de entender la salud y diversificándola.

Salud Pública y Salud Global

La disciplina de la salud pública ha tenido varias definiciones en la historia, las que han ido cambiando con los años y adaptándose al contexto y las necesidades de las poblaciones. La salud pública hoy es definida por la Organización Mundial de la Salud como

“el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar, la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo” (20). A través de estudios de la National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reconocen once funciones esenciales de la salud pública en las Américas, cuyo objetivo principal es mejorar la salud de las poblaciones (20). Estas funciones corresponden a: 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud; 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3. Promoción de la salud; 4. Participación de los ciudadanos en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación en salud pública y finalmente la 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (20).

Tras el apogeo de la globalización y sus múltiples consecuencias en salud asociadas, se han creado nuevas áreas de estudio dentro de la salud pública, donde se encuentra el campo particular de la salud global. Existen varias definiciones de salud global, siendo la más utilizada aquella propuesta por Jeffrey Koplan (2009), quien la define como “un área de estudio, investigación y práctica que prioriza el mejoramiento de la salud y el logro de equidad en salud de la población mundial. La salud global enfatiza temas transnacionales de salud, sus determinantes y soluciones; comprende múltiples disciplinas dentro y más allá de las ciencias de la salud, promueve la colaboración interdisciplinaria y es una síntesis de la prevención a nivel poblacional con el cuidado individual de la salud” (21). La salud global surge como una corriente que, por un lado, de forma teórica establece puentes entre los determinantes globales y la salud, y por otro, se condiciona del contexto político internacional y los derechos humanos, dos factores decisivos para la salud de la población mundial (22). De esta forma la salud global surge y se desarrolla a partir de dos fenómenos: la perspectiva global, en su relación conceptual y filosófica, y la gobernanza, en su vínculo con la realidad política y la praxis de la salud global (22). Se reconoce que la globalización trae beneficios y potenciales daños a la salud, producto de la interdependencia entre organizaciones y personas que forman parte de la humanidad, lo que trae amenazas a la salud pública global, como las crisis económicas mundiales, las guerras, desplazamientos y conflictos ideológicos, entre otros. De esta forma las personas del planeta comienzan a formar parte de una sociedad única (22).

El concepto de salud internacional, por su parte, surge en el siglo XX y tiene sus raíces en el período colonial, con las movilizaciones humanas, guerras y comercio a finales del siglo XIX (23). Se piensa que el concepto de salud internacional se origina formalmente con la creación de la comisión de salud internacional creada por la fundación Rockefeller en 1913, y posteriormente se establece a través de instituciones internacionales como en la fundación de la Organización Mundial de la Salud en 1948 (23). La salud internacional aplica principios de salud pública a los problemas sanitarios de países más pobres, generando intervenciones desde países desarrollados para ir en ayuda de países menos desarrollados, con una visión reconocida por muchos como imperialista y paternalista, y una acción institucional que es unidireccional (22). De esta forma toma en cuenta las relaciones internacionales y políticas neoliberales en salud pública, pero establece su propia mirada y abordaje. Se diferencia de la salud pública global puesto que en esta última el énfasis está puesto en el desarrollo de políticas públicas globales, centrado en los derechos humanos, con una filosofía altruista y política que busca lograr una justicia global y una salud pública mundial a través de una acción internacional transectorial y transnacional, que contempla y busca estar presente en todos los escenarios de salud global afrontando los determinantes sociales de la salud (22). No existe una definición teórica de la salud pública global, algunos autores, en este sentido, proponen que la salud global podría ser la evolución del concepto de salud internacional, complejizándose a raíz de una mayor comprensión y análisis del fenómeno de la globalización y sus múltiples efectos en salud (22). Y se propone que, a diferencia de la salud internacional, la salud global debe incluir las condiciones de salud y riesgos que afectan a la mayoría de sus países, independiente de su nivel de desarrollo. En la línea de la salud internacional, la Organización Panamericana de la Salud tiene un Programa de Líderes en Salud Internacional que busca fortalecer las capacidades de los países en las Américas para comprender, actuar e influir en los determinantes internacionales de la salud de manera positiva, promoviendo sus intereses y concertando acciones de salud intersectoriales en los ámbitos internacionales, guiados por el principio de una mayor equidad global en salud (24).

En algunas ocasiones también se ha confundido el concepto de salud global con otras temáticas estrechamente relacionadas, como

la medicina tropical. Esta se enfoca en un área específica de estudio, que nace en el siglo XIX en Europa, luego de que los exploradores volvieran de los trópicos y hablaran de enfermedades desconocidas entonces para ellos. Se inicia el estudio de estas y se define la medicina tropical en relación con la identificación, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades predominantes en climas tropicales abarcando áreas de la entomología, parasitología, medicina clínica, epidemiología y salud comunitaria. Al igual que la medicina internacional, se le han atribuido connotaciones en sus orígenes de colonialismo, pues se asociaba al estudio de enfermedades de países subdesarrollados (o de bajos ingresos), generalmente de origen infeccioso y de presencia endémica.

En Latinoamérica la salud pública se ha visto intervenida por acontecimientos regionales, presiones globales y acciones institucionales e iniciativas privadas, a pesar de la existencia de iniciativas más autóctonas (como la mesoamericana de salud pública y la medicina social latinoamericana), lo que ha impactado en el desarrollo de la salud pública global desde un enfoque local (22). Han sido variados los esfuerzos en Latinoamérica por asumir posiciones más autónomas, que difieran de clásicas posturas anglosajonas que rigen la salud pública más clásica o convencional. De esta manera, la salud global ha permitido comprender como factores globales impactan en las condiciones y desarrollo de salud en Latinoamérica, contemplando contextos sociales y económicos (22).

Los conceptos anteriormente descritos, abarcan en sus definiciones, en mayor o menor medida, como los contextos y condiciones tanto de los individuos como de las sociedades, influyen y determinan sus resultados en el proceso de salud-enfermedad. Por otro lado, cobra relevancia su relación con la interculturalidad, como parte de los desafíos de la globalización y la diversidad cultural en los diferentes territorios del mundo. Particularmente, en Latinoamérica, se vuelve necesario señalar que la interculturalidad como parte de la salud pública global, va más allá de la diversidad asociada a los pueblos originarios y etnicidad (25). Habiendo revisado este marco teórico conceptual, se desprende que la salud contempla diferentes definiciones que van desde lo individual a lo colectivo, lo social y lo biológico, situándose siempre dentro de un contexto histórico, social y cultural el cual no puede invisibilizarse, pues es parte del proceso salud-enfermedad. Hoy en día creemos que disminuir las inequidades en salud es un imperativo ético y el abordar los problemas de salud con un enfoque de determinantes sociales tiene como objetivo aminorar estas inequidades sociales en salud poblacional.

Principios rectores en medicina social y salud pública global

Existen principios que se encuentran de manera transversal en las miradas de la salud como fenómeno social a través de la medicina social y la salud pública global y que rigen su abordaje. Dentro de estos principios rectores podemos encontrar:

Derechos humanos: En 1948 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprueba y proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este documento expresa los derechos básicos de todas las personas, salvaguardando estos derechos y libertades fundamentales de todo ser humano. De esta manera, se reconocen la justicia, libertad y paz en el mundo a través del reconocimiento de la dignidad intrínseca de todas las personas y sus derechos iguales e inalienables (26). La salud ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho humano, que incluye el acceso oportuno, asequible y aceptable a los servicios de atención de salud con una calidad atingente a las necesidades de la población (27). Posteriormente, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce y sienta bases en el marco legal internacional para el derecho de la salud. Este derecho humano fundamental también ha estado contenido en numerosas constituciones de diferentes países (28), lo que recalca su implicancia en salud global e internacional. El derecho a la salud involucra a su vez el acceso al tratamiento, medicamentos, condiciones de vida seguras que promuevan salud y bienestar (cómo agua potable, vivienda segura, sanidad, entre otras), involucrando a su vez libertades en aceptar un tratamiento y no ser discriminado, volviéndose mucho más complejo (28). Siendo obligación de los Estados Naciones velar por el cumplimiento de este derecho para las poblaciones que habitan en sus territorios.

Pese al amplio reconocimiento de la salud como derecho humano y sus complejos componentes, persisten las dificultades en el acceso oportuno a salud y su cumplimiento según lo normado, por parte de las poblaciones más vulnerables (27), lo que ha sido un tema de estudio de la medicina social, contemplando las inequidades en salud.

Equidad: El término equidad ha tenido diversas definiciones y abordajes teóricos y filosóficos, lo que da cuenta de su complejidad

y profundidad. La palabra equidad deriva de la palabra “aequus” cuyo significado es “igual”, relacionándose con la igualdad en diversos contextos (29). La equidad surge desde la teoría de la justicia social, y en relación a la equidad en salud surge de la justicia sanitaria (29). La equidad en salud es más que la distribución justa de la salud y asistencia sanitaria, debe ser entendida como un ámbito multidimensional, que contempla las condiciones de vida en sus diversos escenarios para que el desarrollo de la salud y bienestar sea equitativo. De esta forma, la equidad en salud se verá influenciada por contextos sociohistóricos y su presencia/ ausencia se relacionará con la pobreza, ingreso económico, educación, acceso a agua potable y condiciones de higiene, nutrición y también con el sistema sanitario y la atención en salud (29). De esta manera, la equidad en salud se compone de dos ámbitos relacionados directamente: el ámbito de la salud, el cual a su vez se compone de tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad y resultados de salud) y el ámbito social de la salud, que se compondrá de los determinantes sociales de la salud expresado en condiciones concretas de vida de los grupos sociales (29). De esta forma la equidad en salud resulta un tema esencial en el desarrollo de la medicina social, y a su vez, del enfoque intercultural, que busca incorporar la equidad en la horizontalidad en las relaciones y resultados sociales.

Bienestar social: El concepto teórico de bienestar social ha tenido diversas miradas y significados teóricos a lo largo de la historia. Eugenio Actis (30) hace referencia al bienestar social como una relación y orden social en el que todas las personas alcanzan logros que les favorecerán tanto de forma individual como colectiva, dentro de los cuales se identifican el gozar de una buena salud, la seguridad ciudadana, el acceso a educación, el acceso a un trabajo de agrado y habitar un hogar en adecuadas condiciones (30). Estos logros y dimensiones permitirán a las personas realizarse individual y socialmente. El bienestar social en relación a la salud se entiende como la capacidad de adaptarse a desafíos emocionales, físicos y sociales y de cuidarse a uno mismo, más allá de solo la ausencia de enfermedades o problemas de salud (30).

Por otro lado, Corey Reyes (31) plantea que el bienestar social corresponde a “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (31) y señala que se compone de 5 dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social (32). La integración social corresponde a la evaluación de la calidad de las relaciones que las personas mantienen con la sociedad y comunidad. La aceptación social se relaciona con sentirse parte de la comunidad, contemplando la confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, aceptando los aspectos positivos y negativos de nuestras vidas. La contribución social se vincula con que la relación social mencionada anteriormente vaya acompañada de sentirnos útiles, de sentirnos un miembro vital en la sociedad, teniendo algo para ofrecer al desarrollo comunitario y que ese aporte sea valorado. La actualización social se centra en que la sociedad y sus instituciones son organismos dinámicos, en constante cambio y evolución con el fin de alcanzar nuevas metas que pueden beneficiar a todos para alcanzar el bienestar. Se relaciona con la confianza que las personas tienen de este progreso y cambio social, confiando así en el futuro y potencial desarrollo de la sociedad. La coherencia social se relaciona con la dimensión anterior de confianza, sumándose la capacidad de que las personas comprendan la dinámica desarrollada por la sociedad en busca del bienestar. Contempla informarse de lo que ocurre en el mundo y lograr entender lo que sucede a nuestro alrededor (32).

Calidad de vida: No existe una definición única sobre calidad de vida, lo que demuestra la complejidad de su teorización y estudio. La OMS define calidad de vida en función de la percepción del individuo respecto al lugar que ocupa en el entorno cultural y sistema de valores que habita, en relación con sus expectativas, objetivos y preocupaciones. Todo ello involucrado con su salud física, psicológica, su nivel de independencia, sus creencias personales, sus relaciones sociales con otros y los factores ambientales que le rodean (33). Con el fin de poder evaluar la calidad de vida de las personas la OMS propone 5 esferas: física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad (33).

A pesar de ser muchas las definiciones y conceptualizaciones de calidad de vida, la mayoría confluyen en que se trata de una apreciación subjetiva de cada individuo respecto a diversas áreas de su vida, involucrando en torno a estas su satisfacción, expectativas, necesidades y bienestar (34,35). Ardila (35) propone una definición de calidad de vida integradora que contenga las distintas dimensiones planteadas por diferentes autores, proponiendo como definición “Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social” (35). Dentro de los aspectos subjetivos de la calidad de vida menciona la intimidad, expresión

de emociones, seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. En los aspectos objetivos Ardila menciona el bienestar material, las relaciones armónicas con el entorno físico y social, con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (35).

Es importante entender la salud como una dimensión dentro de la calidad de vida, toda vez que se reconoce como objeto de estudio de la medicina social y la salud pública. La calidad de vida relacionada con la salud se relaciona con el grado de satisfacción que tiene una persona con su salud y situación física y emocional, más allá de la ausencia de enfermedad (36). Contemplando una dimensión subjetiva (cómo la persona valora su salud) y una objetiva (cómo es su estado de salud), se propone que ambas dimensiones son relevantes para la evaluación e intervención de la salud de las personas desde un abordaje integral, que involucre a su vez la cultura e historia (36).

Buen vivir: Buen vivir se ha definido como una oportunidad de construcción de una sociedad sustentada en la convivencia del ser humano en armonía y diversidad con la naturaleza, a partir del reconocimiento de los valores culturales diversos existentes en cada territorio (37). Se ha vinculado al desarrollo sostenible de las sociedades y el concepto surge en América Latina al final de los años 90 potenciado por los movimientos sociales particularmente de pueblos indígenas latinoamericanos y contemplando un plan de desarrollo armónico con el medio ambiente (37). De esta forma el buen vivir ha tenido diversas conceptualizaciones en pueblos originarios latinoamericanos, como kúme mongen en la cultura mapuche, sumak kawsay en pueblo quechua, entre otros. Los pueblos proponen el buen vivir como vivir en plenitud, en armonía con los ciclos de la tierra y el cosmos, en equilibrio con toda forma de existencia a través de un permanente respeto (37). Este concepto en su esencia se relaciona con el bienestar social al contemplar el bienestar y equilibrio de todos los seres y su entorno, buscando así un bienestar colectivo. De la misma manera, su reconocimiento y discusión involucra a la interculturalidad en la relación simétrica y la valorización de las distintas culturas y valores que cohabitan en los territorios latinoamericanos.

Gobernanza: La gobernanza, más allá de la acción de los gobiernos sobre una región, hace referencia al marco de normas, instituciones, y prácticas establecidas que establecen los límites e incentivos para el comportamiento de las organizaciones y personas en la sociedad (38). No se ha logrado unificar una conceptualización de gobernanza para América Latina, donde se ha abordado en relación con la participación ciudadana, políticas públicas en salud y su lógica territorial, los recursos hídricos en regiones andinas, la lucha contra la pobreza, entre otras dimensiones. La fortaleza de la gobernanza recae en la relación entre el estado y la sociedad (38). La salud pública global se interesa en cómo esta se relaciona desde los poderes del estado, cómo recoge las necesidades sociales y cómo estructura soluciones en pro de una mejor salud para la población. Esto se consigue por medio de un enfoque social en el fenómeno de la salud, concibiendo los determinantes sociales, entornos, recursos, entre otras dimensiones, y reconociendo su impacto en la salud poblacional.

Democracia: La democracia es un concepto complejo que se ha abordado de diversas perspectivas. Si se considera únicamente la democracia como un método, Ferrajoli (39) menciona que esta constaría de reglas sociales que aseguran, a través del sufragio universal y el principio de mayoría, la “representatividad popular” de las decisiones tomadas por una sociedad (39). Esto puede llevarse al ámbito político-social, tomando en consideración la participación social y ciudadana en la toma de decisiones en diferentes aspectos. Ferrajoli refiere que para que un sistema sea realmente democrático “se requiere que a la mayoría le sea sustraído el poder de suprimir el poder de la mayoría” (39). De esta manera, los grupos humanos no deberían tener la posibilidad de sustraer el poder de elegir y decidir sobre un aspecto social al resto de la comunidad. La democracia debe estar presente en la toma de decisiones en la salud colectiva, mediante la participación social, contemplando las necesidades de la población en el desarrollo de políticas públicas dirigidas a mejorar el bienestar y desarrollo de la salud. Por otra parte, la participación social debe contemplar a todas las personas que habitan un territorio y su diversidad.

Paz: Se ha considerado la paz como la tranquila convivencia de los individuos en las sociedades que garantizan derechos, justicia y libertad (40). La paz garantiza derechos y una convivencia no violenta y civilizada, que no excluye necesariamente conflictos, pero en una sociedad en paz estos se resuelven y enfrentan a través de acuerdos (40). Se ha relacionado profundamente la paz con la salud, afirmando Franco (40) que “la salud es a las personas lo que la paz es a la sociedad” (40). Tanto la salud como la paz son consideradas derechos inherentes al ser humano, de esta forma colaboran en el desarrollo del bienestar y buen vivir de las personas

y comunidades. El estado debe velar por el derecho a la paz de las sociedades, asegurando una resolución de conflictos no violenta, sin repercusiones negativas en el bienestar de la población (40).

La paz, en conjunto con la justicia e instituciones sólidas, se encuentra dentro de los objetivos de desarrollo sostenibles declarados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (41). El objetivo es promover sociedades pacíficas e inclusivas que permitan el desarrollo sostenible, facilitando el acceso a la justicia para todos, creando instituciones responsables, eficaces e inclusivas (42). Propicia, de esta manera, el velar por la tranquilidad y seguridad de las poblaciones en toda su diversidad. Para el cumplimiento de este objetivo la ONU refiere que se requiere de instituciones públicas inclusivas y eficaces que puedan proporcionar asistencia sanitaria y educación de calidad, además de aplicar políticas económicas que sean justas y brinden protección al medio ambiente (42).

Mirada global de salud

Se observa de manera transversal en los conceptos revisados anteriormente una mirada global de la salud, contemplando los aspectos sociales, culturales e históricos que la afectan, y cómo la globalización ha diluido las fronteras, impactando los diversos acontecimientos sociales, económicos y políticos de distintos países a la población global. Dentro del reconocimiento del fenómeno global presente en el bienestar y desarrollo de las poblaciones dentro de todo el mundo, se encuentran los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016 a través de la “Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”. Esta agenda consiste en un conjunto de 17 objetivos de desarrollo sostenible y 169 metas complementarias que se esperan cumplir para el año 2030, con el objetivo de “no dejar a nadie atrás”. Estos objetivos tienen como propósito mejorar las vidas de las personas en todo el mundo, a través de un programa de desarrollo sostenible y un nuevo acuerdo mundial, entendiendo este como un desarrollo que “satisface las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades” (43). De esta manera, se busca un desarrollo social que aporte a construir un futuro sostenible e inclusivo para las personas y el planeta, a través de la armonización de tres elementos centrales: la inclusión social, el crecimiento económico y la protección ambiental (43). La agenda 2030 reconoce la migración como un aspecto crucial en el desarrollo mundial, reconociendo a migrantes internacionales como agentes de desarrollo y también como un grupo potencialmente vulnerable (2). Es por esta razón que algunos objetivos de desarrollo sostenible consideran dentro de sus metas desafíos puntuales referentes a migrantes internacionales.

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible, es posible identificar algunos dirigidos a mejorar la salud de las poblaciones de forma explícita e implícita, y otros que incorporan dentro de sus metas específicas a población migrante internacional, tal y como se presentan a continuación:

Objetivo 2. Poner fin al hambre: En la actualidad se estima que el 8,9% de la población mundial padece hambre. La pobre nutrición en niños menores de 5 años causa cerca de la mitad de las muertes en este grupo etario. Por estas razones es urgente poder proveer alimentos a la población que sufre hambre en el mundo, concentrada principalmente en el continente de Asia. Por otro lado, se encuentra el desafío de la seguridad alimentaria, contemplando la seguridad, por un lado, de los trabajadores agricultores (la agricultura es el mayor empleador del mundo) y por otro, seguridad en el procesamiento de alimentos (44).

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades: A pesar de los importantes avances que se han logrado los últimos años en la mejora de la salud de las poblaciones, aún persisten desigualdades en el acceso a la atención de salud. Como problemas importantes de abordar dentro de este objetivo, se encuentra la morbilidad y mortalidad infantil, la salud materno-infantil y el tratamiento y cuidado de enfermedades infectocontagiosas (como VIH-SIDA). El acceso a la salud es un derecho humano, por lo que se busca que esté sea igualitario para todas las personas del mundo sin importar su situación socioeconómica (45). En relación con este último punto, se ha abordado que migrantes deberían incluirse en la cobertura sanitaria universal y en todas las metas de salud (2), logrando así la equidad de salud para todas las poblaciones.

Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos: La educación permite la movilidad socioeconómica ascendente, siendo esta una clave para salir de la pobreza. Se han alcanzado

grandes avances para ampliar el acceso a la educación a nivel mundial. No obstante, cerca de 260 millones de niños en el mundo aún no estaban en la escuela en el 2018 (cerca de la quinta parte de la población mundial de este grupo etario) (46). Dentro de las metas de este objetivo se encuentra la 4.5 que busca “asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y formación profesional para las personas vulnerables incluidas” esto incluye a niños y niñas migrantes vulnerables (47). Además, la meta 4.B espera aumentar de forma considerable el número de becas disponibles a nivel mundial para los países en desarrollo, con el fin de que sus estudiantes puedan matricularse en programas de enseñanza superior de países desarrollados y otros países en desarrollo, aumentando así la movilidad estudiantil internacional (2). Esto incrementa las oportunidades de educación superior a personas de países menos desarrollados y contribuye a incrementar la transferencia de conocimientos (2). A su vez, tener acceso a una mejor escolaridad promueve mejores puestos laborales e ingresos, influyendo en la salud y bienestar de las poblaciones, incluyendo a aquellas constituidas por migrantes internacionales.

Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas: La equidad de género es un derecho humano fundamental y uno de los fundamentos esenciales para poder construir un mundo pacífico, sostenible y próspero. Se han conseguido algunos avances durante los últimos años, pero aun así existen brechas entre hombres y mujeres, quedando las mujeres en desventaja en diversas áreas de la vida. Lidian con trabajos de cuidado no remunerado, en algunos países aún obligan a casarse a niñas menores de 18 años, en 30 países aún se practica mutilación genital femenina, en 18 países esposos pueden impedir de manera legal que sus esposas trabajen, en 49 países no existen leyes que protejan a las mujeres de la violencia doméstica, entre otras desigualdades y desprotecciones (48). Dentro de este objetivo esta la meta 5.2 que tiene relación con mujeres migrantes internacionales que propone: “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en los ámbitos público y privado, incluida la trata y explotación sexual y otros tipos de explotación” (2). Esta meta permite visibilizar y trabajar para controlar y eliminar la explotación y trata de mujeres y niñas a través de fronteras.

Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos: En el mundo, tres de cada diez personas carecen de acceso a servicios de agua potable, perjudicándose su salud. Las mujeres y niñas son las encargadas en el 80% de los hogares sin acceso a agua potable de recolectar el agua. Cerca de 4 billones de personas carecen de acceso a servicios básicos de saneamiento. Estos hechos tienen un fuerte impacto en la salud de las comunidades, cerca de mil niños mueren cada día por enfermedades diarreicas asociadas a la falta de condiciones de higiene en la vivienda (49). Se espera lograr un acceso universal y equitativo al agua potable y servicios de higiene y saneamiento adecuados para el año 2030.

Objetivo 8. Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todos: Promover el desarrollo económico inclusivo permite la erradicación de la pobreza, a través de empleos estables y bien remunerados. Según la Organización Internacional del Trabajo la cifra de personas desempleadas en el 2015 ascendía a más de 204 millones (50). Esto está estrechamente relacionado con la pobreza y condiciones precarias de vida que dificultan el desarrollo del bienestar y una salud equitativa. En relación a la migración, dos metas de este objetivo involucran a población migrante: La meta 8.5 plantea al 2030 lograr un empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos y todas (2). La movilidad laboral tiene el desafío de promover trabajos decentes y que no pongan en riesgo a personas migrantes, siendo este un determinante social de la salud. La meta 8.7 busca adoptar medidas inmediatas y eficaces para la erradicación del trabajo forzoso y trata de personas, buscando poner fin al trabajo infantil en todas sus formas (2). Migrantes internacionales se ven expuestos a estas vulnerabilidades laborales que condicionan su bienestar en el país de destino. Y la meta 8.8 busca explícitamente “proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores incluidos los trabajadores migrantes, en particular mujeres migrantes y personas con empleos precarios” reconociendo la vulnerabilidad en este ámbito de esta población y la urgencia de su abordaje (2).

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en y entre los países: La desigualdad en y entre los países es una gran causa de preocupación internacional. A pesar de que se ha logrado la disminución de desigualdades en algunos aspectos, como en los ingresos en algunos países o estatus comercial, las desigualdades persisten en la mayoría de los países en los cuales existe evidencia. La desventaja ha incrementado en las poblaciones vulnerables, en países donde hay sistemas sanitarios más deficientes y en aquellos donde se enfrentan crisis humanitarias. Dentro de estos grupos vulnerables se encuentran los migrantes, refugiados, pueblos indígenas, ancianos, personas con discapacidad y niños y niñas (51). Además, en estas sociedades tienden discursos de odio crecientes que excluyen y perpetúan las desigualdades sociales en estos grupos, lo que vuelve urgente un enfoque intercultural. Dentro

de las metas de este objetivo se encuentra la 10.7 que busca facilitar la migración y movilidad ordenadas, regulares, seguras y responsables de las personas, mediante políticas migratorias bien gestionadas y planificadas (2). Se reconoce que como parte de la reducción de desigualdades es necesaria una gobernanza efectiva de la migración. Además, la meta 10.C propone al 2030 reducir al menos en un 3% los costos de transacción de las remesas de migrantes (2). Las remesas constituyen oportunidades y desafíos económicos y sociales para migrantes internacionales y forman parte de una ayuda económica importante a familias transnacionales.

Objetivo 16. Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas: Los conflictos, las instituciones débiles y el acceso limitado a la justicia continúan siendo una grave amenaza para un desarrollo sostenible. El número de personas que huyen de conflictos como guerras y persecuciones superó los 70 millones en el 2018, siendo la cifra más alta jamás registrada (52). Como se revisó previamente, la paz forma parte del desarrollo de la salud y bienestar de las poblaciones. Por otra parte, se debe garantizar una participación inclusiva, otorgando justicia y paz a todas las comunidades. Dentro del objetivo 16 se encuentra la meta 16.2 que busca poner fin al maltrato, explotación, trata y cualquier forma de violencia y tortura hacia los niños y niñas, y que se ha vinculado directamente con la migración internacional (2). Por otro lado, de manera indirecta, el objetivo 16 incluye metas relevantes para migrantes internacionales como la meta 16.7 que busca “garantizar la adopción de todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades” donde los migrantes internacionales deben ser incluidos de forma proactiva en los aspectos de toma de decisiones. Y la meta 16.9 insta a los Estados para el 2030 a “proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular el registro de nacimientos” (2), lo que ayudaría a acabar con la irregularidad entre las personas migrantes, especialmente entre sus hijos, permitiendo obtener permisos de residencia y los derechos inherentes (2).

Objetivo 17. Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible: Todos los objetivos de desarrollo sostenible solo se pueden alcanzar a través de asociaciones mundiales sólidas y de cooperación. Es necesario establecer asociaciones inclusivas en todos los niveles (local, nacional, regional, mundial) sobre sus valores y principios (53). Dentro de las metas de este objetivo que involucran población migrante internacional se encuentra la meta 16.18 que busca “mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingreso, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales” (2). Esta meta reconoce la importancia de mejorar los datos en todos los temas migratorios, ya que existen importantes lagunas relativas a la precisión, cantidad, comparabilidad, puntualidad u accesibilidad de los datos sobre migración, los que permitirían facilitar los procesos de tomas de decisiones e intervenciones que favorezcan a esta población (2).

A través de estos objetivos planteados por la ONU, se pueden dilucidar desafíos en la atención de diversas necesidades para alcanzar un desarrollo sostenible, considerando aspectos vinculados a la salud y población migrante. En relación con las temáticas que estos objetivos abordan directamente vinculadas a población migrante podemos encontrar la movilidad estudiantil, la trata y explotación de seres humanos, la migración laboral y el empleo, la gobernanza de la migración, las remesas y los datos sobre la migración (42). A continuación, en el siguiente apartado se desarrollarán los resultados de una búsqueda bibliográfica de bases de datos científicas sobre migración y su relación con la medicina social y la salud pública global, vinculándolos con los desafíos identificados en estos objetivos para su posterior conexión con el enfoque de interculturalidad en salud.

Revisión de literatura científica

A partir de una revisión de literatura científica en la base de datos Web of Science sobre los conceptos de medicina social y salud pública global y su relación con migración internacional, se identificaron los principales temas abordados por la investigación internacional sobre la salud de migrantes internacionales vinculado a estos enfoques. La mayoría de los artículos se trataban de revisiones de literatura de distintas naturalezas. Luego de la selección de artículos guiada por los criterios de inclusión anteriormente señalados, se consideraron 30 artículos a texto completo para realizar este análisis, los que se organizaron en categorías basadas en los objetivos de desarrollo sostenible que hacían mención explícita al cuidado de la salud (ODS 3) y a aquellos que explicitaban la migración internacional en alguna de sus metas (ODS 5,8,10,16,17), reconociendo la globalidad de los conceptos abordados en

la revisión. A continuación, se presenta la evidencia encontrada organizada por grupos temáticos que despliegan estos objetivos de desarrollo sostenible.

Desafíos globales vinculados con la salud y el bienestar de migrantes internacionales

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible que tienen relación directa con el desarrollo de la salud de las poblaciones identificamos el objetivo 3 que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar. Dentro de la literatura revisada los artículos provenían de países como Estados Unidos, Reino Unido, Japón, Canadá, Portugal, Australia e Italia. Para este objetivo podemos vincular lo que la literatura internacional identifica como desafíos para la población migrante internacional.

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Dentro de este objetivo de desarrollo sostenible se explicitan como problemas importantes a abordar en la salud pública global la morbilidad y mortalidad infantil, la salud materno-infantil y el tratamiento y cuidado de enfermedades infectocontagiosas. Esto se condice con las principales temáticas encontradas en la búsqueda bibliográfica respecto a la salud de migrantes internacionales, sumándose a estas la preocupación por la salud mental de migrantes y refugiados. Se identifican 11 artículos que desarrollan estos aspectos.

En relación a la salud de niños y jóvenes migrantes se identifican como tópicos importantes el consumo de alcohol, tabaco y uso de sustancias en jóvenes, los desórdenes alimenticios y sobre peso, los problemas en la salud mental y bienestar emocional, condiciones de salud específicas, el efecto migrante sano y el acceso y experiencias de este grupo en la atención de su salud (54,55). Se menciona a la familia y la cantidad de tiempo en el país receptor como factores importantes que influyen en el desarrollo de conductas y hábitos en salud de niños y niñas (54). Se reconoce la influencia de las experiencias del proceso migratorio en la salud mental y bienestar emocional, contemplando el contexto en el que se migra, dando el ejemplo de niños refugiados o solicitantes de asilo y la experimentación de problemas como Trastorno de Estrés post traumático (TEPT) y la prevalencia de mayor ansiedad y depresión. También se documenta sobre la inclusión en las escuelas y las experiencias de discriminación y su impacto en salud mental (54,55). Sobre las experiencias de los niños con los servicios de salud, estos autorreportan experiencias insatisfactorias vinculadas con barreras de acceso, idiomáticas, de trato y administrativas (54). Se reconoce la importancia de conocer los factores que impactan en el bienestar de niños y jóvenes durante todas las etapas del proceso migratorio, indagando en sus experiencias, ya que estas serán determinantes para el desarrollo de su salud, se destacan las condiciones antes de migrar, en los estresores que existen en el traslado y factores en etapa post-migratoria en el país de acogida (55). Se recalca la invisibilización en la literatura científica de niños, niñas y jóvenes migrantes y la importancia de considerar sus experiencias sobre cada una de las etapas del proceso migratorio (54,55).

Respecto a la salud mental de migrantes internacionales, la mayoría de los estudios encontrados abordaban esta dimensión, identificándose barreras y facilitadores, así como factores protectores y de riesgo, para el desarrollo de su salud mental. Las principales barreras para el desarrollo de bienestar mental tienen relación con estrés por procesos de aculturación, barreras en la comunicación y diferencia idiomática, falta de redes de apoyo social y sanitario, la discriminación, el estrés laboral y bajos ingresos. Algunos estudios señalaron además el ser mujer como factor de riesgo, vinculado a estresores relacionados con la aculturación y la crianza y cuidado de los hijos (56,57). Dentro de los facilitadores y factores protectores para el desarrollo de salud mental positiva en el país de acogida de migrantes internacionales se mencionan contar con redes sociales y de apoyo (como vivir con la familia, redes en el trabajo, mantener contacto con amigos y comunidad migrante), la satisfacción en el trabajo, una fuerte identidad cultural y una adaptación cultural positiva, y llevar más tiempo residiendo en el país de destino (57). Se destacan más fuertemente el impacto que tiene el proceso de aculturación en la etapa de asentamiento en la salud mental de migrantes internacionales y la presencia o ausencia de redes de apoyo.

Por otro lado, se describe la salud mental de migrantes solicitantes de asilo o refugiados, como una población con factores de riesgo específicos y mayor incidencia de problemas de salud mental, relacionado con las experiencias adversas de violencia, migración

forzosa, violencia sexual y de género en ocasiones experimentada en las etapas pre migratorias y de traslado. En un estudio realizado en Inglaterra se describen problemas de TEPT, depresión y ansiedad, y se clasifican e identifican los factores de riesgo socioambientales en el país de acogida en la fase post migratoria en siete dominios: condiciones laborales, redes sociales, clase económica condiciones de vivienda, cuidado y sistema de salud, identidad y relación con la comunidad, y el sistema de inmigración (58). Grandes factores de riesgo para la salud mental de esta población tienen relación con la experiencia de discriminación, el desempleo y el estrés post-migración (58). Una revisión realizada en Estados Unidos dio cuenta del uso de servicios de salud mental por parte de migrantes internacionales, donde se reportó un menor uso de estos servicios por parte de esta población versus la local, relacionado con la percepción de necesidad de atención en salud mental, situación migratoria y apoyo social (59). También se asociaron características sociodemográficas como edad, género, nivel educacional y estado civil. Por ejemplo, dentro de los grupos que más hicieron uso de estos servicios se encontraban las mujeres, personas con mayor nivel educacional, personas divorciadas, viudas o separadas, y aquellas que estaban en situación migratoria regular y/o contaban con seguro de salud (59). Se identifican barreras estructurales para el acceso a la atención de salud mental como la falta de seguro, el alto costo de la atención y la barrera idiomática (59).

En relación a la salud de mujeres y materno-infantil, la literatura mencionó que mujeres migrantes pueden tener mayores complicaciones y enfermedades en el embarazo y parto, algunas de ellas se relacionaron con las dificultades al acceso a atención de salud oportuna, a retraso de diagnósticos que pueden complicar el embarazo y su tratamiento relacionado con la barrera idiomática (60). Se reportaron mayores dificultades para la atención de mujeres en situación irregular o ilegal, teniendo estas mujeres mayores riesgos y complicaciones (60). Una revisión sistemática buscó indagar en las perspectivas de mujeres migrantes embarazadas sobre el cuidado y atención de su salud, dilucidando factores determinantes para el cuidado prenatal (barrera idiomática, acceso a servicios de salud, emociones negativas, falta de información y respeto por parte de profesionales de salud sobre sus prácticas culturales y creencias sobre el embarazo), conocimientos y comportamientos en el embarazo, experiencias de las mujeres durante el cuidado prenatal (tiempo de espera para consultar y recibir atención, idioma, disponibilidad de información, sensibilidad cultural de profesionales de la salud al momento de la atención), necesidades, accesibilidad y cuidado de salud recibido (apoyo emocional, financiamiento, redes de apoyo en el cuidado); y finalmente incidencia de depresión postparto y factores de riesgo (principalmente condiciones sociales que las rodean) (61). Se identificaron intervenciones para apoyar y facilitar la atención de embarazo de mujeres migrantes, como contar con facilitadoras lingüísticas mujeres, educación prenatal, equipos de salud multidisciplinarios entrenados en habilidades interculturales o provenientes de la misma cultura y que hablan la misma lengua (62). A su vez, se analizan diversos modelos de intervenciones de apoyo que se establecen desde la comunidad o en espacios de atención de salud primaria u hospitalaria. Los estudios concluyen la importancia de la sensibilidad cultural de profesionales de salud en estas atenciones y contar con facilitadores lingüísticos (62).

Otra área de interés de la salud pública global evidenciada en la búsqueda y relacionada con este objetivo de desarrollo son las enfermedades infectocontagiosas, dentro de las que destacó el estudio de la relación de poblaciones migrantes con la tuberculosis (TBC). La literatura señala que usualmente migrantes se desplazan desde países con mayores tasas de tuberculosis a otros donde la tasa es menor (63), lo que ha significado una preocupación global de salud pública. Los estudios abordaron sobre como las condiciones en que sucede el proceso migratorio en sus distintas etapas puede significar un riesgo para padecer TBC, incorporando la mirada social de la salud. Se reconocen factores de riesgo específicos con esta experiencia como la pobreza, malnutrición, estrés, inmunosupresión (incluyendo VIH/SIDA) y consumo de sustancias (63). Además, se destaca que migrantes pueden tener menor acceso a servicios de salud, dificultades legales, idiomáticas y pobre adherencia al tratamiento como consecuencia de las anteriores (63). Esto ha implicado que distintos países tomen medidas para prevenir el aumento de tuberculosis, como screening gratuito (a través de cuestionarios, pruebas microbiológicas, radiografías) a población migrante y refugiada, en algunos países de forma transversal y en otros en el caso de presencia de sintomatología o signos clínicos, buscando entregar tratamiento oportuno e inmediato en caso de que se pesquise la enfermedad, a través de los gobiernos (63). También se contempló la perspectiva de migrantes internacionales sobre la TBC y los programas implementados, dilucidando los conocimientos que manejan y las actitudes y creencias, identificando el miedo, la discriminación y estigma y el desconocimiento de la atención gratuita como barreras para buscar atención en salud y diagnóstico, además de dificultades en el acceso a la atención de salud vinculadas a situación migratoria y barreras idiomáticas (64). En común la mayoría de migrantes identifican la TBC como una enfermedad altamente contagiosa que puede ser severa, reportan experiencias de estigma y dificultad de comunicación con profesionales de salud, se destaca una falta

de sensibilidad cultural a la hora de brindar atención a esta comunidad (64). Se identifican necesidades comunes como atención de salud con pertinencia cultural, mejores condiciones de vivienda, mejores redes sociales y fuentes de información en su idioma (64).

Desafíos globales vinculados con la gobernanza de la migración y generación de políticas públicas

Si bien todos los objetivos de desarrollo sostenible que tributan a la migración internacional tienen relación con la gobernanza de la migración y generación de políticas, aquí se seleccionan dos donde se hace más explícita su presencia. Se encontraron artículos que hacen referencia principalmente al trabajo y condiciones de migrantes internacionales y su impacto en la salud, y artículos que señalan el desafío de contar con más información sobre migrantes internacionales para poder establecer iniciativas que atiendan a sus necesidades en base a una caracterización más profunda de esta población. Cinco artículos fueron incluidos en esta clasificación, principalmente provenientes de Reino Unido, Irlanda e Italia.

Objetivo 8. Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todos

En relación con el trabajo y las condiciones en que este sucede, la evidencia internacional documenta que los migrantes internacionales desarrollan más síntomas de ansiedad, estrés y depresión que trabajadores locales, presentando también afecciones musculoesqueléticas, respiratorias y de salud mental (65). También se reporta uso de sustancias y trastornos del sueño. Factores como el contexto socioeconómico y ambiente laboral pueden tener una gran influencia en su salud mental. En relación con el ambiente laboral, tener un bajo ingreso económico mensual, tener que trabajar en más de un lugar a la vez y más de 8 horas diarias afecta negativamente la salud y bienestar de trabajadores migrantes (64). El trabajo en contexto migratorio además dificulta la adaptación laboral, considerando la diferencia idiomática y cultural como gatillante de síntomas de estrés. Además, las barreras a la atención de salud dificultan la atención oportuna de estos padecimientos y se recalca que profesionales deben entrenarse para atender de forma sensible a trabajadores migrantes y evitar la discriminación (65). Un estresor importante en la satisfacción con el trabajo y la salud tiene que ver con que migrantes internacionales frecuentemente se encuentran sobrecalificados para los cargos que ocupan, no ejerciendo su carrera profesional y sus habilidades, lo que genera gran angustia y sentimientos como irritabilidad (64). Una revisión sistemática dio cuenta de que migrantes provenientes de países de bajos y medianos ingresos trabajaban principalmente en rubros como agricultura, trabajo doméstico, sectores de servicios y ventas, construcción y transporte, manufacturación y procesamiento (66), independiente de sus capacidades.

Por otro lado, las condiciones laborales precarias, con bajos ingresos y que ponen en riesgo la salud física y mental, es más frecuente en este grupo de la población, que a su vez autorreporta peores resultados de salud que la población local. De ahí la importancia de generar políticas que regulen el empleo en condiciones formales y seguras (65–67). El trabajo es un factor importante para la integración de la persona migrante, donde condiciones laborales favorables facilitarán la inclusión y evitarían la discriminación (65). Se requiere de la elaboración de estrategias de integración de trabajadores migrantes, con sensibilidad cultural, para proteger la salud mental de esta población. Se describen con éxito este tipo de intervenciones en países como Australia (64). Además, la evidencia internacional en esta temática refuerza la importancia de la preparación del sistema de salud para el abordaje de la salud ocupacional de esta población.

Objetivo 17. Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

En la meta 16.8 de este objetivo se explicita la necesidad de mejorar el apoyo a través de la creación de ayuda a países en desarrollo, y se reconoce que para esto es necesario contar con disponibilidad de información y datos oportunos, de calidad y confiables, desglosados por características demográficas, sociales y culturales relevantes, dentro de las cuáles se encuentra el estatus migratorio. Conocer quiénes conforman las comunidades migrantes y cuáles son sus características nos acerca a conocer sus verdaderas necesidades y poder establecer ayuda.

En el caso particular de la salud pública para la atención de población migrante internacional, en los estudios revisados que buscaban conocer sus condiciones de salud y la información disponible al respecto, se reconoce que es crucial mejorar la calidad y disponibilidad de datos sociales y de salud para todos los grupos de migrantes (68). La representación insuficiente de la población migrante en

los informes de salud y estudios epidemiológicos dificulta identificar las desigualdades de salud existentes y sus necesidades de atención médica (68). En el caso de Alemania, en la investigación epidemiológica realizada, la falta de datos impide los intentos de imaginar la diversidad de la población alemana y la heterogeneidad dentro del grupo de personas con antecedentes migratorios de distintas generaciones. Por lo que los investigadores frecuentemente tienen que usar categorías dicotómicas amplias como “nacionalidad alemana versus no alemana” o “inmigrantes versus no inmigrantes”, corriendo el riesgo de eclipsar las diferencias dentro de estos grupos, descuidando otras dimensiones de la diferencia como, por ejemplo, el estado socioeconómico, generación de migrante por antecedente paterno y materno, y otras variables socioculturales que aumentan la diversidad y variabilidad de expresiones humanas posibles (68).

Este problema se presenta, según diversos autores, en la mayoría de los estados miembros de la Unión Europea, careciendo de información sobre la salud de los migrantes, lo que limita la posibilidad de monitorear y mejorar sus condiciones de salud (69). En un estudio se evidencia que los datos de registro sobre la utilización de la atención médica por estado migratorio están disponibles solo en 11 de los 27 estados miembros de la Unión Europea (69). Solo unos pocos países recopilan datos de encuestas a gran escala sobre la salud de los migrantes y la utilización de la atención médica. Se propone, por lo tanto, que para tener más datos de la salud de migrantes internacionales podrían incluirse preguntas mejoradas sobre migración en los procesos de recopilación de datos ya existentes (69). También se reconoce que las lagunas en el conocimiento sobre esta población, identificadas a través de organismos internacionales como la OMS, y la información sobre la acción colaborativa, la defensa, los derechos humanos y la mejora de los sistemas de información de salud necesitan atención para ampliar la base de evidencia disponible y así llegar de mejor manera a poblaciones migrantes (70).

En lo referente a las alianzas internacionales y su fortalecimiento, esto se vuelve relevante para asegurar el bienestar en las poblaciones móviles. Un estudio realizado en Reino Unido muestra la importancia de las organizaciones internacionales en el campo de la salud de los migrantes y su acción en Europa (71). El estudio revela que tanto las organizaciones intergubernamentales como las no gubernamentales internacionales están involucradas tanto en la provisión de servicios y atención como en la formulación de políticas, y su trabajo se encuentra inevitablemente interconectado (71). Para el desarrollo de políticas que beneficien la salud de migrantes internacionales de forma global, se reconoce que es necesario mejorar la coordinación y coherencia de las políticas establecidas entre las organizaciones internacionales; así se podría superar la fragmentación y provisión paralela de servicios (71). Parecieran existir brechas entre el grado en que estas organizaciones esperan mejorar la salud de los migrantes y los recursos que pueden movilizar para alcanzarlo. Y así como falta información sobre los migrantes y sus condiciones de salud, también faltan datos e información sobre los diferentes conjuntos de actores que ofrecen ayuda que los migrantes encuentran durante su viaje, en las distintas etapas del proceso migratorio, al conocerlas esto podría permitir articularse con ellas desde las distintas organizaciones formales y trabajar para asegurar la salud en todos los espacios en que ocurre este proceso (71).

Desafíos globales en el desarrollo de equidad

Una de las bases para el desarrollo sostenible de las sociedades es la equidad, por lo que varios objetivos apuntan a lograrla. Equidad social en salud como concepto relevante para la salud pública, la salud pública global y la medicina social, se refiere a la inexistencia de diferencias sistemáticas, estructurales entre y dentro de grupos sociales. Inequidad da cuenta, entonces, de la existencia de estas diferencias, que a su vez se consideran prevenibles, evitables e injustas (8). Para este apartado se escogieron aquellos objetivos que hacen mención más explícita al desafío de la equidad. Se incluye el análisis de 12 artículos que aportan información en relación con la equidad para población migrante internacional, provenientes de países como España, Canadá, Estados Unidos, Suiza, Suecia, Alemania y Colombia.

Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Para el desarrollo de este objetivo se complementó información realizando otra búsqueda bibliográfica acotada en bases de datos

científicas, destinada a identificar el desafío de la igualdad de género en contextos migrantes y en su búsqueda de atención de salud y desarrollo de bienestar en los países de acogida, dado que la búsqueda original no aportó información en torno a este objetivo.

En Europa y el mundo se están enfrentando movimientos masivos de refugiadas y mujeres y niñas migrantes, correspondiendo a alrededor del 20% de los inmigrantes que llegan a países de la Unión Europea. Ellas experimentan riesgos relacionados con la violencia de género, incluyendo violencia sexual (Se estima que entre el 8 y 22% de mujeres migrantes ha experimentado violencia sexual) (72). La respuesta actual de gobiernos, instituciones y actores humanitarios no está siendo suficiente para garantizar la seguridad de este grupo en situación de vulnerabilidad que enfrenta una violencia específica. Por ejemplo, se ha estimado que un tercio de las mujeres africanas subsaharianas ha adquirido VIH después de haber migrado, algunas de ellas por violencia sexual (72). No solo el tránsito está relacionado con estos riesgos; las condiciones de vida en el país de destino también contemplan factores de riesgo para experimentar violencia como la falta de vivienda estable, vivir con desconocidos o la falta de un permiso de residencia (72). Por otro lado, el miedo a la deportación y la falta de conocimiento de los sistemas de asistencia disponibles en el país de destino pueden interferir en que mujeres migrantes denuncien este tipo de violencia (72).

Existen estudios que documentan la existencia de inequidades en las experiencias y resultados de salud en el país de destino entre mujeres y hombres. Un estudio demostró que mujeres experimentan mayor discriminación que los hombres, además de una peor salud física y mental autopercebida por parte de mujeres (73). Esto puede relacionarse con otros resultados descritos que reportan condiciones de vida más adversas, como mayores dificultades para el acceso al trabajo y mayor desempleo y discriminación (73). Las condiciones laborales precarias afectan negativamente la salud tanto en mujeres como hombres, pero en mujeres migrantes se han identificado riesgos laborales como largos horarios. Iniciar el trabajo muy temprano en la mañana o en turnos de noche, por ejemplo, se percibe como de mayor riesgo en mujeres para ser sexualmente atacadas o asaltadas. Además, las mujeres cargan en mayor medida con el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que frecuentemente se expresa en culpa y preocupación por el bienestar de sus hijos (61). Se identifican barreras para el acceso de mujeres migrantes a salud mental, describiendo barreras administrativas, idiomáticas y culturales transversales a la población migrante internacional, y otras logísticas específicas vinculadas al género como acceso a ayuda en el cuidado de los hijos(as) a un precio accesible para poder trabajar (74). Se describe que sistemas de salud y sus servicios de atención de salud mental deberían incorporar enfoques de género, tanto en la política como la práctica (74).

La literatura describe principalmente las inequidades en resultados de salud de mujeres migrantes respecto a mujeres locales, específicamente relacionado con salud en el embarazo y salud mental. Se destaca en un estudio canadiense que mujeres migrantes pueden experimentar mayores vulnerabilidades que funcionan como factores de riesgo para su salud mental durante la etapa perinatal. Se identifican 4 categorías relevantes para el manejo comunitario y de salud de este problema: i) creación de capacidad comunitaria, ii) facilitadores de apoyo y atención de salud mental, iii) barreras de promoción y apoyo de salud mental, y iv) políticas públicas y depresión posparto (75). Además, se mencionan dimensiones sociales que impactan en la salud mental de mujeres migrantes relacionadas al género, condiciones de la post-migración, cuidado de los hijos y responsabilidades de crianza, conocimiento limitado sobre los derechos de las mujeres viviendo en Canadá (75).

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en y entre los países

Dentro de las metas para reducir la desigualdad, se describe la búsqueda por lograr la migración en condiciones seguras y regulares, de manera ordenada y responsable potenciando políticas que las faciliten y que protejan a quienes se movilizan. En relación a salud, se reconoce ampliamente que población migrante internacional enfrenta desigualdades en el acceso y uso de servicios, incluso en países de alto desarrollo humano y económico-social como Alemania o Suecia (76). Se reconoce que migrantes internacionales en situación irregular sin documentación tienen más dificultades para acceder a servicios de salud y protección que el resto de la población migrante y residentes nacionales. Su salud se ve derechamente relacionada con su condición migratoria y con las condiciones en que se experimenta este proceso (67). Las políticas migratorias de cada país pueden impactar de forma directa o indirecta en la salud de migrantes internacionales indocumentados (76,77). En el caso de Estados Unidos, migrantes irregulares de origen latinoamericano enfrentan grandes barreras para el acceso a la atención y un seguro de salud, educación, ayuda para alimentación y oportunidades económicas (77). En Alemania migrantes en situación irregular y refugiados o solicitantes de asilo utilizan menos los servicios de salud que la población local, mientras que migrantes en situación regular utilizan estas prestaciones

de forma similar a la población local (68). Se ha demostrado que las restricciones a la asistencia de salud pueden contribuir a agravar el desarrollo de enfermedades y a sobre utilizar los servicios de urgencias (68).

Las políticas migratorias restrictivas, incluyendo las de ingreso, como en el caso de países como Estados Unidos, tienen un impacto negativo en comunidades migrantes, promoviendo la pobreza, el bajo nivel educacional, la discriminación, la invisibilización, la victimización y la violencia, además de daños en la salud mental, generando desigualdades en los resultados de salud de la comunidad migrante versus la local (77,78). A nivel individual estas generan miedo, estrés y por lo tanto una movilidad reducida para la búsqueda de oportunidades, redes sociales de apoyo y atención de salud. Las deportaciones afectan la separación familiar, generando grandes problemas de salud mental (77). De esta manera, se observa que las políticas públicas en general, no solo las de salud, tienen un impacto en la salud de poblaciones migrantes (78), por lo que se deben desarrollar políticas públicas que busquen garantizar a equidad en salud en todas las poblaciones, incorporando planes de protección para población migrante internacional. Esto debe estar presente en la formulación de políticas que regularicen las migraciones y busquen que esta suceda de forma ordenada y segura, desde un enfoque de derechos humanos y con sensibilidad.

Se reconocen tres principales desafíos en la atención de salud propiamente tal de migrantes internacionales y refugiados para poder lograr una equidad en salud. Estos son la comunicación (a través de la barrera idiomática, sensibilidad cultural), la continuidad de la atención (relacionado con el conocimiento de los sistemas de salud de los países receptores, registros clínicos y trato de profesionales) y la confianza (el buen trato del personal de salud, sensibilidad cultural, la incorporación de la familia e indagación en experiencia migratoria) (79). Dentro del importante desafío que implica la comunicación profesional-paciente y la barrera idiomática, se reconoce que pacientes migrantes y que reciben atención discordante con el idioma realizan menos preguntas a profesionales de salud, tienen una comprensión más baja de su salud, menor adherencia al tratamiento, se sienten menos satisfechos con la atención y tienen más probabilidades de no asistir a sus citas médicas en comparación con la población local que recibe atención adecuada a su idioma (80). Esta barrera ha intentado derribarse de diferentes formas, con intérpretes informales (como familiares del paciente u otra red como vecinos o amigos, trabajadores del centro de salud que hablan el mismo idioma), intérpretes o facilitadores lingüísticos entrenados y mediadores interculturales, con tecnología a través de aplicaciones de traducción y trabajar con profesionales de salud con el mismo contexto cultural e idioma de los pacientes. Para todas estas modalidades se han escrito ventajas y desventajas que requieren de adecuación y adaptación a cada realidad local (80).

Se hacen recomendaciones sobre elaborar programas de promoción de salud para migrantes en situación irregular, prestando especial atención a la generación de redes de apoyo, contemplando las experiencias previas y realizando actividades de manera grupal, involucrando un abordaje intercultural y lingüísticamente pertinente (77). Para disminuir la desigualdad en salud de población migrante en general, se destaca que es necesario desarrollar e implementar conceptos de gestión de la diversidad en los sistemas de salud. Se pueden conceptualizar dos extremos al adaptar los servicios de salud a este grupo: un enfoque específico para migrantes (“exclusivo”) y un enfoque sensible a los migrantes (“inclusivo”) (68). Quienes defienden el enfoque “exclusivo” argumentan que los servicios de salud y sus programas deben acomodarse a las necesidades de los migrantes, ya que difieren esencialmente de las del resto de la población. Proponiendo de esta manera que se realicen programas y servicios, por ejemplo, de rehabilitación, específicos para migrantes de un país determinado, con personal del mismo origen y que hable su idioma (el autor lo ejemplifica con la comunidad Turca) (68). Lo anterior no resultaría en la inclusión de la comunidad migrante al sistema de salud del país receptor, más bien entregaría un servicio a parte a esta comunidad. En contraste, un enfoque “inclusivo” sensible a esta población consideraría antecedentes del proceso migratorio como otras muchas dimensiones de diferencia entre los individuos, dentro de los programas y servicios ya existentes (68). Lo descrito reconoce la diversidad de la población migrante dentro de la atención, identificando que los servicios de salud deben intentar satisfacer las diversas necesidades de todos sus usuarios. Por lo que no hay una necesidad de programas o servicios especialmente diseñados para población migrante, sino más bien se requiere de una apertura hacia la diversidad y creciente heterogeneidad de las comunidades (68). Se reconoce la necesidad de realizar más investigación sobre como implementar de manera práctica este enfoque (68).

Objetivo 16. Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas

Para lograr tener sociedades justas y pacíficas se vuelve urgente lograr la inclusión general de todas las comunidades que la habitan, donde todos y todas gocen de los mismos derechos y formen parte de una sociedad en igual medida. La migración

internacional integra el desafío de la inclusión de diversas culturas en un mismo territorio volviendo los espacios multiculturales. A través de la búsqueda realizada, los resultados se enfocan principalmente en la inclusión de poblaciones migrantes en la sociedad y en la atención de salud, reconociendo desafíos y avances. Se ha reconocido en la literatura la heterogeneidad de las comunidades migrantes, lo que implica el desafío en la interculturalidad en las ciudades multiculturales para lograr una verdadera integración. En ciudades reconocidas por su población multicultural, como lo son Buenos Aires, Ciudad de México y Río de Janeiro se han reconocido estos desafíos y desplegado políticas de integración a comunidades migrantes (81). Estas políticas se caracterizan, por ejemplo, por tener planes de acción para la equidad social y el desarrollo e integración, entregar seguridad ciudadana y protección social, buscar el desarrollo económico involucrando a estas nuevas poblaciones, habilitar servicios y espacios públicos y luchar contra la corrupción (como es el caso de México) (81). En Buenos Aires se cuenta con un departamento específicamente destinado a entregar apoyo a comunidades migrantes, que brinda información legal, económica, cultural, laboral y académica, buscando apoyar en su inserción de comunidades migrantes de manera más amable (81).

Por otro lado, en diversos países, la xenofobia continúa siendo un obstáculo para la integración de comunidades migrantes internacionales, que tiene un fuerte impacto en la salud mental de esta población. Se han descrito problemas de salud vinculados a la xenofobia como una barrera para el acceso a servicios de salud por parte de diferentes miembros de la comunidad, incluidos los profesionales de la salud, violencia física y verbal y peores resultados de salud mental (82). Por otro lado, niños y niñas experimentan xenofobia y exclusión en espacios escolares, teniendo un impacto negativo en su escolaridad y salud, y promoviendo que se unan a pandillas en la adolescencia por la marginalización como una forma de búsqueda de redes de apoyo (82). A su vez, la xenofobia tiene consecuencias comunitarias y sociales, promoviendo la violencia en espacios comunes y generando estrés social, y se acrecienta en población en situación de vulnerabilidad, como personas que viven con VIH, mujeres, niños y adolescentes entre otros (82). Esto se aleja de la búsqueda de paz y su desarrollo para la vida.

Otras situaciones vinculadas con violencia se registran en espacios como los centros de detención de migrantes internacionales, lo que fue estudiado en Europa, reconociendo que en estos entornos se enfrentan desafíos para el buen trato, la no violencia y la no discriminación. Esta experiencia impacta en la salud mental y física de migrantes internacionales, recalando la importancia de abordar estos espacios con sensibilidad cultural y respeto, y de velar por cumplir los derechos humanos (83). Se reportan falta de atención de salud suficiente, nutrición inadecuada, ausencia de información en su idioma y falta de privacidad (83).

Una dificultad para la integración de migrantes internacionales en las sociedades descrita ampliamente tiene relación con la diferencia idiomática y las complicaciones para la comunicación. Esto ha afectado especialmente en el área de atención de salud, donde se describe la barrera idiomática para el acceso a la asistencia en salud. Esto además ha entorpecido la calidad de la atención, muchas veces impidiendo diagnósticos oportunos, dificultando la salud preventiva, y en ocasiones generando daños a los pacientes, que pueden ser irreversibles, que incrementan el gasto en salud y que empeoran la calidad de vida de personas migrantes (84). Esta barrera ha intentado atenderse con facilitadores lingüísticos o traductores que hablan la lengua del paciente y es un puente de comunicación entre el paciente y el proveedor de salud. Se plantea la traducción y facilitación lingüística en espacios de atención en salud como parte del derecho a la salud, para que este sea verdaderamente garantizado (84).

Tabla 2: Resumen de artículos incluidos para la realización de esta sección organizados por objetivo de desarrollo sostenible

ODS	Referencia	País estudio	Objetivo del estudio
Objetivo 3: Salud y Bienestar	Miller R, Tomita Y, Ong KIC, Shibamura A, Jimba M. Mental well-being of international migrants to Japan: a systematic review. <i>BMJ Open</i> . 2019;9(11).	Japón	Identificar las barreras y facilitadores para el bienestar mental de población migrante en Japón.
	Alarcón RD, Parekh A, Wainberg ML, Duarte CS, Araya R, Oquendo MA. Hispanic immigrants in the USA: social and mental health perspectives. <i>The Lancet Psychiatry</i> . 2016;3(9):860–70.	Estados Unidos	Realizar una caracterización de migrantes hispanos viviendo en Estados Unidos respecto a su salud social y mental.
	Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social–Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. <i>J Immigr Minor Heal</i> . 2020;	Inglaterra	Comprender el impacto de los factores socioambientales posteriores a la migración para ayudar a informar los esfuerzos para reducir las tasas problemas de salud mental en refugiados.
	Seraphia A. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic. <i>Psychiatr Serv</i> . 2016;67(3):265–74.	Estados Unidos	Sintetizar los hallazgos de investigaciones actuales sobre la utilización de servicios de salud mental entre los inmigrantes para informar futuros esfuerzos de investigación que aborden las disparidades en el acceso a la atención.
	Curtis P, Thompson J, Fairbrother H. Migrant children within Europe: a systematic review of children’s perspectives on their health experiences. <i>Public Health</i> . 2018;158:71–85.	Inglaterra	Conocer las perspectivas de niños y jóvenes que han migrado a Europa sobre sus experiencias de salud.
	Salehi R. Intersection of health, immigration, and youth: A systematic literature review. <i>J Immigr Minor Heal</i> . 2010;12(5):788–97.	Canadá	Proporcionar una visión crítica de la investigación existente sobre la salud de los jóvenes inmigrantes en la última década.
	Almeida LM, Caldas J, Ayres-De-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: A systematic review. <i>Matern Child Health J</i> . 2013;17(8):1346–54.	Portugal	Revisar la evidencia científica existente sobre el acceso, uso y calidad de la atención médica en las poblaciones migrantes durante el embarazo y el posparto, con especial énfasis en cómo esto interfiere con los indicadores y resultados de salud.
	Santiago M, Figueiredo MH. Immigrant Women’s Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic Review. <i>J Immigr Minor Heal</i> . 2015;17(1):276–84.	Portugal	Identificar y analizar estudios empíricos relacionados con perspectivas de las mujeres inmigrantes con prenatal y posparto asistencia sanitaria en los países de acogida.
	Rogers HJ, Hogan L, Coates D, Homer CSE, Henry A. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds—Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. <i>Heal Soc Care Community</i> . 2020:1–23.	Australia	Identificar, evaluar y sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de los modelos de atención en el embarazo o los primeros 12 meses después del parto para mujeres de entornos de migrantes y refugiados que viven en países de altos ingresos.
	Sotgiu G, Dara M, Centis R, Matteelli A, Solovic I, Gratziou C, et al. Breaking the barriers: Migrants and tuberculosis. <i>Press Medicale</i> . 2017;46(2):5–11.	Italia	Describir la información disponible sobre políticas y prácticas de países europeos bajos e intermedios de incidencia de tuberculosis (TB) para el manejo de la enfermedad de TB e infección latente por tuberculosis de inmigrantes y refugiados.
Tomás BA, Pell C, Cavanillas AB, Solvas JG, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations. A systematic review of the qualitative literature. <i>PLoS One</i> . 2013;8(12):1–12.	España	Explorar las percepciones de los inmigrantes sobre la tuberculosis y los programas de control de la tuberculosis.	

Objetivo 5: Igualdad de género	Henares-Montiel J, Ruiz-Perez I, Mendoza-Garcia O. Health inequalities between male and female immigrants in Spain after the beginning of the economic crisis. <i>Heal Soc Care Community</i> . 2018;26(6):891-7.	España	Analizar las desigualdades en salud en la población inmigrante en España en 2014, mientras se diferenciaba entre hombres y mujeres inmigrantes y nativos.
	The Lancet Public Health. Protecting migrant women. <i>Lancet Public Heal</i> . 2018;3(1):e1-23.	Europa	Columna editorial de The Lancet Public Health realizada por editores que presenta desafíos para la protección de mujeres migrantes internacionales
	O'Mahony J, Clark N. Immigrant Women and Mental Health Care: Findings from an Environmental Scan. <i>Issues Ment Health Nurs</i> . 2018;39(11):924-34	Canadá	Aumentar la comprensión de los servicios de atención de salud mental perinatal de las mujeres inmigrantes en el interior de una provincia del oeste de Canadá.
	Premji S. "It's Totally Destroyed Our Life": Exploring the Pathways and Mechanisms Between Precarious Employment and Health and Well-being Among Immigrant Men and Women in Toronto. <i>Int J Heal Serv</i> . 2018;48(1):106-27.	Canadá	Examinar, a través de entrevistas cualitativas, las vías y mecanismos a través de los cuales el empleo precario afecta la salud y el bienestar de los hombres y mujeres inmigrantes en Toronto.
	Wohler Y, Dantas JA. Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. <i>J Immigr Minor Heal</i> . 2017;19(3):697-701.	Australia	Proporcionar una visión general de las barreras reportadas para el acceso a la salud mental por parte de las mujeres migrantes y cultural o lingüísticamente diferentes, a través de las experiencias de las participantes en los documentos revisados, las implicaciones para las políticas de salud mental se presentan y complementan con algunas recomendaciones.
Objetivo 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Tommasi E, De Sio S, Arcangeli G. Migrant workers and psychological health: A systematic review. <i>Sustain</i> . 2020;12(1):1-29.	Italia	Elaborar una revisión sistemática y resaltar las patologías psicológicas prevalentes en trabajadores migrantes y factores de exposición.
	Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, Mcalpine A, Pocock N, Devakumar D, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet Glob Heal</i> . 2019;7:872-82.	Reino Unido	Resumir la prevalencia global de la morbilidad ocupacional en los trabajadores migrantes y describir los riesgos y resultados de salud ocupacional asociados con industrias específicas.

Objetivo 10: Reducción de las desigualdades	Ornelas IJ, Yamanis TJ, Ruiz RA. The health of undocumented latinx immigrants: What we know and future directions. <i>Annu Rev Public Health</i> . 2019;41:289–308.	Estados Unidos	Resumir lo que se sabe sobre el estado de salud de los inmigrantes latinos indocumentados. Se centran específicamente en los inmigrantes latinos porque son el grupo minoritario racial / étnico más grande de los EE. UU.
	Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux S, Gabus L, et al. Migrant and refugee populations; a public health and policy perspective on a continuing global crisis. <i>Antimicrob Resist Infect Control</i> . 2018;7:113.	Suiza	Este artículo se centra en cuestiones clave de salud pública emergentes en torno a las poblaciones migrantes y sus interacciones con las poblaciones de acogida.
	Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet Glob Heal</i> . 2019;7(4):420–35.	Suecia	El objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis fue examinar exhaustivamente el efecto de las políticas no dirigidas a la salud en la salud de los migrantes.
	Razum O, Wenner J. Social and health epidemiology of immigrants in Germany: Past, present and future. <i>Public Health Rev</i> . 2016;37(1):1–17	Alemania	Discutir el conocimiento actual sobre la salud de los inmigrantes en Alemania, a través de una investigación selectiva de literatura con un enfoque en estudios que utilizan datos representativos del sistema de informes de salud.
	Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries-the 3C model. <i>BMC Public Health</i> . 2019;19(1).	Suiza	Resumir los conocimientos actuales sobre la prestación de atención de salud a migrantes y refugiados en países de altos ingresos desde múltiples perspectivas.
	Schouten BC, Cox A, Duran G, Kerremans K, Banning LK, Lahdidioui A, et al. Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. <i>Patient Educ Couns</i> . 2020;1–5.	Países bajos	En este artículo los autores discuten algunas respuestas a las preguntas: ¿Cómo se pueden mitigar las barreras del idioma en la comunicación intercultural de la salud? y ¿Qué innovaciones pueden contribuir a mejorar la comunicación intercultural en salud? Y se proponen mejorar la comunicación intercultural y atención médica para pacientes migrantes y de minorías étnicas, a través de un enfoque más holístico para estudiar cuándo, cómo y con qué fines (una combinación de) distintas estrategias de comunicación deben utilizarse para mitigar las barreras culturales y de idioma para disminuir las disparidades de salud.
16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Navas-Camargo F, Montoya Ruíz S. The need of having an intercultural approach, in the welcome mechanisms of migrants and refugees in bogotá. Policy review, learning from others, making proposals. <i>Utop y Prax Latinoam</i> . 2018;23:114–26	Colombia	Contribuir a la definición de una ruta que contribuya a la promoción de ciudades interculturales como mecanismo de acogida a través de la revisión de programas y políticas en ciudades multiculturales.
	Suleman S, Garber KD, Rutkow L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. <i>J Public Health Policy</i> . 2018;39(4):407–23.	Estados Unidos	Identificar estudios que han explorado la xenofobia como algo distinto del racismo, y considerar la influencia de la xenofobia en la salud de los migrantes en su país de acogida, el acceso a los recursos de salud y la salud de la comunidad.
	Dalton-Oates B. Medical translation: the neglected human right. <i>Int J Hum Rights Healthc</i> . 2017;10(4):228–38.	Italia	Resaltar que la falta de un derecho específico a un traductor médico en virtud del derecho internacional puede considerarse un valor atípico cuando se considera dentro del contexto de la copiosa legislación sobre la traducción en general.

Objetivo 17: Alianzas para lograr los objetivos	Rechel B, Mladovsky P, Devillé W. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. <i>Health Policy</i> . 2012;105(1):10–6.	Reino Unido	Revisar los sistemas de información de datos actuales y las actividades de investigación recientes en la Unión Europea (UE) y dilucidar hasta qué punto permiten evaluar y monitorear la salud de los migrantes internacionales.
	Villarrol N, Hannigan A, Severoni S, Puthooppambal S, MacFarlane A. Migrant health research in the Republic of Ireland: A scoping review. <i>BMC Public Health</i> . 2019;19(1):1–10.	Irlanda	Revisar la investigación existente revisada por pares sobre la salud de los migrantes en Irlanda e identificar las lagunas en la evidencia.
	Kentikelenis AE, Shriwise A. International organizations and migrant health in Europe. <i>Public Health Rev</i> . 2016;37(19):2–20.	Reino Unido	Este artículo busca aclarar la relación entre las organizaciones internacionales y la salud de los migrantes en Europa, un tema que ha recibido poca atención en la literatura académica.

¿Dónde está la interculturalidad en salud en la medicina social y la salud pública global?

En esta revisión de literatura científica en torno a los temas que emergen de la salud pública global y la medicina social con relación a la migración internacional, pueden identificarse diversos desafíos que involucran el desarrollo de la interculturalidad en salud para la inclusión de poblaciones migrantes internacionales, tanto a nivel local como global. Esto se identifica en diversos continentes, principalmente los estudios revisados provienen de Europa y Norteamérica, y solo un estudio corresponde a Latinoamérica, específicamente de Colombia, lo que podría relacionarse con las bases de datos y tipo de literatura científica consultada. La literatura identifica el desafío que implican las sociedades multiculturales y la convivencia armónica intercultural.

A nivel social y comunitario, aún queda mucho por avanzar para la inclusión sensible y respetuosa de las comunidades migrantes. Los artículos revisados documentaban que en distintos países aún persiste la xenofobia, discriminación y segregación en distintos espacios, incluidos espacios de atención en salud (82). Es urgente un abordaje respetuoso con la diversidad e inclusivo, donde se reconozca a la población migrante internacional horizontalmente y con un enfoque de derechos. Para esto juegan un rol central la incorporación del enfoque intercultural en las políticas públicas. En la literatura revisada se describen programas y políticas que buscan apoyar en la inclusión de la población migrante (81). Por otro lado, la literatura describe ampliamente el rol de la experiencia de aculturación en la salud mental de migrantes internacionales en la etapa de asentamiento en el nuevo país. Una identidad cultural fuerte permite afrontar de mejor manera esta situación, pero un entorno desfavorable donde, por ejemplo, se vive discriminación o violencia puede dificultarlo (57).

Es importante reconocer la diversidad más allá de las diferencias culturales o de nacionalidades, recordando el género como un determinante social de la salud, que impacta y se relaciona con inequidades en diversos ámbitos, incluyendo el desarrollo de salud y bienestar. Haciendo alusión al objetivo 5 de desarrollo sostenible, sobre equidad de género, dentro de los estudios revisados gran parte menciona inequidades entre mujeres migrantes y mujeres locales, más que entre géneros en la misma población migrante. Esto es un desafío en materia de investigación en salud, el reconocer la diferencia por género dentro de la diferencia entre nacionalidades y culturas, reconociendo que no es lo mismo ser mujer migrante que hombre migrante, que se enfrentan a distintos desafíos para lograr el bienestar en el país de acogida. Por este motivo la evidencia recomienda realizar investigación en migración internacional con enfoque de género (74).

Desde la mirada de la salud pública global, atendiendo al objetivo 8 sobre el trabajo decente y crecimiento económico, se reconoce la importancia de la integración y apoyo a migrantes en los espacios de trabajo, reconociendo que esta es una oportunidad de inclusión social, desde un enfoque intercultural. Se identifica el trabajo como una dimensión social fundamental en la integración de migrantes internacionales que se vincula directamente a la salud, pudiendo actuar como un factor protector o de riesgo. Se explicita la necesidad de preparación de equipos de salud en competencia cultural para el abordaje de salud ocupacional. De esta manera, en estos ambientes se puede prevenir la construcción social de los inmigrantes como “los demás”, excluyéndolos de la sociedad

(65). Esto propiciaría relaciones simétricas en el ámbito laboral que colaboren con los procesos de inclusión y aculturación de forma positiva.

Con relación a la reducción de las desigualdades, correspondiente al objetivo de desarrollo sostenible número 10, se describe que aún persisten importantes inequidades para la atención de salud de migrantes internacionales. Dentro de los factores que las perpetúan se reconoce la falta de sensibilidad cultural y las barreras idiomáticas, lo que dificulta que se garantice este derecho en igualdad de condiciones que a la población local (60,62,64,84). Particularmente, se reconoce este desafío en la atención de salud y en sus diversas áreas: ocupacional, materno-infantil, salud mental, atención y prevención de enfermedades infectocontagiosas. Se reconoce la necesidad de adaptación de los servicios de salud a necesidades de población migrante internacional, incorporando un enfoque intercultural. Se menciona que esta adaptación puede llevarse a cabo desde una conceptualización “exclusiva” o “inclusiva”, señalando el enfoque inclusivo como sensible a los migrantes, considerando los antecedentes de migración como una de las muchas dimensiones de diferencias entre individuos. Desde el enfoque inclusivo, se propone que no hay necesidad de programas o servicios especialmente diseñados para esta población (lo que involucraría un enfoque “exclusivo”), sino más bien una necesidad de apertura hacia la diversidad y la creciente heterogeneidad de las poblaciones (68).

Dentro de la atención de salud misma se reconoce la importancia del enfoque de interculturalidad en salud y la necesidad de capacitar a profesionales de salud para poder realizar atenciones interculturalmente sensibles, que reconozcan al usuario y permitan satisfacer sus reales necesidades. Se describe violencia y situaciones de discriminación en espacios de atención de salud hacia esta población, lo que es altamente preocupante y es una barrera para el acceso a este derecho. Se destaca específicamente en la salud de mujeres migrantes durante la atención y cuidado de su embarazo, parto y puerperio la importancia en la sensibilidad cultural, acogiendo sus prácticas y creencias en torno a este proceso, respetándolas durante todo el ciclo de atención (60,61). Vinculado al mismo objetivo de desarrollo sobre reducir la desigualdad, se menciona la importancia de lograr la movilidad de personas entre países de forma segura y ordenada. Aquí se identifican desafíos importantes vinculados a la necesidad de enfoques interculturales en las políticas que regulan la migración, en un marco de derechos. Reconocer a las personas migrantes como ciudadanas del país de acogida, en las mismas condiciones que la población local y garantes de derechos, involucra un reconocimiento y valoración a la diversidad cultural que este grupo poblacional aporta a las sociedades. Por otro lado, la situación migratoria y de documentación impacta en el acceso que la persona migrante tiene a los diferentes servicios de protección social y a las condiciones de vida a las que puede alcanzar. Los países con políticas migratorias restrictivas demuestran tener un impacto negativo en la salud mental de los migrantes y además se menciona que en espacios de detención de migrantes internacionales existen situaciones de violencia y falta de sensibilidad cultural en el trato que se brinda en estos espacios, incluyendo la atención sanitaria que ahí se presta (77,84).

Relacionado al desafío intercultural en la atención misma de salud, se identifica de forma recurrente en la mayoría de los artículos revisados, la barrera idiomática y comunicacional, lo que trae importantes consecuencias tanto en la salud física (como retraso en los diagnósticos y tratamientos de manera oportuna) como mental de esta población (60,64). La literatura reconoce iniciativas para poder abordar este desafío, dentro de las cuáles se reconoce más ampliamente el apoyo de un traductor o facilitador lingüístico que actúe como un puente comunicacional entre el paciente migrante y el profesional de la salud. La comunicación va más allá de solo el lenguaje, e implica la decodificación de símbolos y significados culturales que la hacen mucho más compleja y profunda. Por esta razón, las recomendaciones apuntan a que la persona que actúa como facilitador lingüístico pertenezca a la cultura o país de origen del usuario, y no que solo hable la misma lengua, volviéndose de esta forma además un facilitador o mediador intercultural, que permitan acercar la cultura del paciente migrante al profesional de la salud y así incorporarla en el cuidado (62,84). En la atención de mujeres migrantes embarazadas, se recomendaba que la persona que cumpliera el rol de facilitador lingüístico/cultural fuera de género femenino, ya que esto brindaba mayor confianza en la atención (62).

Dentro de los desafíos reconocidos para el acceso a la atención de salud de población migrante Brandenberger et al (79) reconocen en su revisión de literatura tres grandes áreas: en primer lugar y la más reportada es la comunicación, como se reconoció anteriormente, y luego se menciona la confianza entre el usuario y profesional de la salud. Respecto a la confianza se menciona la importancia del buen trato del personal de salud hacia el paciente migrante, incorporar las experiencias vividas en el proceso migratorio durante la atención de salud e incorporar a la familia (79). Además, se menciona la importancia de brindar información sobre el sistema de salud del país de acogida, para que las personas migrantes puedan comprenderlo y navegar en el en busca de atención de sus

necesidades de salud con seguridad. Se puede reflexionar en torno a este último punto, ya que es importante recordar y reconocer que los sistemas de salud son también sistemas culturales, diferentes en todos los países y culturas, con enfoques diversos en el proceso salud- enfermedad y promoción y conservación de la salud, y también con organizaciones diferentes, por lo que es relevante tener esto presente en la atención de salud de población migrante. Reconocer esta diferencia, y recordar que la persona migrante no solo se enfrenta a la cultura del país de acogida sino que también a la de sus diversas instituciones se transforma en un desafío global, siendo el sistema de salud uno de las más importantes para poder encontrar el bienestar en el país receptor.

En relación a la promoción de paz en los países y entre estos, se reconoce como desafío vinculado con la interculturalidad, acabar con la xenofobia y discriminación, que además de ser una forma estructural y directa de violencia hacia comunidades migrantes, genera violencia en la sociedad, perturbando el desarrollo pacífico de la vida en estos espacios. Por otro lado, se reconoce ampliamente en la literatura revisada que la xenofobia y discriminación tiene un impacto negativo en el bienestar y salud de personas migrantes internacionales; y cuando esta ocurre en espacios de atención de salud, genera frustración y estrés en los equipos de salud. Este desafío puede ser abordado desde el enfoque de interculturalidad, que trae beneficios tanto para los usuarios migrantes como para equipos de salud, permitiendo un diálogo abierto, que reconoce y valora la diversidad en el encuentro y la aborda como una oportunidad. Este reconocimiento de la diversidad a su vez permite el desarrollo del respeto y valoración del aporte de la diferencia, contemplando creencias y conocimientos de población migrante en su atención de salud, siendo más efectiva en la identificación y cuidado de sus necesidades.

Desde la literatura también se menciona la importancia de reconocer en la disciplina de investigación el contexto social, estructural y global de la migración, lo que entrega valiosa información para comprender en un contexto global la salud de migrantes internacionales. Además de crear mayores fuentes de información y bases de datos que permitan visualizar a esta población (descrito como parte del objetivo de desarrollo 17). De esta forma, se previene caer en la estigmatización de la población migrante como importadores de enfermedades, como una carga para el sistema de salud de países de destino y dar la impresión de ser completamente diferentes en sus riesgos, necesidades y salud respecto a la población local, dejando de lado la construcción de esta población como “los otros” (68). Para esto se requiere adquirir mayor información y datos sobre la población migrante residente en los distintos países de destino, más profunda y rica, incluyendo información de las distintas etapas del proceso migratorio, condiciones de vida y salud, que permita una caracterización más profunda y un reconocimiento más allá de “migrante-no migrante” o “enfermo-sano”. Para así contribuir a identificar la heterogeneidad de su composición y brindar reconocimiento de esta diversidad para un enfoque de protección y de riesgo en salud que supere categorías rígidas y estigmatizantes que alejan del verdadero tejido social que compone a una nación y que es beneficiaria de su sistema de salud.

Conclusiones

La medicina social y la salud pública global permiten acercarse al fenómeno de la migración, reconociendo los desafíos que esta implica para la salud de las comunidades internacionales, tanto para las poblaciones móviles como las poblaciones receptoras. Sus miradas permiten reconocer cómo los factores sociales relacionados con la migración impactan en la salud de las personas y determinan una dimensión del bienestar en los países de acogida. La primera parte de este capítulo permite comprender el origen de estos conceptos y su evolución y relevancia para el mundo que vivimos hoy: rápido, cambiante, globalizado y diverso. La segunda parte del desarrollo de este capítulo permite identificar cuáles son los temas que se abordan desde la investigación y que relacionan la migración con estos enfoques, a través de una búsqueda bibliográfica donde se identificaron diversos desafíos para el desarrollo de la salud de poblaciones migrantes y de la interculturalidad. Categorizar estos resultados a través de los objetivos de desarrollo sostenible y a solo 10 años de alcanzar las metas propuestas, permiten entregar una mirada global al desarrollo de estos, deteniéndonos en aquellos que involucran explícitamente a la población migrante, su salud y bienestar. En materia de salud, se identifican los temas que más interesan a la salud pública global respecto a la migración internacional, los cuales tienen que ver con la salud materno-infantil, salud de niños y jóvenes, prevención y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas y salud mental.

En relación con la salud materno-infantil, la literatura reconoce los desafíos de la interculturalidad y realiza propuestas para su

atención y abordaje. Lo mismo ocurre, en menor medida, con la salud mental, donde se identifica la importancia de factores culturales en su desarrollo positivo y el desafío de incorporarla en contextos sanitarios. Respecto a enfermedades infectocontagiosas y transmisibles, se observa que está aún pendiente su abordaje desde una perspectiva intercultural. En los estudios revisados solo se hace mención a la tuberculosis, pero también es reconocido que el VIH/SIDA es una preocupación de salud pública global relacionada a la salud de población migrante internacional (85). En los artículos revisados se reconoce la influencia de factores sociales relacionados con la migración vinculados a la tuberculosis, y un artículo en particular recoge las percepciones de migrantes internacionales sobre esta enfermedad (63,64). Conocer y profundizar en las creencias y experiencias de población migrante respecto a estas enfermedades puede ser un primer paso para su abordaje desde una perspectiva intercultural.

Desde una mirada que involucra la medicina social, se reconocen los factores sociales que impactan en el desarrollo de salud y bienestar de migrantes internacionales en los países de destino. Se recalca en gran parte de los artículos revisados la importancia de contemplar las tres etapas del proceso migratorio: pre-migratoria, traslado y post-migratoria o de llegada, indagando en las experiencias particulares de migrantes en este proceso, ya que es determinante para el desarrollo de su salud. La mayoría de la literatura se enfoca y describe las condiciones de salud y los factores que las afectan en los países de destino, quedando pendiente profundizar en aquellos factores en el país de origen previo a migrar y durante el traslado. Esto último ha sido más abordado con relación a población refugiada y solicitante de asilo (62).

Como limitaciones de este capítulo se reconoce que dentro de los resultados encontrados en la revisión bibliográfica, en menor medida se aborda la equidad de género en población migrante internacional, a pesar de que se reconoce que mujeres migrantes se enfrentan a riesgos y desafíos diferentes que hombres migrantes de manera más general, sería relevante realizar una búsqueda que profundizara en estas diferencias y poder reconocerlas y caracterizarlas en detalle, para así proponer planes estratégicos para la reducción de inequidades de género vinculadas al proceso migratorio. También se encontró un menor número de artículos que profundicen en el trabajo de migrantes internacionales y las condiciones específicas en que este se desarrolla. Otro tema poco profundizado tiene que ver con el desarrollo de políticas públicas y apoyo de organizaciones internacionales que busquen promover salud de personas migrantes internacionales de forma global, y la identificación de actores internacionales que atiendan sus necesidades de salud en las distintas etapas del proceso migratorio. Es importante profundizar en estos aspectos, ya que la incorporación de enfoques de medicina social e interculturalidad se reconoce relevante para el desarrollo de políticas de salud pública global en la población migrante internacional. Otra limitación se relaciona con la escasa literatura científica desarrollada con foco y en Latinoamérica, que aborda la medicina social en toda su complejidad y cómo esta ha sido desarrollada en la región, lo que se relaciona al tipo de bases de datos científicas consultadas y características de los estudios incluidos. Cómo se revisó en el apartado conceptual, la medicina social no es una sola y tiene diferentes concepciones y enfoques, especialmente en Latinoamérica que ha desarrollado sus estudios en la diversidad de sus realidades locales, muy distintas a las de otros continentes, lo que no se puede observar en los resultados de la búsqueda que aquí se presenta y limita la profundidad del análisis a un solo enfoque de la medicina social, diluyendo la riqueza de su diversidad en los territorios y enfoques teóricos.

En relación con limitaciones de este capítulo en su metodología, se destaca que su desarrollo se realiza a partir de búsquedas bibliográficas en bases de datos destinadas a identificar temas desarrollados que vincularan la salud pública global y la medicina social con la migración internacional. A partir de los temas identificados en esta búsqueda se reconocen áreas de interés, muy diversas entre sí, las cuáles podrían ser profundizadas para obtener una mirada más profunda de cómo se están afrontando hoy estos desafíos particulares. Por otro lado, los resultados de estas búsquedas fueron clasificados en los objetivos de desarrollo sostenibles desarrollados en el marco de la agenda 2030 de la ONU vinculados a migración y salud explícitamente, brindándole un análisis global. Por esta razón, el desarrollo en el análisis de algunos objetivos es más profundo que otros (por ejemplo, el ODS 3 de salud y bienestar v/s ODS 8 de trabajo o ODS 5 sobre equidad de género), ya que la literatura identificada en las búsquedas reportó en mayor medida resultados relacionados con esos desafíos. Por esta razón fue necesario realizar una búsqueda complementaria para poder responder al objetivo número 5 sobre equidad de género, el cual no reportó resultados en la búsqueda original. Por lo que no se logra replicar las búsquedas de manera exacta accediendo a los mismos resultados.

Este capítulo tiene implicancias en diferentes áreas estratégicas para la reflexión y desarrollo de la migración internacional desde la mirada de la medicina social y salud pública. Para la salud pública se identifican desafíos vinculados a la generación de políticas

públicas y programas con enfoque intercultural y de derechos para proteger el derecho a la salud de población migrante internacional desde un enfoque que reconozca y valore su diversidad. Además, se vuelve urgente aumentar y mejorar el registro de los datos, de calidad y confiables, disponibles de las comunidades migrantes viviendo en los países de destino, para poder identificarlos de mejor manera y responder así mejor a sus necesidades. Respecto a otras políticas públicas que influyen en su bienestar, se destacan políticas dirigidas a la protección social y regularización migratoria, que se les reconozca como sujetos de derechos explícitamente. En relación con el sistema de salud y sus profesionales, este capítulo entrega información sobre los desafíos globales para la atención de las necesidades de esta población incorporando un enfoque sensible culturalmente, en el marco de respeto y horizontalidad. Se reconocen algunas propuestas para abordar barreras que dificultan el encuentro sensibilización a profesionales de la salud. Por último, identifica acercamientos metodológicos de sistemas de salud para abordar este desafío desde su organización (inclusivo v/s exclusivo) (68).

Para el área de investigación este capítulo identifica a través de la revisión de literatura la necesidad de levantar información cualitativa que explore en las experiencias de migrantes en las distintas etapas del proceso migratorio, reconociendo las necesidades que emergen en cada etapa y los recorridos de búsqueda de atención a esas necesidades. Se vuelve relevante levantar más datos que permitan caracterizar a esta heterogénea población e indague en información que permita visibilizar su diversidad. Se reconoce la importancia de involucrar mayor información sobre los contextos sociales, estructurales y globales de la migración, para prevenir contribuir a la estigmatización de los migrantes internacionales a través de categorías dicotómicas que en ocasiones caen en visibilizarlos como “población de riesgo” para las sociedades receptoras por la ausencia de un contexto que brinde un marco social de las situaciones de salud que vive esta población (68).

De esta manera, podemos identificar cómo la medicina social nos permite reconocer los factores sociales y sus desafíos para el desarrollo de salud de migrantes internacionales, desde una mirada más local, visualizando el contexto sociocultural en los territorios y sistemas de salud, incluyendo sus profesionales. La medicina social incorpora además del desarrollo y dimensión teóricas una bajada práctica, donde se identifican las recomendaciones de la literatura para acciones a realizar con comunidad migrante en su inclusión social y sanitaria. Desde la salud pública global es posible reconocer estos desafíos y acciones de manera global e interconectada en los distintos países y territorios, incluyendo organizaciones y redes internacionales, reconociendo los desafíos que implica la interculturalidad para la inclusión y atención de comunidades migrantes de forma global y las acciones realizadas para su abordaje.

La evolución de las sociedades, su complejidad y diversidad hacen necesaria la evolución de los focos y metodologías de la investigación, las políticas públicas y los sistemas de salud y competencias de sus profesionales para adaptarse a las necesidades de estas sociedades cada vez más heterogéneas. La medicina social y la salud pública global otorgan enfoques para enfrentar el desafío de la atención de salud de estas nuevas sociedades, reconociendo a todos quienes habitan en ellas y como los determinantes sociales impactan en el desarrollo de su salud y bienestar. La globalidad que se experimenta en estos tiempos hace aún más necesario involucrar estas miradas, reconociendo que las fronteras se han diluido y lo que ocurre en un extremo del mundo tiene un impacto en los otros extremos, involucrando la migración internacional, y se deben afrontar estos desafíos desde un enfoque que reconozca y valore las diversidades que cohabitan este mundo y sus distintos rincones.

Recomendaciones

A partir de la información revisada y recopilada en este capítulo, se realizan las siguientes recomendaciones para los diversos territorios de acción en salud con comunidades migrantes internacionales a partir de la literatura:

- A nivel de programas y políticas públicas, se identifica la necesidad de mejorar los registros de la información disponible sobre población migrante internacional, enriqueciendo esta información contemplando contextos sociales que involucren información del proceso migratorio. Para esto, la literatura propone mejorar los procesos de levantamiento de información y

registros ya existentes añadiendo nuevas categorías de información que permitan identificar de mejor manera, la diversidad de esta población, más allá del país de proveniencia.

- A nivel del sistema de salud, se reconoce en la literatura que deben realizarse adaptaciones para que este involucre una sensibilidad cultural en su abordaje con población migrante internacional y culturalmente diversa. Estudios proponen abordarlo desde un método con enfoque “inclusivo”, donde el sistema existente se adapte y flexibilice considerando las necesidades de esta población (mediación cultural y lingüística, información sobre el sistema de salud en país de destino en su idioma, información sobre redes de apoyo, sociales, atenciones y tratamientos disponibles de forma gratuita, entre otras), más que un enfoque “exclusivo” que formule programas aparte dirigidos de forma exclusiva para esta población.
- Dentro del espacio de atención de salud con comunidad migrante internacional se recomienda a los profesionales de la salud estar atentos al buen trato, respeto y escucha activa a creencias en salud y necesidades expresadas por pacientes, con sensibilidad cultural. En el caso de que esté presente la barrera idiomática, se recomienda realizar la atención de salud en conjunto con un facilitador lingüístico y mediador intercultural, que sea preferiblemente de la misma cultura o nacionalidad del paciente migrante internacional y mismo género, en especial en el caso de atenciones dirigidas al cuidado del embarazo de mujeres migrantes.
- En investigación, es necesario indagar en el enfoque de género en las poblaciones migrantes internacionales, para poder identificar si existen inequidades de género específicas vinculadas con la experiencia del proceso migratorio. Se ha reconocido una feminización de las migraciones, lo que implica empujar la investigación hacia la comprensión de las experiencias de la población migrante femenina y sus necesidades.
- La literatura recomienda realizar investigaciones de metodologías cualitativas y mixtas, que profundicen en las experiencias de la comunidad migrante internacional en las distintas etapas del proceso migratorio, más allá que solo en el país de destino. Es importante también, el reconocimiento de cómo se configura la búsqueda de ayuda, atención y cuidado de la salud en la etapa de tránsito. Reconocer estos sistemas puede contribuir a organizaciones internacionales que velan por la protección de migrantes internacionales a trabajar de forma interconectada y potenciar estas redes, beneficiando a esta comunidad.
- En la investigación epidemiológica crítica y medicina social se recomienda considerar cuidadosamente los contextos sociales, globales y estructurales en que la migración internacional sucede e impacta a la salud de esta población, para evitar la estigmatización a través de categorías cerradas que puedan caer en manipulación fuera del contexto social que implica la migración internacional para la salud, como es en el caso de investigación de enfermedades infecciosas. Esto también colabora a reconocer la diversidad de esta población en sí misma.
- Recomendamos considerar los enfoques de medicina social y salud pública global cuando se aborde el desafío de la interculturalidad en la inclusión de población migrante internacional, tanto en la sociedad como en el sistema de salud y otros sistemas de protección social. Estos permiten reconocer e identificar los desafíos de manera local y global de manera transversal, que están aún en desarrollo en distintos países del mundo. Las estrategias que están siendo desplegadas en otros países pueden entregar luces de cómo abordar este desafío en el territorio local, contemplando las diferencias culturales.

Referencias

1. Alvarez A. Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho. Ediciones. México; 2014.
2. Organización Internacional de Migraciones. La migración en la Agenda 2030 - Guía para profesionales [Internet]. Ginebra; 2018 [cited 2020 Jul 31]. Available from: www.oim.int
3. Porter D. How did social medicine evolve, and where is it heading? *PLoS Med*. 2006;3(10):1667-72.
4. Reese DM. Fundamentals - Rudolf Virchow and modern medicine. *West J Med* [Internet]. 1998;169(2):105-8.
5. Anderson M, Smith L, Sidel V. What is Social Medicine? *Mon Rev*. 2005;56(8):26.
6. Fathalla MF. When medicine rediscovered its social roots. *Bull World Health Organ*. 2000;78(5):677-8.
7. Foucault M. El nacimiento de la medicina social. *Med Tradic*. 1982;3(11):3-16.
8. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/#:~:text=Los determinantes sociales de la, incluid o el sistema de salud.

9. Benach J, Friel S, Houweling T, Labonte R, Muntaner C, Schrecker T, et al. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Commission. World Health Organization Geneva. Geneva; 2010 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
10. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017.
11. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12(2):128–36.
12. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001;91(10):1592–601.
13. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001;358(9278):315–23.
14. ALAMES. Estatutos Asociación Latinoamericana de la Medicina Social [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://www.alames.org/index.php/redes-tematicas-5/estatutos>
15. Eslava, J. Pensando en la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*. 2017;19(3): 396-403.
16. Duarte-Nunes, E. La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización. *Salud Colectiva*. 2016;12(3):347.
17. ABRASCO. Sobre la Asociación Brasileña de Salud Colectiva [Internet]. 2020. [Recuperado el 17 de enero 2020] Recuperado de: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>
18. Stolkiner, A. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Rev. Arg. de Psiquiatría*. 2012;XXIII:57-67.
19. Casallas-Murillo, AL. A medicina social-saúde coletiva latino-americanas: Uma visão integradora frente à saúde pública tradicional. *Revista Ciências de la Salud*. 2017;15(3): 397-408.
20. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción [Internet]. Washington D.C; 2002 [cited 2020 Jul 26]. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
21. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993–5.
22. Franco-Giraldo Á. Salud global: Una visión latinoamericana. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;39(2):128–36.
23. Rowson M, Willott C, Hughes R, Maini A, Martin S, Miranda JJ, et al. Conceptualising global health: Theoretical issues and their relevance for teaching. *Global Health [Internet]*. 2012;8(1):1. Available from: [Globalization and Health](http://www.globalizationandhealth.org/)
24. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | El Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde (PLS) [Internet]. 2020. [Recuperado el 18 de enero 2021]. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12754:ilhp&Itemid=0&lang=es
25. Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp y Salud Pública*. 2010;27(1):94–101.
26. Toro M del. La Declaración Universal de Derechos Humanos: un texto multidimensional. México, D.F; 2012. Available from: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CSUPDH2-1aReimpr.pdf
27. World Health Organization. Salud y derechos humanos [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
28. Van-Rompaey K. Salud global y derechos humanos: propiedad intelectual, derecho a la salud y acceso a los medicamentos. Montevideo, Uruguay; 2009. Available from: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23541.pdf>
29. Linares-Pérez N, López-Arellano, O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la Salud Colectiva. Vol. 3, *Medicina Social*. 2008. Available from: www.medicinasocial.info
30. Actis, E; Pasquale, D. Las dimensiones constitutivas del bienestar social: una propuesta conceptual. *Trab y Soc*. 2017;29:493–515.
31. Reyes C. Social well-being. *Soc Psychol Q*. 1998;61(2):121–40.
32. Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. 2005;17(4):582–9.
33. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud, ¿Qué calidad de vida? [Internet]. 1996 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
34. Urdúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicológica*. 2012;30(1):61–71.
35. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003;35(2):161–4.
36. Schwartzman L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc y enfermería*. 2003 Dec;9(2):09–21.
37. Vanhulst J, Beling A. Buen vivir: la irrupción de América Latina en el campo gravitacional del desarrollo sostenible. *Rev Iberoam Econ Ecológica*. 2013;21:1–14.
38. Mayorga F, Córdova E. Gobernabilidad y gobernanza en América Latina [Internet]. Ginebra; 2007 [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35030901/ficha-gobernabilidad.pdf?1412698738=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DGOBERNABILIDAD_Y_GOBERNANZA_EN_AMERICA_L.pdf&Expires=1595545882&Signature=X0-oLTU-fVVJn7kQaFPLVraZLxc0eCwv2i6VhbNHLHU7Uf
39. Ferrajoli L. Sobre la definición de “democracia”: Una discusión con Michelangelo Bovero. *Isonomía*. 2003;19.
40. Franco S. Salud para la paz y paz para la salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2015;14(29):5–8.
41. Organización Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible – Sistema de las Naciones Unidas En Chile [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <http://www.onu.cl/es/sample-page/odm-en-chile/>
42. Organización Naciones Unidas. Paz, justicia e instituciones sólidas: Por qué es importante [Internet]. Objetivos de desarrollo sostenibles. [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2017/01/Goal_16_Spanish.pdf
43. Organización Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible – Sistema de las Naciones Unidas En Chile [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://www.onu.cl/es/sample-page/odm-en-chile/>
44. Organización Naciones Unidas. Hambre y seguridad alimentaria – Desarrollo Sostenible [Internet]. Organización Naciones Unidas. 2020 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
45. Organización Naciones Unidas. Salud y Bienestar– Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 2020 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
46. Organización Naciones Unidas. Objetivo 4: Educación de calidad – Desarrollo Sostenible [Internet]. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. 2020 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
47. OIM, ONU. Migración y objetivos de desarrollo sostenible “Que nadie se quede atrás” [Internet]. [cited 2020 Aug 1]. Available from: <http://portal.crmsv.org>
48. Organización Naciones Unidas. Objetivo 5 desarrollo sostenible: Igualdad de género y empoderamiento de la mujer [Internet]. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 2018 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
49. Organización Naciones Unidas. Agua y saneamiento – Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos. 2020 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/water-and-sanitation/>
50. Organización Naciones Unidas. Objetivo 8 desarrollo sostenible: Trabajo decente y desarrollo económico ¿Por qué es importante? [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <http://www.un.org/>
51. Organización Naciones Unidas. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos – Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países. 2020 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>
52. Organización Naciones Unidas. Paz y justicia – Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivo 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas. 2020 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/peace-justice/>
53. Organización Naciones Unidas. Objetivo 17: Alianzas para lograr los objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Objetivo 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. 2018 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>

54. Courtis C. Niños, niñas y adolescentes refugiados/as en Chile: un cuadro de situación. In: Riva A, Ocon Y, N E, editors. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile Avances y desafíos. Santiago: ACNUR, OIM, UNICEF; 2012. p. 159–90. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2012/8938.pdf>
55. Salehi R. Intersection of health, immigration, and youth: A systematic literature review. *J Immigr Minor Heal*. 2010;12(5):788–97.
56. Alarcón RD, Parekh A, Weinberg ML, Duarte CS, Araya R, Oquendo MA. Hispanic immigrants in the USA: social and mental health perspectives. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(9):860–70.
57. Miller R, Tomita Y, Ong KIC, Shibanuma A, Jimba M. Mental well-being of international migrants to Japan: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(11).
58. Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social–Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. Seraphia A. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic. *Psychiatr Serv*. 2016;67(3):265–74.
59. Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social–Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01025-2>
60. Almeida LM, Caldas J, Ayres-De-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1346–54.
61. Santiago M, Figueiredo MH. Immigrant Women's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic Review. *J Immigr Minor Heal*. 2015;17(1):276–84.
62. Rogers HJ, Hogan L, Coates D, Homer CSE, Henry A. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds—Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Heal Soc Care Community*. 2020;1–23.
63. Sotgiu G, Dara M, Centis R, Matteelli A, Solovici I, Gratziou C, et al. Breaking the barriers: Migrants and tuberculosis. *Press Medicale*. 2017;46(2):5–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.01.013>
64. Tomás BA, Pell C, Cavanillas AB, Solvas JG, Pool R, Roura M. Tuberculosis in migrant populations. A systematic review of the qualitative literature. *PLoS One*. 2013;8(12):1–12.
65. Mucci N, Traversini V, Giorgi G, Tommasi E, De Sio S, Arcangeli G. Migrant workers and psychological health: A systematic review. *Sustain*. 2020;12(1):1–29.
66. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, Mcalpine A, Pocock N, Devakumar D, et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:872–82. Available from: www.thelancet.com/lancetgh
67. Premji S. "It's Totally Destroyed Our Life": Exploring the Pathways and Mechanisms Between Precarious Employment and Health and Well-being Among Immigrant Men and Women in Toronto. *Int J Heal Serv*. 2018;48(1):106–27.
68. Razum O, Wenner J. Social and health epidemiology of immigrants in Germany: Past, present and future. *Public Health Rev* [Internet]. 2016;37(1):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40985-016-0019-2>
69. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W. Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy (New York)*. 2012;105(1):10–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.003>
70. Villarreal N, Hannigan A, Severoni S, Puthoopparambil S, MacFarlane A. Migrant health research in the Republic of Ireland: A scoping review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–10.
71. Kentikelenis AE, Shriwise A. International organizations and migrant health in Europe. *Public Health Rev*. 2016;37(19):2–20.
72. The Lancet Public Health. Protecting migrant women. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e1–23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30244-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30244-X)
73. Henares-Montiel J, Ruiz-Perez I, Mendoza-García O. Health inequalities between male and female immigrants in Spain after the beginning of the economic crisis. *Heal Soc Care Community*. 2018;26(6):891–7.
74. Wohler Y, Dantas JA. Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. *J Immigr Minor Heal*. 2017;19(3):697–701.
75. O'Mahony J, Clark N. Immigrant Women and Mental Health Care: Findings from an Environmental Scan. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(11):924–34. Available from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479903>
76. Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux S, Gabus L, et al. Migrant and refugee populations; a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018;7:113.
77. Ornelas IJ, Yamanis TJ, Ruiz RA. The health of undocumented latinx immigrants: What we know and future directions. *Annu Rev Public Health*. 2019;41:289–308.
78. Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(4):420–35.
79. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries—the 3C model. *BMC Public Health*. 2019;19(1).
80. Schouten BC, Cox A, Duran G, Kerremans K, Banning LK, Lahdidioui A, et al. Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Educ Couns*. 2020;1–5.
81. Navas-Camargo F, Montoya Ruiz S. The need of having an intercultural approach, in the welcome mechanisms of migrants and refugees in Bogotá. Policy review, learning from others, making proposals. *Utop y Prax Latinoam*. 2018;23(2):114–26.
82. Suleman S, Garber KD, Rutkow L. Xenophobia as a determinant of health: an integrative review. *J Public Health Policy*. 2018;39(4):407–23. Available from: <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0140-1>
83. Van Hout MC, Lungu-Byrne C, Germain J. Migrant health situation when detained in European immigration detention centres: a synthesis of extant qualitative literature. *Int J Prison Health*. 2020;(December 2019).
84. Dalton-Oates B. Medical translation: the neglected human right. *Int J Hum Rights Healthc*. 2017;10(4):228–38.
85. Cabieses B, Libuy M, Dabanch J, Santiago M. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas: De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile. Santiago; 2019. Available from: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/2813>
- 86.
87. Agradecimientos: A Anita Jasmen, bibliotecaria de la biblioteca digital de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo por su apoyo y asesoría en la revisión bibliográfica desarrollada en bases de datos de la universidad para hacer posible el desarrollo de este capítulo.
88. Financiamiento: Fondecyt Regular 1201461, FONIS SA1910066, DID-UDD ANID COVID-19.



CAPITULO 7

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

Carla Urrutia. antropóloga social, Msc, Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Ciencias y Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, carla.urrutia@udd.cl

Xaviera Molina. enfermera, Diplomada en Bioestadísticas y Epidemiología de Campo. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. xmolinaa@udd.cl

Alexandra Obach. PhD, antropóloga, profesora asociada. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. aobach@udd.cl

Báltica Cabieses. PhD, enfermera-matrona, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, visiting scholar University of York, bcabieses@udd.cl

Según las últimas estadísticas nacionales, la población migrante en Chile ha ido en aumento en las últimas décadas. Esta población necesita una atención en salud adecuada culturalmente, pero este desafío aún está en pleno desarrollo en el territorio nacional. Los profesionales y los establecimientos de salud deben estar preparados y capacitados en habilidades interculturales para promover una atención digna y de calidad para los migrantes internacionales en Chile. Se realizaron dos búsquedas científicas en bases de datos internacionales especializadas en temáticas de interculturalidad en salud y mediación intercultural. La primera búsqueda -orientada a identificar intervenciones de interculturalidad en salud en estudios del mayor rigor científico posible- se realizó en dos bases de datos dedicadas a revisiones sistemáticas de alto nivel, Prospero y Cochrane. La segunda búsqueda se hizo sobre los mediadores interculturales, con un interés más amplio en recoger experiencias, aunque tuvieran menor rigor científico, se realizó en la base de datos PubMed/Medline. De acuerdo con los resultados, la evidencia sobre interculturalidad en salud en bases de datos de revisiones sistemáticas se centra en los siguientes cinco ejes: (i) Concepto de interculturalidad en salud; (ii) Competencias interculturales en salud; (iii) Competencias comunicacionales en salud; (iv) Intervenciones en interculturalidad en salud; e (v) Instrumentos de medición interculturales. Para el caso de la mediación intercultural en bases de datos biomédicas más amplias, la evidencia informa respecto de las siguientes dimensiones: (i) Necesidad de capacitación continua a mediadores interculturales; (ii) Contar con intérprete profesional; (iii) Necesidad de contar con mediadores interculturales que trabajen en áreas de salud específicas; (iv) Estrategias de mediación intercultural; (v) Código ético o de buenas prácticas; (vi) Derecho a mediador/facilitador/intérprete; y (vii) Elementos de la atención. La literatura científica internacional puede ser de gran utilidad para informar y aportar a este esfuerzo de brindar una atención de salud con enfoque intercultural a poblaciones migrantes internacionales en Chile. La evidencia disponible en la actualidad es útil para el diseño y mejora de estrategias y acciones que hoy se llevan a cabo en materia de interculturalidad en salud y de facilitación/mediación intercultural con poblaciones migrantes internacionales en Chile y la región.

Palabras clave: práctica basada en la evidencia, revisión de literatura, bases de datos científicas, interculturalidad en salud, facilitador intercultural, mediador intercultural.

Abstract

According to the latest national statistics, the migrant population in Chile has been increasing among recent decades. This population needs culturally adequate health care, but this is still a development challenge in the national territory. Health professionals and facilities must be prepared and trained in intercultural skills to promote dignified and quality healthcare for international migrants in Chile. Two scientific approaches were looked into specialized international databases on interculturality in health and intercultural mediation. The first one aimed at identifying intercultural health interventions in studies of the highest possible scientific rigor, was carried out in two databases dedicated to high-level systematic reviews, Prospero and Cochrane. The second one was aimed at intercultural mediators, with a broader interest in collecting experiences, despite the fact that they had less scientific rigor, was carried out in the PubMed/Medline database. According to the results, interculturality in health on databases of systematic reviews focuses on the following five axes: (i) Concept of interculturality in health; (ii) Intercultural competencies in health; (iii) Communication skills in healthcare; (iv) Intercultural health interventions; and (v) Intercultural measurement instruments. In the case of intercultural mediation in broader biomedical databases, the focus is on the following dimensions: (i) Need for continuous training for intercultural mediators; (ii) Need of a professional interpreter; (iii) Need for intercultural mediators who work in specific health areas; (iv) Intercultural mediation strategies; (v) Code of ethics and good practices; (vi) Right to mediator / facilitator / interpreter; and (vii) Elements of care. The international scientific literature is very useful to inform and contribute to this effort to provide healthcare with an intercultural approach to international migrant populations in Chile. The knowledge available is useful for the design and improvement of the strategies and actions that are currently being carried out in matters of interculturality in health and intercultural facilitation/mediation with international migrant populations in Chile and the region.

Keywords: evidence-based practice, literature review, scientific databases, interculturality in health, intercultural facilitator, intercultural mediator.

Los últimos datos arrojados en el Censo del 2017 con respecto a la variable de migrantes en Chile, indican que la población migrante internacional en Chile ha ido en aumento en las últimas décadas (1). Este nuevo escenario en la diversidad poblacional trae consigo diversos desafíos a nivel país, uno de ellos referido a la dimensión de salud de esta población, en reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud. Cuando una persona o un grupo familiar decide migrar, se reconoce un proceso migratorio que incluye la planeación del proyecto migratorio, los arreglos necesarios que se hacen para iniciar la partida, el viaje desde el país de origen al país de llegada (por tierra mar o aéreo), la llegada al país de destino y la instalación en dicho sitio. El proceso migratorio en sí mismo no presupone per sé un riesgo para la salud de las personas migrantes, sino más bien son los contextos y condiciones del proceso migratorio que pueden exponer a estas poblaciones a riesgos para su salud, por ejemplo, tráfico de personas, violación a los derechos humanos en el trayecto, condiciones de viaje precarias que impliquen hacinamiento y falta de condiciones sanitarias básicas, estafas por parte de pasadores, violencia sexual, riesgos comprometidos por ingreso de pasos no habilitados, entre otros. Por otra parte, los determinantes sociales de la salud se evidencian luego en el proceso de asentamiento, como el estatus de regularidad en el país, condiciones de vida, de trabajo, entre otros elementos que producen un impacto directo en la salud de migrantes. De todos modos, es importante recalcar que las experiencias migratorias son diferentes entre sí, y los grupos migrantes son altamente heterogéneos, por lo que la relación entre migración y salud es también variable, aun cuando se reconoce que personas migrantes que experimentan situaciones de vulneración de derechos, desventaja socioeconómica y pobreza, tienden a presentar peores resultados de salud física y mental (2).

En Chile actualmente, a pesar de diversos avances que hay en la materia, aún se constatan una serie de barreras tanto de acceso como de uso del sistema de salud en población migrante internacional. Por esta razón, se han desarrollado distintas iniciativas, entre ellas, la estrategia nacional denominada Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes (PRAPS) (3) para acortar brechas de acceso y uso efectivo del sistema de salud por parte de esta población. Junto con lo anterior, cabe destacar la creación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del año 2017, cuyo plan de acción se encuentra en elaboración (4). Más allá de avances como los descritos, se constatan obstáculos como, por ejemplo, la comunicación entre usuarios de salud migrantes y el personal de salud, lo que incluye tanto barreras lingüísticas, como también eventuales diferencias en las aproximaciones hacia los procesos de salud-enfermedad-atención, lo que dificulta el encuentro en salud (5). Frente a estos desafíos, emergen al menos dos preguntas relevantes a considerar: ¿cómo abordar estos escenarios desde un enfoque de interculturalidad en salud aplicado a población migrante internacional?, y ¿cómo se definen y que rol cumplen los y las mediadores interculturales en la atención en salud dirigida a esta población? El capítulo busca responder a estas preguntas en base a la evidencia científica internacional disponible, con el fin de contribuir al desarrollo de prácticas de salud dirigidas a población migrante internacional basadas en la interculturalidad.

En este contexto, la generación de políticas, programas y acciones en salud para la población migrante internacional es de suma urgencia, y deben ser construidas a partir de la evidencia científica disponible con el fin de optimizar los resultados de las intervenciones. Este principio sigue la línea del enfoque de salud pública basada en la evidencia, entendido como la integración de la mejor evidencia disponible, con el conocimiento y juicios por parte de los actores que incluyen a los usuarios de salud y expertos para el beneficio de las necesidades de la población (6). El realizar acciones en salud que consideren la evidencia de calidad disponible puede mejorar las posibilidades de éxito de las intervenciones, reducir costos y acelerar procesos de cambio en favor de la equidad y la inclusión social en salud de grupos vulnerables o en desventaja (7) en los últimos años (2005-2010). En este marco, el presente capítulo se propone dar cuenta de evidencia científica disponible con respecto a, en primer lugar, intervenciones enfocadas en la interculturalidad en salud a partir de revisiones sistemáticas y protocolos de ensayos clínicos de alto nivel de rigor científico, y, en segundo lugar, evidencia científica disponible en bases de datos biomédicas de alto nivel pero que integran diversos tipos de estudios, sobre la figura de mediadores interculturales en salud como foco particular de análisis. El concepto de mediador intercultural tiene distintas acepciones de acuerdo con cómo se concibe el nivel de implicancia de esta figura que media en el espacio de salud entre personal de salud y en este caso los migrantes. Ejemplo de lo anterior, es el concepto de traductores, que remite su alcance a la mera traducción entre un idioma y otro. La figura del facilitador lingüístico posee algunos atributos de mayor facultad, en tanto, el facilitador puede también intervenir haciendo precisiones de contexto de los procesos de salud-enfermedad y atención de los usuarios. Existe también el término mediador cultural para hacer referencia a un rol que posee aún mayor implicancia; esto

debido a que este rol implica tanto la traducción lingüística, como la contextualización cultural de las traducciones y de los aspectos socioculturales de la salud-enfermedad atención. Estos elementos no son necesariamente inteligibles entre el usuario y el personal de salud, debido a diferencias socioculturales y contextuales. Para efectos de este capítulo y de modo propositivo, utilizaremos el término de mediador intercultural ya que el término intercultural incluye además de la cosmovisión y cultura de los usuarios, la cultura del personal de salud, en el sentido de que la biomedicina es un sistema médico culturalmente situado. A esto se le puede además añadir la cultura institucional de los distintos dispositivos de atención.

De acuerdo con las preguntas de investigación anteriormente planteadas, se realizaron dos búsquedas de literatura científica en distintas bases electrónicas de alto nivel internacional sobre las materias enunciadas. Cabe destacar que las búsquedas estuvieron referidas a bases de datos científicas especializadas en temáticas de salud y biomédicas (Cochrane, Prospero y Medline/Pubmed). Esta decisión de criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda de literatura se hizo teniendo en cuenta de cómo se ha desarrollado la interculturalidad en salud en Chile y en América Latina; la que se construyó en primer lugar en relación a la necesidad de relevar la salud intercultural de los pueblos originarios. La literatura producida desde las ciencias sociales y la literatura gris son abundantes en esta temática, pero no así en cuanto a la salud intercultural enfocada en población migrante. Es por esto, que se torna relevante realizar una búsqueda de literatura sobre salud intercultural enfocada en poblaciones migrantes dejando de lado la experiencia de la interculturalidad en esta materia con respecto a los pueblos originarios. Es momento de expandir el concepto de interculturalidad en salud a otras poblaciones, en este caso, a la emergente nueva configuración del crisol cultural en Chile en tanto receptor de nuevos migrantes.

De esta forma, este capítulo tiene por objetivo centrarse en la evidencia científica internacional disponible, desde bases de datos exclusivas de salud y con énfasis biomédico, referida a interculturalidad en salud y migración internacional, así como la figura de facilitadores/mediadores interculturales también específicos para esta población, con el fin de contribuir a visibilizar la evidencia científica existente, y ponerla a disposición por tomadores de decisión de planes y políticas de salud para población migrante internacionales. La compleja matriz social actual exige nuevos abordajes conceptuales, empíricos y de acción en salud intercultural. Este problema se reconoce como una necesidad urgente sentida por parte de la autoridad sanitaria, de los equipos de salud y de los mismos migrantes internacionales. Desde este reconocimiento surge la importancia del diseño y monitoreo de estrategias y normas que mejoran el acceso a salud para los migrantes en base a una igualdad de condiciones con respecto a la población nacional, las que deben ser basadas en la evidencia científica antes de ser difundidas y aplicadas en todas las comunas del país (8).

Metodología

Para la construcción del presente capítulo se realizó una revisión de literatura en bases de datos científicas sobre estrategias y acciones de interculturalidad en salud y migrantes internacionales, valorando evidencia regional y mundial sobre el tema. Posteriormente, se realizó una revisión de literatura respecto a evidencia internacional sobre experiencias internacionales referidas a mediadores interculturales en las atenciones de salud a migrantes internacionales. Se recopilaron un total de 31 artículos entre las dos búsquedas.

Revisión de literatura sobre interculturalidad en salud en migrantes internacionales

Esta revisión se llevó a cabo en enero del año 2020. En una primera instancia se consultó la base de datos de Prospero (Cuadro 1), base de datos que integra el registro internacional prospectivo de revisiones sistemáticas. Se realizaron las siguientes ecuaciones de búsqueda en base a las palabras clave que se muestran a continuación:

Tabla 1: Ecuación de búsqueda Prospero

#	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	HITS
	<i>"Interculturality health" OR "intercultural health" OR "cultural competence" OR "cultural pertinence" OR "intercultural pertinence" OR "cultural sensibility" OR "intercultural sensibility" OR "cultural humility" OR "interculturality".</i>	27

Se obtuvieron 27 resultados, de los cuales se excluyeron artículos que no hablaran sobre interculturalidad y/o salud, finalmente se seleccionaron 13 artículos.

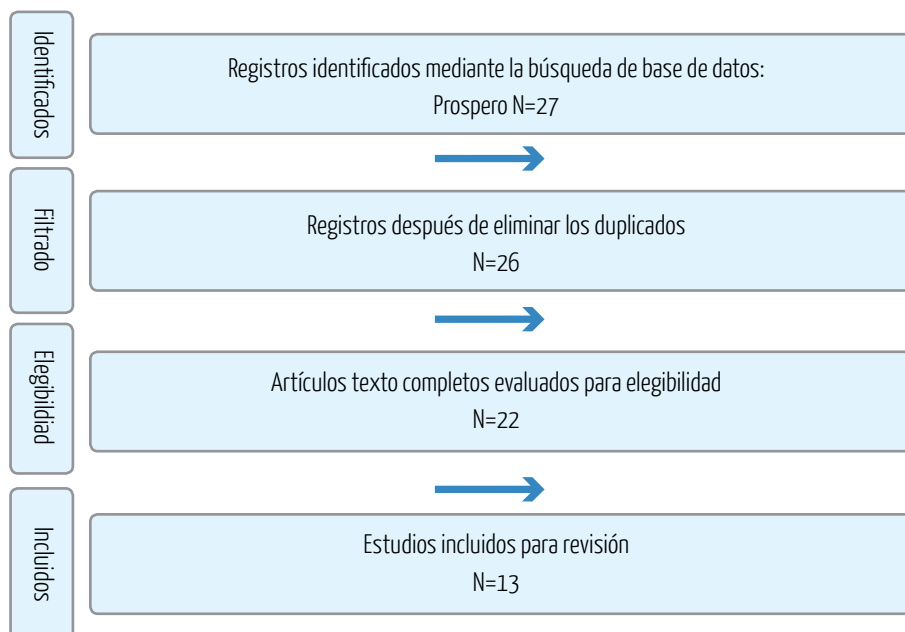
La segunda búsqueda se llevó a cabo en enero de 2020 y se realizó en Cochrane (Cuadro 2), base de datos que contiene revisiones sistemáticas, de acuerdo con la siguiente estrategia de búsqueda:

Tabla 2: Ecuación de búsqueda Cochrane

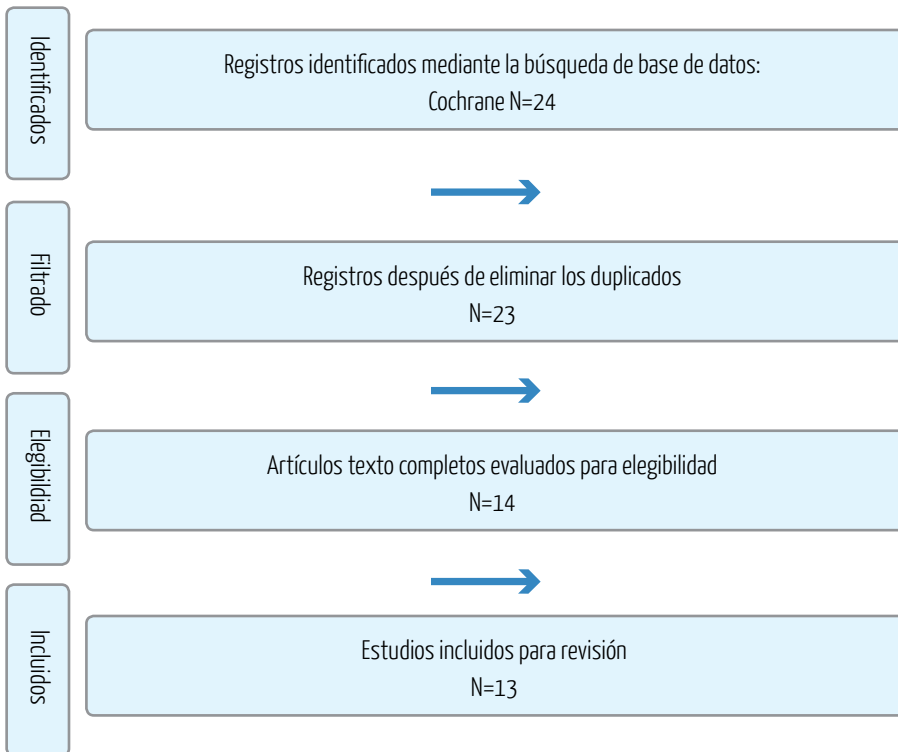
#	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	HITS
	<i>"Interculturality" OR "intercultural health".</i>	24

Se obtuvieron 24 resultados y se seleccionaron 13 artículos. Para ambas búsquedas, se dejaron fuera artículos que no estuvieran enfocados en poblaciones migrantes internacionales. Los artículos seleccionados se integraron en una carpeta virtual y se elaboró una planilla Excel que se completó para extraer la información principal de cada documento encontrado, para su posterior presentación de resultados, que se describen en las secciones siguientes.

Cuadro 1: Flujograma PRISMA Prospero



Cuadro 2: Flujograma PRISMA Cochrane



Revisión de literatura sobre la figura de facilitador/mediador intercultural en salud para migrantes internacionales

En junio del 2020 se realizó una primera búsqueda en la base de datos PubMed/Medline a partir de las siguientes palabras clave:

“Translator”, “Cultural Mediator”, “Intercultural Mediator” e “Interpreter”. Asimismo, se incluyeron los términos MeSH y generales respecto a migración internacional: *“Transients and Migrants”, “Emigrants and immigrants”, “Refugee”, “Migrant”, “Migrants”, “Immigrant” e “Immigrants”*.

Asimismo, a partir de la literatura previamente revisada, recomendada por expertos, se decidió incorporar una serie de ecuaciones de búsquedas adicionales, las cuales se describen en la Tabla 1. En dicha tabla se puede observar que la estrategia #3 está enfocada en la comunicación de salud, ya que gran parte de la literatura revisada incluía estas palabras claves en sus estudios, por lo que permitía filtrar temáticas no relacionadas y enfocarse en atenciones de salud. Por otro lado, se decidió incorporar la estrategia #4 para identificar estudios que presenten experiencias implementando programas, planes o intervenciones sobre mediadores interculturales.

Los artículos fueron seleccionados a partir de la revisión de las ecuaciones presentadas en la Tabla 1 en las búsquedas generales #6 y #7, de acuerdo con su relación con la temática: mediación-facilitación intercultural en atenciones de salud a migrantes internacionales. Se excluyeron los artículos que hablaban únicamente de los mediadores o facilitadores informales, es decir, aquellas personas que no recibieron capacitación al respecto, como son familiares y amigos de los usuarios, u otras figuras que cumplen el rol de intérprete en las atenciones de salud. Finalmente se seleccionaron 54 artículos para la extracción de información en planilla Excel que luego fue sintetizada en tablas resúmenes, para su posterior presentación de resultados en las siguientes secciones.

Tabla 3: Búsqueda de literatura en PubMed/Medline (junio del 2020)

#	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	HITS
1	("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants")	53,924
2	("Cultural Mediator" OR "Intercultural Mediator" OR "Translator" OR "Interpreter")	2,778
3	("Negotiating" [Mesh] OR "Communication" [Mesh] OR "Translations" [Mesh] OR "Health Communication" [Mesh] OR "Intercultural Health Communication")	310,173
4	("Program Development" [mesh] OR "Health Plan Implementation" [mesh] OR "Health Policy" [mesh] OR "intervention" OR "program" OR "programme")	1,621,496
5	1&2	343
6	1&2&3	160
7	1&2&4	58

Evidencia sobre interculturalidad en salud en migrantes internacionales

Los hallazgos de la búsqueda de evidencia científica desde las bases de datos internacionales Prospero y Cochrane corresponden principalmente a trabajos provenientes de América (divida en Norteamérica y Latinoamérica), y de Europa. Los tópicos encontrados a partir de la revisión de los 26 artículos seleccionados sobre interculturalidad en salud con población migrante internacional se sintetizan a continuación en los siguientes ejes temáticos: i) Concepto de interculturalidad, ii) Competencias interculturales en salud, iii) Comunicación en salud, iv) Intervenciones en interculturalidad, y v) Instrumentos de medición.

i) *Concepto de interculturalidad en salud en migrantes internacionales*

El abordaje de la migración internacional desde un enfoque de salud intercultural en el continente es de reciente data. De la evidencia encontrada se encontraron 5 documentos que definieron el concepto de interculturalidad, entre ellos principalmente de Europa y Norte América.

De acuerdo a Jain el desarrollo de este enfoque es crucial para lograr una inclusión real de esta población en los sistemas de salud, haciendo con ello efectivo los acuerdos internacionales en torno a la migración y la salud desde los principios de derechos humanos, del derecho a gozar de una buena salud, y de poder acceder de manera efectiva a los sistemas de salud disponibles en los diversos países de destino de migrantes (9).

La interculturalidad en salud aplicada a población migrante es altamente compleja ya que integra una serie de elementos como aspectos culturales, de la experiencia migratoria, aspectos lingüísticos, dimensiones sociodemográficas, entre otros. La Tabla 2 da cuenta de algunas definiciones de interculturalidad en salud en población migrante que hacen alusión a los distintos elementos anteriormente referidos.

Tabla 4: Definiciones de interculturalidad en salud.

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

Existen múltiples ejemplos, principalmente en Europa referente a la inclusión del enfoque de interculturalidad en salud en programas de atención en salud para migrantes, los cuales toman en consideración los diversos obstáculos de acceso a la salud específicos que enfrentan los grupos de migrantes en la última década. Un ejemplo de ello es la generación de alianzas y cooperación desarrolladas en este mismo continente en los últimos años; y la adaptación de los servicios de migración, desarrollando materiales de información sensibles al idioma y la cultura de las y los usuarios extranjeros.

De acuerdo con Jain, un componente de la interculturalidad en salud es la sensibilidad cultural de los actores en relación a las distintas culturas comprometidas en dicho encuentro. La sensibilidad cultural puede ser considerada como la capacidad de los interactuantes para transformarse, no solo afectivamente, sino también cognitiva y conductualmente. Esto incluye la integración de conocimientos y adopción de conductas respecto a diferentes grupos culturales. Esto se define como un proceso que no es lineal, más bien se puede generar de manera intermitente y no necesariamente la integración de conocimiento condiciona una mayor sensibilidad cultural (9). La sensibilidad cultural incluye tanto a usuarios, a los integrantes de las familias de los usuarios, como al personal de salud y al sistema de salud en el cual están insertos (10,11).

ii) *Competencias interculturales en salud*

Sobre las orientaciones en competencias culturales, los principales hallazgos se desarrollan en Europa y en la región de América durante los últimos 10 años. Según los autores Jain (9) y Ubogaya (12), una parte fundamental de la aplicación práctica de la interculturalidad en salud es la adquisición de habilidades que hagan que la atención en salud sea pertinente interculturalmente. Entre ellas se nombran la adaptación intercultural, la adecuación y la efectividad de la interacción entre usuarios y personal de salud. A este set de habilidades se le denomina competencias interculturales en salud, definidas como la capacidad por parte del personal de salud de entregar un tratamiento al usuario y alcanzar objetivos de comunicación en interacciones interculturales. Junto con esto, la capacidad de pensar y actuar de manera interculturalmente apropiada por parte del personal de salud (9). Es decir, las competencias interculturales se focalizan en las herramientas que puede adquirir el personal de salud para otorgar una atención de salud culturalmente pertinente; entre dichas herramientas se encuentran la sensibilidad cultural, la conciencia intercultural y la competencia en comunicación intercultural.

Van Loon et al. (13), a partir de un estudio realizado en Holanda en el año 2011, evidencian que los migrantes que han tenido un seguimiento de su salud mental muestran altas tasas de abandono de tratamiento debido principalmente a las falencias en las

competencias interculturales de los profesionales de la salud, tales como problemas en la comunicación por el desconocimiento de los idiomas de los migrantes y diferentes interpretaciones de los síntomas y/o diferencias en las expectativas del tratamiento. Por lo tanto, como se observa, hay un enfoque en las competencias interculturales de salud desde los profesionales que realizan la atención de salud a los migrantes.

iii) *Comunicación*

Como se comentó anteriormente la comunicación se reconoce como una habilidad trascendental (Ver tabla 3) para el desarrollo de la interculturalidad en salud. Cinco documentos desde Latinoamérica y Europa mencionan su importancia, siendo estos correspondientes a los últimos 5 años.

Dentro de las habilidades interculturales en salud, varios autores destacan la comunicación como un elemento transversal y esencial. Los autores describen algunas problemáticas que se han relacionado a la comunicación en la atención de salud, por ejemplo Kron et al. (14) sostienen que el contacto y la comunicación intercultural en salud se ven a menudo obstaculizadas por barreras de lenguaje. Se ha observado que hay diversas maneras de comprender y tratar temáticas de salud por parte de usuarios, ya que muchos de sus saberes y prácticas que están culturalmente definidas, son desconocidas en muchas ocasiones por el personal de salud en la atención médica (15,16) De acuerdo a Kron et al., estos problemas de comunicación conllevan una serie de consecuencias, entre ellos: mayor número de consultas por parte de los usuarios, tratamientos somáticos innecesarios y no deseados, pruebas diagnósticas excesivas, diagnósticos perdidos, amplificación de síntomas y obstáculos para un encuentro efectivo en la atención de salud y para el desarrollo de un asesoramiento adecuado a los usuarios (14).

Sarmiento (17) indica que, además de las concepciones culturales que tienen los profesionales de la salud y cómo se comunican con los usuarios, se debe mejorar la comunicación interna de los sistemas formales de salud de cada país, incluyendo a su vez, los lineamientos de las organizaciones internacionales referentes a la temática, esto para potenciar la atención efectiva en salud hacia los usuarios migrantes. Bermejo (18), en el año 2013 realizó un estudio en Alemania sobre alcoholismo en migrantes. En los resultados se destaca que uno de los principales problemas de la población migrante internacional para acceder al sistema de salud, es la falta de información respecto a la atención de salud debido a barreras de comunicación y obstáculos lingüísticos entre las partes involucradas. De acuerdo con el autor, la superación de las barreras comunicacionales entre el sistema de salud y usuarios migrantes internacionales promueve un comportamiento preventivo en salud, reforzando los tratamientos y una evaluación de los patrones culturales que influyen, en el caso del estudio citado, el consumo de alcohol.

Tabla 5: El rol de la comunicación en el encuentro intercultural

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

iv) *Intervenciones en interculturalidad en salud*

Más de 13 artículos destacaron el cómo desarrollar las habilidades y adquirir herramientas interculturales, con estudios desarrollados los últimos 20 años en la mayoría de todos los continentes. Además de analizar las concepciones de interculturalidad en salud y las habilidades o competencias interculturales como un componente esencial de la interculturalidad en salud, la mayoría de la evidencia propone algunas intervenciones que buscan reforzar estos elementos, las cuales varían según el país de estudio (Tabla 3).

La evidencia se enfoca en intervenciones que se han realizado en Europa en el ámbito de la atención médico-usuario, en específico sobre barreras comunicacionales a los que se ven enfrentados. Esto se agudiza en tanto se evidencia un dinamismo en los flujos migratorios, lo que hace que haya un permanente cambio en los perfiles culturales de los usuarios. Lo anterior se traduce en el poco manejo de los idiomas de los usuarios y de sus conocimientos y manejo en lo relativo a los temas de salud y enfermedad (15,19,20). Harmsen (15) en el 2005 plantea que es importante que haya un entendimiento compartido en relación a las percepciones sobre salud y enfermedad entre el personal de salud y los usuarios. Unas de las intervenciones de las que este autor da cuenta estuvo enfocada en la creación de talleres dirigidos a médicos para mejorar sus habilidades y conocimientos interculturales con respecto a la atención de salud a migrantes. A su vez, la intervención incluyó a usuarios, a quienes se les presentaron videos cortos en la sala de espera, disponibles en múltiples idiomas, con el fin de entrenarlos en habilidades de comunicación con el personal de salud a través de ejemplos de conversaciones satisfactorias y no satisfactorias en este ámbito. Los resultados del estudio muestran que la intervención mejoró la satisfacción usuaria y el entendimiento de los médicos con respecto a los usuarios migrantes. Sarmiento (32) por su parte, en el año 2019, un programa de capacitación a agentes interculturales en México para entrenarlos en el establecimiento de vínculos entre las comunidades migrantes y los servicios de salud, especialmente en tanto promotores de estrategias de prevención de morbilidad materna e infantil, con el fin de que pudiesen facilitar intervenciones efectivas entre el personal de salud y usuarios y usuarias migrantes.

En concordancia con las intervenciones recién descritas, la evidencia propone instancias específicas de formación en interculturalidad para profesionales de la salud. Un ejemplo de esto es en la atención de salud mental (21). Van Loon et al. (13) proponen un protocolo en los Países Bajos para la realización de cursos de competencias interculturales a los trabajadores de la salud que se encargan de la atención de enfermedades de salud mental como depresión y trastornos de ansiedad en migrantes internacionales. Los módulos propuestos son i) conocimiento intercultural, como hay un impacto de la migración en las familias, en su historia y su religión; ii) conciencia intercultural, la que tiene por objetivo el que los trabajadores de la salud sean conscientes de sus propios bagajes culturales, actitudes y valores, y que sean capaces de reconocer prejuicios y generalizaciones con respecto al trasfondo cultural de los usuarios; iii) valores interculturales que incluyen la entrega de psicoeducación y cómo utilizar un intérprete durante el tratamiento y otras instancias. El estudio no entrega resultados de la aplicación del protocolo, pero de todos modos es un gran aporte en la medida que, de acuerdo a los autores, existe escasa investigación con respecto a salud mental, migrantes y adherencia terapéutica en los Países Bajos. El protocolo está disponible para su uso.

Sumado a lo anterior, distintos estudios proponen que un aspecto clave para el desarrollo de la interculturalidad en salud con población migrante internacional es la formación del personal de salud en interculturalidad desde el pregrado. Demirel (22) propone un programa de doce semanas presencial desarrollado para estudiantes de pregrado cursando el cuarto año de enfermería en Turquía. Este programa considera la medición de la xenofobia, las actitudes respecto a los migrantes, y la sensibilidad intercultural en los y las futuros enfermeros/as. Esta intervención también se realizó a través de un software virtual (23) mejorando las habilidades comunicacionales de los y las estudiantes, además de permitir ampliar el desarrollo en el ámbito intercultural e interdisciplinario en cada interacción del proceso de práctica de un examen práctico clínico estructurado (OSCE) en los y las estudiantes. Sumado a esto, mejoró el desempeño en la evaluación de los contenidos clínicos de los estudiantes de pregrado de las carreras de la salud.

Otro grupo de estudios sobre intervenciones identificados en la búsqueda, refieren a programas comunitarios con foco en población migrante. Jain (9) indagó en Inglaterra sobre intervenciones a través de películas con contenido y enseñanza multicultural para que un grupo de personas de edades entre los 20 a 70 años se educaran y se replantearan entre sus pares sobre los aspectos interculturales. Esta intervención además indagó en el componente emocional de las atenciones en salud de los estudiantes, lo cual a su vez mejoró los resultados en la medición de la escala de sensibilidad intercultural de los participantes. En lo que refiere al continente asiático, se encontró un protocolo de Yang & Zhao, que evalúa una intervención en competencias culturales a través

de una web para profesionales de la salud. Este protocolo estaba destinado a mejorar resultados de salud de usuarios, mediante la evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de la salud en la prestación de atención en salud culturalmente competente. Una última intervención en relación con estrategias concretas para potenciar la interculturalidad en salud fue la de Massod et al. (24), en la que los autores buscaron fomentar la importancia de reclutar grupos culturales minoritarios o segmentados para el diseño y ejecución de proyectos de investigación.

En resumen, sobre las intervenciones (Tabla 3), se observa que destacan el escenario de la atención personal de salud-usuario como una oportunidad para el encuentro intercultural, siendo el médico u otros profesionales de la salud responsables de adquirir habilidades en comunicación y de conocimiento de las características y principios culturales del usuario. Se comenta poco en la responsabilidad que se le otorgan al rol comunitario y del pregrado como elemento clave para la interculturalidad.

v) Instrumentos de medición

Sobre los instrumentos de medición se encontraron 5 artículos principalmente de Europa que comentaban sobre el uso de los instrumentos de medición. Algunos indagaban de manera profunda la medición de la interculturalidad y otros de manera superficial en la integración del concepto de interculturalidad en las herramientas. Un tema transversal en la mayoría de los estudios identificados es la alusión a una propuesta de escalas de evaluación de competencias interculturales en los equipos de salud; sin embargo, no existe consenso internacional en el uso de una escala de medición específica. Hay estudios que definen como una competencia intercultural exitosa el entendimiento mutuo entre personal de salud-usuario, la percepción de calidad de vida de los usuarios, y la satisfacción del usuario (15). Otros estudios proponen medir las habilidades interculturales a través del número de usuarios que continúan los tratamientos de salud (13,20). Finalmente es importante destacar cómo algunos estudios (25,26) incluyen un componente intercultural en una escala de medición de otros objetivos finales no relacionados con habilidades interculturales, por ejemplo, instrumentos sobre comportamientos frente a la salud en usuarios reumatológicos. En este estudio en específico, añaden en la evaluación de consultas de salud los antecedentes y características culturales de los usuarios.

Tabla 6: Intervenciones concretas de la evidencia que promueven la interculturalidad en salud, base de datos científicas Prospero y Cochrane.

Autor	Año	País	Intervención
Latinoamérica			
Szapocznik y colaboradores	1986 (10)	Cuba	Se realizó una evaluación de un programa de entrenamiento en capacidades para una efectividad cultural (BET) después de una intervención para familias que experimentan conflictos intergeneracionales e interculturales.
Europa			
Schouten y colaboradores	2005 (27)	Holanda	Se examinaron los efectos de una intervención basada en la comunicación intercultural médico-paciente, a través de videos educativos en la sala de espera de los usuarios y tres días de capacitación a médicos. Estas capacitaciones se centraban en herramientas del lenguaje y mayor cobertura de las necesidades del usuario en un tiempo mayor de atención por parte del médico.
Decock y colaboradores	2016 (26)	Reino Unido	Se desarrolló una versión del cuestionario original DELAY, que mide la demora de atención en la evaluación temprana de la artritis. Lo destacable es que incluyó adaptaciones culturales correspondientes para obtener resultados válidos según perfil del paciente.
Harmsen	2005 (15)	Reino Unido	El propósito fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en Rotterdam sobre comunicación intercultural dirigida a disminuir las desigualdades en la atención brindada entre usuarios occidentales y no occidentales. La intervención consistió en que los médicos de cabecera fueron educados sobre las diferencias culturales y capacitados en comunicación intercultural y los pacientes recibieron instrucciones grabadas en video que se centraban en cómo comunicarse con su médico de cabecera de manera más directa.

Masood	2017 (24)	Reino Unido	Se evaluó las estrategias que han adoptados los investigadores para disminuir el sesgo para reclutar adultos de minorías étnicas para los estudios. Enfocándose en el uso de estrategias en una mayor capacitación y apoyo para que el investigador mejore y desarrolle sus habilidades de reclutamiento para facilitar el reclutamiento de minorías étnicas para los ensayos clínicos.
Demirel	2019 (22)	Turquía	Se aplicación de un programa con el objetivo de desarrollar ciertas actitudes y habilidades de los estudiantes de enfermería hacia los refugiados a partir de la hipótesis de contacto sobre la xenofobia, la actitud hacia los refugiados y la sensibilidad intercultural, mejorando sus herramientas para su futuro profesional desde el pregrado
Haller	2019 (21)	Alemania	Se evaluó intervenciones orientadas a la capacitación para mejorar la competencia multicultural de los consejeros, psicoterapeutas y psiquiatras con un enfoque en el asesoramiento / psicoterapia / tratamiento psicológico o psiquiátrico transcultural.
Norte América			
Kron y colaboradores	2017 (14)	Estados Unidos	Se evaluaron las habilidades de comunicación entre los estudiantes de medicina de segundo año en una universidad de Estados Unidos, que fueron expuestos a una simulación por computadora (MPathic-VR) integrando experiencias y dimensiones multiculturales en cada usuario por parte de la atención simulada de los estudiantes de medicina.
Jain	2013 (9)	Estados Unidos	Se crearon estrategias innovadoras para mejorar la sensibilidad cultural en espacios dinámicos familiares, a través de películas con el objetivo de orientar e involucrar a los integrantes de estos en conversaciones culturales de múltiples procedencias.
Vercelli y Rainero	2018 (23)	Estados Unidos	Se aplicó una intervención que se realizó a través de un software, el cual mejoró las habilidades comunicacionales con pertinencia cultural y permitió ampliar un desarrollo en el ámbito intercultural e interdisciplinario en cada interacción del proceso de práctica de un simulada llamada OSCE.
Asia			
Yang & Zhao	2019 (28)	China	Se ejecutó una intervención en competencias culturales basadas en la web para profesionales de la salud que trabajan en entornos de salud (hospital, salud comunitaria y atención a personas mayores) destinadas a mejorar resultados de salud de usuarios a través de una mejora en el conocimiento, habilidades y actitudes de los profesionales de la salud en la prestación de atención culturalmente competente y desempeño de la institución sanitaria.

En conclusión, el concepto de interculturalidad no está consensuado por la evidencia internacional, se considera un concepto complejo y dinámico. Se complementa con la definición de sensibilidad cultural, que se deben adquirir a través de competencias por parte del personal de la salud y la atención directa al usuario, como por ejemplo la comunicación que se construye no solo de una perspectiva de idiomas sino un nivel más integral con el usuario y entre los equipos. Algunas propuestas para mejorar estas competencias son a través de intervenciones sobre las diferentes concepciones de la salud y enfermedad según el ámbito cultural del usuario por medio de capacitaciones y uso de tecnologías. Finalmente, con respecto a los instrumentos encontrados, no hay un instrumento definido para medir competencias interculturales.

Evidencia sobre la figura del/a mediador/a intercultural

En esta sección se presentan los resultados de la búsqueda científica en relación a la figura del mediador intercultural en las atenciones de salud a migrantes internacionales, con un total de 53 artículos incluidos. Para ello se presenta un breve resumen temático de los estudios pertenecientes a cada continente, el que a su vez fue dividido en ejes erigidos de acuerdo al contenido de los estudios. Se han construido tablas de resultados con la finalidad de presentar de forma ordenada los estudios incluidos en esta revisión, los que se han clasificado por continente (América, Europa, Asia, África y Oceanía) y luego por país. Por último, cabe señalar que el uso de los conceptos como mediador e intérprete, y en menor medida facilitador y traductor, se utilizan según el concepto

mismo que usan los autores de los artículos revisados, esto independiente de la propuesta de este capítulo de avanzar hacia el concepto de mediador intercultural

i) Evidencia sobre las Américas

En las Américas la evidencia proviene principalmente de Norteamérica, en específico de Canadá, Estados Unidos y Chile. Para el caso de Canadá, se encontraron 3 artículos: 2008 (29), 2007 (30) y 2011 (31). Estados Unidos es el país con más cantidad de artículos encontrados con un total de 10: 2002 (32), 2005 (33), 2008 (34), 2010 (35), 2011 (36), , 2015 (37), 2016 (38), 2016 (39), 2019 (40), 2019 (41) y 2019 (42). Finalmente, Chile es el último país que contribuye a esta búsqueda con 1 artículo: 2019 (43). De modo que la cantidad de artículos totales que forman la evidencia de las Américas son 14 trabajos. La información recopilada apunta de manera general a cuatro ejes temáticos: i) Rol del mediador intercultural y su formación; ii) Efectos negativos de la mediación intercultural; iii) Intérpretes telefónicos y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) aplicadas a la mediación intercultural y iv) Uso de intérpretes en atenciones de salud específicas: cuidados paliativos, odontología y salud sexual y reproductiva. A continuación, se describe cada uno de estos ejes con sus respectivos autores y referencias:

- Roles de los mediadores y su formación

La evidencia hace una diferencia entre el rol de los mediadores interculturales profesionales y el rol de los mediadores no profesionales. De acuerdo a Rosenberg y colaboradores de Canadá (29) los primeros deben ser capaces de hacer una transferencia de información entre usuarios y trabajadores de la salud, generar un ambiente seguro para el paciente, mediar entre las culturas y mantener límites profesionales. Además, deben fomentar la autonomía y el respeto del paciente, evitando emitir juicios o declaraciones propias. En el caso de los intérpretes no profesionales, en su mayoría familiares de usuarios, Rosenberg y colaboradores de Canadá (30) muestran que su autopercepción en su rol de mediadores sería parte de sus responsabilidades familiares, en los que se despliega la defensoría del usuario (advocacy). La mayor parte de la evidencia apunta a la necesidad de contar con mediadores capacitados por sobre mediadores informales (29,35,36,39,41,43).

Acerca de la formación profesional o capacitaciones para cumplir el rol de mediador, Gany y colaboradores, Jackson y colaboradores de Estados Unidos (35,36) explicitan la necesidad que esto se concrete ya que el contar con mediadores interculturales entrenados conlleva una serie de beneficios, entre ellos, menos posibilidades de errores clínicos en el momento de la traducción; mejor comprensión de su rol en las consultas de salud; y mayor actitud profesional a través de aptitudes específicas que se adquieren a través de entrenamiento específico. Respecto al personal de salud, los hallazgos sostienen que es necesaria la formación en interculturalidad en salud y que los trabajadores de salud sepan cómo realizar sus consultas conjuntamente con la figura del mediador, es decir, que sepan manejar el vínculo triádico paciente-mediador-personal de salud (41,43). Finalmente, Bell de Estados Unidos (40) propone un término que se considera importante, el de “interpreter assemblage”, que se refiere al conjunto de personas, recursos técnicos e ideas que son parte de la mediación intercultural transnacional y que tienen su forma propia de acuerdo a las realidades locales.

- Posibles efectos no deseados de la mediación

Green y colaboradores de Estados Unidos (33) demuestran que la presencia de un mediador puede inhibir al usuario al momento de entregársele información en salud o requerir información que consideren sensible, es decir, hay ciertos aspectos de la comunicación en salud que se comprometen con la presencia de la figura del mediador intercultural. Por otra parte, Rosenberg y colaboradores desde Canadá (30) presentan un estudio que da cuenta de que para algunos médicos las tareas de comunicación son más difíciles cuando se usa un intérprete. Además, los médicos del estudio consideran que los familiares que hacen de intérpretes en las consultas son figuras menos calificadas para realizar esta labor, en comparación con los mediadores o traductores profesionales. De acuerdo a los resultados del estudio, los médicos esperan que sean los intérpretes profesionales los intermediarios culturales durante las atenciones en salud.

- Intérpretes telefónicos y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs)

Las tecnologías actuales permiten cada vez mayor diversidad en la ejecución de la interpretación cultural en contextos de salud, aun cuando se requiere evaluar los efectos positivos y negativos del uso de la tecnología en la mediación intercultural. Una de las

opciones que plantea la evidencia es la de intérpretes interculturales telefónicos. Los estudios concluyen dos ideas diferentes en cuanto al uso de intérpretes telefónicos: por una parte, Dubus de Estados Unidos (38) whether in person or via telephonic means, are used in healthcare settings to aid communication between clinicians and clients when the same language is not shared. Refugees seeking health and behavioural healthcare often have multiple needs and experiences of trauma that can complicate the provision of services. Little is known about the interpreters' experiences in providing in-person and telephonic interpreting for refugees. This qualitative study sought to understand the subjective experiences of interpreters in providing in-person and telephone interpretations to refugees in healthcare settings in the United States. Constant comparative analysis was used to analyse the transcribed, audio-taped individual, semi-structured interviews of 36 interpreters. These interviews were conducted between July 2013 and July 2014. Two themes were identified: (i sostiene que los intérpretes se sienten más cómodos realizando traducción presencial y perciben que el hacer la mediación en vivo genera una mejor calidad en su trabajo, así como un mejor vínculo de confianza con los usuarios versus la realización de la traducción vía telefónica. Por otra parte, Narang y colaboradores de Estados Unidos (42) dan cuenta de un intervención que observó el uso de una aplicación de celular que ayudaba a realizar llamadas telefónicas para acceder a intérpretes no presenciales. La mayoría de los médicos participantes de esta intervención estaban satisfechos con el uso de la aplicación móvil y con los servicios del intérprete. El uso de tecnologías de comunicación e información (TICs) contribuyen al acceso de servicios de traducciones y de facilitación intercultural. Por lo tanto, se plantea la apertura a usar herramientas complementarias para acceder a un mediador/facilitador/intérprete.

- *Uso de intérpretes en atenciones de salud específicas: cuidados paliativos, odontología y salud sexual y reproductiva*

Rowland de Estados Unidos (34) with numerous racial and ethnic cultural groups and immigrants living and working in this country. In addition, there has been an increase in the number of languages other than English spoken in homes, as well as an increase in the number of individuals with limited English-speaking abilities. Given the emerging racial, ethnic, and cultural trends in U.S. society, it is important that dental students as future practitioners have knowledge of interpreter services, working with professionally trained interpreters, and the legal responsibilities and requirements of interpretation. The purposes of this study were to 1 propuso identificar las barreras que enfrentan los estudiantes de odontología y usuarios que no hablan inglés al momento de atenciones de salud dental con además, la ayuda de intérpretes. Los resultados dan cuenta que los problemas de interpretación pueden deberse a una falta de comunicación entre el intérprete, el trabajador de la salud y el estudiante de odontología. El trabajador de salud no siempre conoce las obligaciones y roles de los intérpretes, lo que puede generar problemas. Se concluye que tanto los trabajadores de la salud, como los estudiantes de odontología, deben recibir capacitación para trabajar con intérpretes, reforzando el papel fundamental del intérprete profesional en un entorno odontológico

Sobre mediación intercultural en el ámbito oncológico y de los cuidados paliativos, dos estudios proponen la necesidad de que los mediadores desarrollen literacidad en salud y conocimientos en cáncer. En una revisión sistemática de literatura Silva y colaboradores de Estados Unidos (39) en relación a la calidad de la atención brindada a los usuarios con manejo limitado del inglés,. Sin intérprete los usuarios y sus familias tenían una comprensión inadecuada sobre el diagnóstico y el pronóstico, tenían un peor manejo de los síntomas al final de la vida, incluidos el dolor y la ansiedad. A conclusiones similares llega Gulati y colaboradores de Estados Unidos (31) sobre la necesidad de intérpretes adecuados para el cuidado de niños asiáticos en oncología. Odunukan y colaboradores de Estados Unidos (37), sobre mediación intercultural y género concluyen que las mujeres usuarias preferían para la realización de sus exámenes clínicos y la mediación, intérpretes mujeres. Los resultados obtenidos resaltan la importancia entregar atenciones culturalmente sensibles, centrada en los usuarios y sus necesidades específicas en cuanto género y etnicidad.

Tabla 7: Evidencia sobre mediadores interculturales en las Américas

Autores	País, año y referencia	Foco del estudio	Resultados y conclusiones
Rosenberg y colaboradores	Canadá 2008 (29)	Percepciones que tienen los intérpretes profesionales y los intérpretes familiares del usuario sobre sus roles y funciones como intérpretes en las atenciones de salud	Los intérpretes profesionales identificaron los siguientes roles: transferencia de información, generar un ambiente seguro para el paciente, mediación entre culturas, mantener límites profesionales. Los intérpretes familiares percibieron sus roles como parte de sus responsabilidades familiares que comenta o hace intervenciones propias.
Rosenberg y colaboradores	Canadá 2007 (30)	Percepciones de los médicos sobre las formas en que los intérpretes profesionales e intérpretes familiares afectan su desempeño	Los médicos percibieron que las tareas de comunicación eran más difíciles cuando se usaba un intérprete que cuando no se usaba. Se concluye que las pautas para trabajar con intérpretes deben incluir directivas para trabajar con intérpretes profesionales y con intérpretes familiares, ya que los médicos actúan de manera distinta según el intérprete con quien realice la atención.
Gulati y colaboradores	Canadá 2011 (31)	Desafíos de comunicación que viven padres inmigrantes asiáticos de niños con cáncer	Las dificultades con el idioma entorpecen los cuidados de los hijos, además, los servicios de interpretación eran a veces inadecuados o no podían acceder a ellos. Los autores concluyen que se debe mejorar la entrega de servicios cultural y lingüísticamente sensibles, para así apoyar a las familias inmigrantes en su papel de cuidadores.
Kalet y colaboradores	EEUU 2002 (32)	Estudiantes de medicina	En la Universidad de Nueva York, diseñaron y evaluaron un curso breve online para estudiantes de medicina de primer año para generar conciencia de la interculturalidad. Los estudiantes encontraron útil el curso y les permitió ser conscientes de los sesgos culturales que impactan en las atenciones de salud.
Green y colaboradores	EEUU 2005 (33)	Percepción de usuarios asiáticos (de China y Vietnam)	Compararon la percepción de estos usuarios sobre sus atenciones de salud con intérprete o el médico/trabajador de la salud que hablaba su idioma. Aquellos usuarios que usaron un intérprete era más probable que se abstuvieran a realizar preguntas sobre sus cuidados en salud o sobre salud mental. Sus percepciones de los intérpretes están fuertemente relacionadas con la evaluación que hace el usuario de la atención en general.
Rowland	EEUU 2008 (34)	Describir el papel de los intérpretes en los entornos de atención de salud dental	Estudio sobre comunicación entre los estudiantes de odontología y usuarios que no hablan inglés. Se encontró que los problemas de interpretación pueden deberse a una falta de comunicación entre el intérprete, el trabajador de la salud y el estudiante de odontología.
Gany y colaboradores	EEUU 2010 (35)	Estudio experimental comparativo de intérpretes capacitados y no capacitados con usuarios con cáncer	Recrearon escenarios simulados. Los intérpretes capacitados tenían un 70% menos de probabilidades de tener errores clínicos que los no capacitados. Los autores concluyen que es relevante capacitar a los intérpretes en salud, específicamente en temas de cáncer.

Jackson y colaboradores	EEUU 2011 (36)	Usuarios que dominan escasamente el inglés	Evaluaron las alteraciones en las interpretaciones de salud, durante la atención de estos usuarios (alteraciones entre lo que dice el trabajador de salud y lo que transmite el intérprete al paciente, y viceversa). Se concluye que la tasa de alteración es muy alta; es muy necesario capacitar a los intérpretes y médicos para abordar las situaciones donde comúnmente surgen alteraciones.
Odunukan y colaboradores	EEUU 2015 (37)	Mujeres somalíes migrantes y sus preferencias de intérpretes y personal de salud	Encuesta sobre preferencias en examen clínico, según su género y etnia/raza. Las mujeres somalíes prefieren que durante su examen físico estén presentes intérprete mujeres, más que hombres, y que esta examinación la haga una mujer.
Dubus	EEUU 2016 (38)	Experiencias subjetivas de los intérpretes al proporcionar interpretaciones en persona y por teléfono, durante atenciones de salud a refugiados	Los intérpretes sentían que la interpretación en persona con los refugiados mejoraba la capacidad del intérprete para desarrollar confianza con el paciente, en comparación con la interpretación por teléfono. Las tecnologías actuales permiten cada vez más modos de interpretación en contextos de salud, pero hay que evaluar sus efectos positivos y negativos.
Silva y colaboradores	EEUU 2016 (39)	Rol de los intérpretes profesionales en los cuidados paliativos a usuarios que manejan escasamente el inglés	Revisión sistemática de literatura. Los estudios encontraron que la calidad de la atención brindada a los usuarios con manejo limitado del inglés, que reciben cuidados paliativos, está influenciada por el tipo de intérprete utilizado. Sin intérprete los usuarios y sus familias tenían una comprensión inadecuada sobre el diagnóstico y el pronóstico, peor manejo de los síntomas al final de la vida, dolor y ansiedad.
Bell	EEUU 2019 (40)	Término <i>interpreter assemblage</i>	Estudio que sigue 69 casos de adultos migrantes y refugiados con un escaso de nivel de inglés en sus atenciones médicas. Se utilizaron distintos tipos de traducción: presencial, telefónica y por video llamada. Se propone el nombre de " <i>interpreter assemblage</i> " al conjunto de tecnologías, ideas y personas que sirven para realizar traducciones lingüísticas transnacionales en consultas médicas, que son particulares a cada localidad o centro de atención médica.
Mejia	EEUU 2019 (41)	Barreras a la atención de migrantes y refugiados en Carolina del Norte, y rol de los intérpretes en estas atenciones	Barreras detectadas por parte de los trabajadores de la salud: no están capacitados en cómo trabajar con intérpretes; los intérpretes deben estar capacitados profesionalmente. Los intérpretes profesionales deben fomentar la autonomía y el respeto del paciente, evitando emitir juicios o declaraciones propias.
Narang y colaboradores	EEUU 2019 (42)	Cuidados de Urgencia en Nueva York. Intervención con una aplicación móvil de traducción, que también permitía acceder a un servicio de intérpretes por teléfono	La aplicación de celular contribuyó a un aumento en las llamadas telefónicas a los intérpretes, uso que continuó después de la intervención. La mayoría de los médicos evaluados estaban satisfechos con el uso de la aplicación móvil y con los servicios de intérprete. El uso de (TICs) contribuyen al acceso de servicios de traducciones y de facilitación intercultural.
Sepúlveda y Cabieses	Chile 2019 (43)	Indagar la percepción de distintos actores clave en torno al rol de facilitadores interculturales en la atención de salud a personas migrantes haitianas	Los facilitadores interculturales realizan un aporte al encuentro intercultural en salud en Chile y son testigos de cómo las distintas instituciones, incluyendo las instituciones relacionadas con la salud, se enfrentan a realidades diversas en materia lingüística como sociocultural.

ii) *Evidencia sobre Europa*

Para este continente, se recopilaron un total de 28 trabajos de distintos países como se muestra a continuación. Alemania: 1 2010 (44); Bélgica: 1 2004 (45); Dinamarca 1: 2012 (46); España 4: 2009 (47), 2009 (48), 2013 (49), 2014 (50); Finlandia 1: 2015 (51); Italia 1: 2004 (52); Noruega 2: 2017 (53), 2019 (54); Países Bajos 1: 2016 (55); Reino Unido 2: 2007 (56), 2018 (57); Suecia 11 : 2009 (58), 2009, (59), 2010 (60), 2011 (61), 2014 (62), 2014 (63), 2014 (62), 2015 (64), 2016 (65), 2017 (66), 2018 (67); Suiza 3: 1999 (68), 2010 (69), 2014 (70). Suecia es el país que presenta la mayor cantidad de evidencia encontrada. Al realizar un análisis temático de los contenidos de los estudios europeos en la materia, se identificaron cuatro ejes principales: (i) Rol de los mediadores, (ii) Formación de los mediadores; (iii) Roles a cumplir en la triada usuario-mediador-personal de salud; y (iv) Barreras específicas de migrantes para acceder a mediadores. A continuación, se describen cada uno de estos ejes:

- *Rol de los mediadores*

De acuerdo con la literatura recopilada, existen dos tipos de mediadores interculturales: los mediadores profesionales y los mediadores no profesionales o informales. El primer tipo de mediadores corresponde a personas que cuentan con algún tipo de formación que orienta su qué hacer en el espacio de salud, ayudando a la comprensión entre trabajadores de la salud y usuarios. El segundo tipo de mediadores corresponde a aquellas personas que realizan mediaciones entre el personal de salud y los usuarios, pero sin contar con una formación en el área. Generalmente los mediadores informales son familiares, cercanos o personal de la salud, administrativos o de otro tipo que trabajan en los centros de salud y se pide su presencia cuando no existen mediadores profesionales o bien éstos no están disponibles. De acuerdo a Valverde Jiménez de España la figura del mediador intercultural profesional es necesaria para la mediación con población migrante (49).

Sobre los roles de los mediadores profesionales Fernández-Rufete y colaboradores de España (48), consideran las siguientes acciones: traducción lingüística, acompañamiento del usuario en gestiones específicas de salud, apoyo durante los ingresos hospitalarios, apoyo a los trabajadores de la salud en determinados casos de seguimiento de usuarios, así como en planificación, prevención y promoción de la salud. Además, ayudar y apoyar a los usuarios a solucionar problemas en términos de adaptación e integración al sistema de salud, y explicar efectos adversos de los tratamientos que deben seguir. En la misma línea, Hadziabdic y Hjelm de Suecia (62) explican que los mediadores ayudan en la comunicación y que generan confianza basada en su nivel de formación, deben tener buen conocimiento de los idiomas, de la terminología médica, capacidad de traducción y compartir el mismo origen, dialecto y género del paciente. Se agrega a lo anterior un estudio de Hadziabdic y colaboradores de Suecia (58) que explican que un intérprete profesional además de ser altamente calificado en terminología y lenguaje médico, en lo posible debe realizar su intervención de forma presencial, además de ayudar a resolver malentendidos entre trabajadores de la salud y usuarios.

Weiss y Stucker (68) de Suiza, proponen cuatro roles ideales del intérprete: traducción palabra por palabra, mediación cultural, defensa del usuario y co-terapia (68). La elección del rol que el intérprete va a cumplir durante la atención en salud está influenciada por el entorno institucional, el tipo de tratamiento elegido, así como por la interacción misma entre mediadores, usuarios y trabajadores de la salud. Como cualidades de una buena interpretación, se consideró el manejo del lenguaje y terminología médica, capacidad de traducción, neutralidad y objetividad del intérprete profesional. Para finalizar, Lehane y Champion del Reino Unido, expresan que los mediadores ad hoc (es decir, mediadores con una formación) deben ser proveídos por el sistema de salud nacional (57); a lo que Bischoff y Denhaerynck de Suiza (69) agregan que la presencia de mediadores con roles claros y con formación disminuyen los costos de salud a largo plazo para el sistema.

- *Formación de los mediadores*

De acuerdo a la Fundación La Caixa de España (47) se propone potenciar la capacitación y especialización de la mediación intercultural con la finalidad de optimizar la comunicación entre usuarios y trabajadores de la salud para que atiendan de manera efectiva las necesidades especiales de los usuarios migrantes. Asimismo, se indica la importancia que a través de la formación se especifique el rol de los mediadores dentro del sistema de salud y su función específica en la atención sanitaria. Concordando con La Caixa, Verrept

de Bélgica (45) arguye que los mediadores necesitan clases formales, formación práctica y supervisión con el objetivo de mejorar la atención a los usuarios de minorías étnicas.

La literatura también apunta a que los mediadores deben estar formados en temas específicos como: conocimiento médico general, conocimiento sobre lenguaje técnico y de especialidades médicas. Además, de acuerdo a Alcaraz y colaboradores de España (71) es importante que estén al tanto del enfoque de género. A esto Lundin y Hjelm de Suecia (64) suman la necesidad de formación en especificidades de poblaciones en distintas etapas del ciclo vital, en particular en población de adultos mayores. Morina y colaboradores de Alemania, (44) adjuntan a esto la necesidad de formación en conceptos y principios de salud mental y métodos psicoterapéuticos. Sobre los tipos de formación existentes y propuestos se encontraron: clases formales, formación práctica y supervisión, así como tipos de formación universitarios o formaciones más cortas. Los estudios también proponen instancias compartidas para mediadores y personal de salud para entrega de información con la finalidad de generar una cultura de la mediación y un entendimiento clarificado de los roles a cumplir en la atención de salud (44,45,47,50,51,64,70). La formación de los mediadores interculturales de acuerdo a Hudelson y colaboradores de Suiza (70), tiene el efecto positivo de que los usuarios y personal de salud utilicen más sus servicios y se valgan menos de mediadores informales.

- *Roles a cumplir en la triada usuario-mediador-personal de salud*

La presencia de un intérprete en consultas de salud conlleva a una situación de relacionamiento vincular triádico que tiene implicaciones para el tratamiento de salud. Esto quiere decir que la dinámica cambia con la presencia de un mediador ya que se agrega un tercero a la relación entre usuario y personal de salud. Un eje temático interesante recopilado en los estudios trata de las distintas percepciones que tienen usuarios, mediadores y personal de salud con respecto a los roles de cada uno en la instancia de atención de salud. El uso de intérpretes o mediadores se experimentó como una oportunidad y como un problema para los distintos actores implicados.

Sobre las percepciones de los mediadores o intérpretes profesionales sobre su propio trabajo, de acuerdo a Wiking y colaboradores de Suecia (59) muchos de ellos ven su rol como solo una voz, es decir, deben interpretar de manera neutra y correcta lo que el usuario y médico quieren expresarse mutuamente. Hadziabdic y colaboradores (62) de Suecia, trabajaron con miembros de la familia que actuaban como intérpretes informales. Observaron que brindaban apoyo práctico y emocional; esto conducía a emociones positivas y negativas. Concluyen que el tipo de intérprete, el modo de interpretación y las preferencias del usuario deben considerarse en la situación de la interpretación.

Acerca de los intérpretes profesionales y los trabajadores de la salud, Wiking y colaboradores de Suecia (59), explica que los médicos coinciden en que las atenciones de salud con intérpretes son generalmente más largas, y que los intérpretes perciben lo mismo y relevan como una necesidad el dar más espacio temporal para atenciones de este tipo. Fatahi y colaboradores de Suecia (60) describen la percepción de enfermeras sobre los factores a considerar cuando se utilizan intérpretes. Concluyen que la presencia del intérprete puede generar un aumento en la carga laboral de las enfermeras. También, puede complejizar la relación entre los usuarios y las enfermeras e incluso generar problemas éticos. Krupic y colaboradores de Suecia (66) hacen un estudio sobre percepciones de médicos migrantes que develó que estos médicos consideran que las mejores atenciones eran aquellas en las que participaba un intérprete profesional en vez de intérprete informal, por lo que utilizar familiares o a un colega para interpretar resultó ser un error ya que éstos no cuentan con formación mínima sobre la gestión de este rol.

Sobre los usuarios, mucha de la evidencia (55,56,58,59,65,66) coincide en decir que, si bien lo deseable en todos los casos es siempre contar con un mediador debidamente calificado, es necesario también considerar las características específicas de cada caso y necesidades de los usuarios, ya que muchas veces éstos reportan sentirse más cómodos y en confianza con familiares o amigos que hagan el rol de intérpretes o mediadores en sus consultas de salud. En este sentido, muchos estudios concluyen que el tipo de intérprete, el modo de interpretación y las preferencias del usuario deben considerarse en la situación de interpretación. Los estudios también apuntan a que, debido a falta de coordinación desde los servicios de interpretación, los usuarios se ven impactados negativamente debiendo esperar por tiempos prolongados e incluso debiendo pagar ellos mismos los servicios de mediación (55,56,58,59,65,66).

- **Barreras específicas de migrantes para acceder a mediadores**

Algunos de los estudios encontrados dan cuenta de las barreras para acceder a mediadores interculturales en grupos específicos de migrantes. Straiton y Mhyre de Noruega (53) detectan que mujeres tailandesas y filipinas enfrentan dificultades al navegar un nuevo sistema de salud y no saber su derecho a intérpretes en las consultas de salud. Czapka y colaboradores también de Noruega (54) estudian las barreras de acceso a intérpretes para migrantes de origen polaco. Algunos motivos de la falta de acceso a intérpretes fueron la renuencia del personal de salud a reservar un intérprete, la sobreestimación de las habilidades lingüísticas de los usuarios y la utilización de amigos, familiares u otros trabajadores de la salud bilingües en lugar de intérpretes profesionales. Lo anterior comprometía la calidad de la interpretación.

Krupic y colaboradores en Suecia (66) detectaron barreras de acceso a mediadores desde el punto de vista de inmigrantes de Bosnia y Herzegovina, Croacia, Kosovo y Somalia. Algunos intérpretes llegaban tarde, y carecían de herramientas, lo que derivaba en la utilización de intérpretes no profesionales. Hadziabdic, Albin y Hjelm (63) En específico estudios sobre participantes de habla árabe declararon que los intérpretes profesionales necesitan compartir el mismo origen, religión, dialecto, género y opiniones políticas que el usuario para facilitar el uso del intérprete y evitar un tratamiento inapropiado. Si no se cumplen con estos parámetros se ve comprometida la mediación. Finalmente en Dinamarca, Harperlund y colaboradores (46) detectaron que existe una gradiente social de la necesidad de interpretación de los migrantes, esto quiere decir que migrantes con ingresos modestos, laboralmente no activos y con mala salud autopercebida tienen menos acceso a mediadores. Los estudios recopilados, por lo tanto, recomiendan el uso de mediadores interculturales profesionales.

Tabla 8: Evidencia sobre mediadores interculturales en Europa

Autores	País, año y referencia	Foco del estudio	Resultados y conclusiones
Morina y colaboradores	Alemania 2010 (44)	Uso de intérpretes en atenciones de psicoterapia a migrantes	Tríada usuarios, terapeutas e intérpretes conlleva dificultades, pero también oportunidades: optimizar el trabajo del intérprete en la psicoterapia. El intérprete debe capacitarse en los conceptos y principios de los métodos psicoterapéuticos y establecer roles claros.
Verrept	Bélgica 2004 (45)	Programa de mediación intercultural	Formación para mediadores interculturales que incluía clases formales, formación práctica y supervisión. El objetivo: mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las/los usuarios de minorías étnicas. En Bélgica se utiliza el término mediadores interculturales, que interpretan y actúan como una interfaz cultural, ayudan a las/los usuarios durante su paso por el sistema hospitalario y pueden hacer <i>advocacy</i> .
Harperlund y colaboradores	Dinamarca 2012 (46)	Necesidad autopercebida de intérprete en las consultas con médico general y asociación con factores socioeconómicos y características del migrante	Se estudiaron los siete mayores grupos de inmigrantes no occidentales encontrando que el 20% de la población estudiada sintió la necesidad de un intérprete. Después de 7 años en Dinamarca, un 15% aún expresaba la necesidad de un intérprete. Se encontró una gradiente social de la necesidad de interpretación. Se concluye que la enmienda a la Ley Danesa de Salud afectará principalmente a aquellos migrantes con ingresos modestos, laboralmente no activos y con mala salud autopercebida.

Fundación "la Caixa"	España 2009 (47)	Conjunto de materiales, incluyendo un manual de un programa de formación en mediación intercultural en salud	Potenciar la capacitación y especialización de profesionales de la mediación intercultural e impulsar una red de mediadores interculturales en salud, para así facilitar la comunicación entre los usuarios y los trabajadores de la salud y facilitar la integración de los inmigrantes en diferentes ámbitos, incluyendo la salud.
Fernandez-Rufete y colaboradores	España 2009 (48)	Establecer principales criterios para desarrollo de la figura del mediador intercultural y su integración al sistema de salud	Funciones: traducción lingüística, acompañamiento del usuario en gestiones específicas de salud, apoyo durante los ingresos hospitalarios, apoyo a los trabajadores de la salud en determinados casos de seguimiento de usuarios, así como en planificación, prevención y promoción de la salud. Además, ayudar y apoyar a los usuarios a solucionar problemas en términos de adaptación e integración al sistema de salud.
Valverde Jiménez	España 2013 (49)	Revisión de experiencias de mediación intercultural en Murcia, España, y otros países de Europa	Propone la figura del mediador para mejorar atención en la salud del inmigrante. Necesidad de definir e integrar en el sistema sanitario nuevas figuras como el mediador intercultural.
Alcaraz y colaboradores	España 2014 (50)	Rol de las mediadoras interculturales en consultas médicas de mujeres migrantes	Rol de las mediadoras interculturales y sus funciones: atenciones a personas en situación de vulnerabilidad y "mediación intercultural preventiva" o dinamización comunitaria. Esta mediación tiene los siguientes objetivos: diseño y estrategias adecuadas para relación usuarias personal de salud, mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las/los usuarios de minorías étnicas, promover, desde la mirada de género, prácticas saludables en torno a la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia de género.
Eklöf y colaboradores	Finlandia 2015 (51)	Rol del intérprete como traductor desde punto de vista de enfermeras	En Finlandia los intérpretes tienen distintos niveles de educación: formal en pregrado hasta capacitaciones más cortas. El estudio concluye que la presencia del intérprete puede generar un aumento en la carga laboral de las enfermeras, así como complejizar la relación entre el usuario y la enfermera e incluso generar problemas éticos. Por lo tanto, no hay una evaluación positiva del intérprete como sólo educador.
Bertoletti	Italia 2004 (52)	Experiencias de mediación intercultural en Italia, breve recorrido histórico	En Italia desde los años 1990, distintas iniciativas políticas fueron abriendo el acceso y el derecho a la salud de poblaciones migrantes. La iniciativa más reciente, es la contratación de servicios de mediación, los que son capacitados en: relación y comunicación con el usuario migrante y consentimiento informado en conjunto con los trabajadores de la salud. Conclusión: importancia de generar espacios de sensibilización, de entrega de información y de formación tanto de los trabajadores de la salud, como de los mediadores mismos, para una "cultura de mediación".
Straiton y Myhre	Noruega 2017 (53)	Desafíos que enfrentan las mujeres inmigrantes tailandesas y filipinas	Detección de los desafíos que enfrentan las mujeres de estas nacionalidades cuando aprenden a navegar en el sistema de atención primaria de salud de Noruega. Los autores encontraron que varias de las participantes desconocían que tenían derecho a intérprete, lo que podría estar explicando el escaso uso de servicio de intérpretes.

Czapka y colaboradores	Noruega 2019 (54)	Barreras y facilitadores de inmigrantes polacos	Los migrantes polacos registrados tienen los mismos derechos en salud que la población nacional. Informaron que su acceso a los servicios de interpretación era limitado o denegado debido a: renuencia del personal de salud a reservar un intérprete, sobreestimación de las habilidades lingüísticas del paciente, utilización de amigo, familiar o trabajador de la salud bilingüe. Se recomienda el uso de intérpretes profesionales.
Zendedel y colaboradores	Países bajos 2016 (55)	Perspectivas de los médicos generales, los usuarios migrantes turco-holandeses y los intérpretes familiares	Se encontró que los usuarios a menudo confían en intérpretes familiares, mientras que los médicos no lo hacen. Lo complejo de esta situación es que los intérpretes familiares pueden contribuir a problemas en la comunicación al proporcionar traducciones incorrectas, omitiendo información relevante y siguiendo su propia agenda. Se plantea el debate en torno al uso de intérpretes familiares y también de las necesidades de los usuarios.
Bhatia y Wallace	Reino Unido 2007 (56)	Percepciones de los solicitantes de asilo y refugiados sobre sus experiencias generales en atención primaria	Preocupaciones entre los refugiados con respecto al acceso y la confidencialidad de los intérpretes profesionales: algunos solo acceden a amigos o familiares, a las mujeres entrevistadas no les preocupaba que el intérprete profesional fuera hombre, a diferencia de lo observado en otros estudios, algunos entrevistados no tenían problemas en usar a niños como intérpretes. Se detecta desconfianza hacia los intérpretes profesionales sesgando la comunicación. Los médicos deben tener en cuenta que a veces no es preferible un intérprete profesional.
Lehane y Campion	Reino Unido 2018 (57)	Reflexión sobre los mediadores interculturales en el Sistema de Salud Nacional	Reflexión acerca de los mediadores interculturales en los distintos centros de salud del Reino Unido. Se propone que el Sistema de Salud Nacional provea mediadores, que estos sean ad hoc no siempre es lo que prefieren los usuarios (familiar o cercano), que los centros de salud puedan administrar sus propios recursos y posiblemente entrenar a su personal de salud en <i>advocacy</i> y mediación.
Hadziabdic y colaboradores	Suecia 2009 (58)	Percepciones del uso de los intérpretes en los servicios de salud suecos por personas de la ex Yugoslavia	El intérprete fue percibido como una ayuda de comunicación y una guía en el sistema de salud en términos de información y cuestiones prácticas, pero también fue visto como un obstáculo en algunas situaciones. Un intérprete profesional deseable debe ser altamente calificado en terminología y lenguaje médico, trabajar en vivo y, deben ser utilizados de acuerdo con los deseos y necesidades de los usuarios.
Wiking y colaboradores	Suecia 2009 (59)	Perspectivas en la reunión triangular entre usuarios migrantes, intérpretes y médicos generales	La comunicación centrada en el usuario, es clave para una atención de salud exitosa. Los intérpretes ven su rol como solo una voz, es decir, interpretar de manera neutra y correcta lo que el usuario y médico quieren expresar. Algunos intérpretes consideran que el tiempo de atención es justo, pero cuando la persona requiere interpretación se debería dar más tiempo. Los médicos coinciden en que las atenciones con intérpretes son más largas.

Fatahi y colaboradores	Suecia 2010 (60)	Experiencias de enfermeras que trabajan en radiología, al realizar exámenes a usuarios que no hablan el idioma nativo	Se reafirma la idea de que los intérpretes deben ser profesionales, quienes deben informar a los usuarios y explicarles los efectos secundarios del procedimiento que les van a realizar. Amigos y familiares, en especial niños no son una alternativa ideal como intérpretes. Las enfermeras consideraron como un problema en la interpretación la falta de conocimientos de radiología y terminología médica, así como el escaso tiempo que tenían para explicar el procedimiento al paciente.
Hadziabdic y colaboradores	Suecia 2011 (61)	Problemas y consecuencias en el uso de intérpretes profesionales en atención primaria	Principales problemas: falta de intérpretes con dominio de un idioma en particular, también con las rutinas organizacionales que dificultaban en la disponibilidad y acceso a los servicios de intérpretes. Estos problemas llevaron a un uso incorrecto del tiempo y los recursos, lo que aumentó la carga de trabajo y, por lo tanto, retrasó el tratamiento en algunos usuarios. Uso de familiares limita la efectividad de la interpretación. Importancia de desarrollar una buena cooperación entre los servicios de intérpretes y el centro de atención primaria de salud.
Hadziabdic y colaboradores	Suecia 2014 (62)	Explorar experiencias de los adultos sobre el uso de intérpretes por parte de los miembros de su familia en encuentros de atención médica	Los miembros de la familia actuaban como intérpretes, brindando apoyo práctico y emocional; esto conducía a emociones positivas y negativas. El uso de un lenguaje simple, una mejor colaboración en la organización de atención médica y el desarrollo de la actitud profesional de los intérpretes podrían mejorar el uso de intérpretes profesionales. Conclusión principal: el tipo de intérprete, el modo de interpretación y las preferencias del usuario deben considerarse en la situación de interpretación.
Hadziabdic, Albin y Hjelm	Suecia 2014 (63)	Actitudes, opiniones, preferencias y experiencias pasadas de las personas de habla árabe en relación con el uso de intérpretes en la atención médica	El uso de intérpretes se experimentó como una oportunidad y como un problema. El tipo preferido de intérpretes dependía del dialecto y la capacidad de interpretar correctamente. Buena interpretación: manejo del lenguaje y terminología médica, capacidad de traducción, neutralidad y objetividad del intérprete profesional. Se expresa que los intérpretes profesionales necesitan compartir el mismo origen, religión, dialecto, género y opiniones políticas que el usuario para facilitar el uso del intérprete y evitar un tratamiento inapropiado.
Hadziabdic y Hjelm	Suecia 2014 (62)	Experiencias individuales de las personas de habla árabe en relación con el uso de intérpretes en la atención médica	La mayoría de los participantes percibieron el papel del intérprete como una ayuda de comunicación. La confianza en el intérprete profesional se relacionaba con el nivel de formación que tenía el intérprete, así como del contacto personal en la interacción cara a cara. Cualidades de un buen intérprete: buen conocimiento de los idiomas, terminología médica, capacidad de traducción y compartir el mismo origen, dialecto y género que el paciente.
Hadziabdic, Lundin y Hjelm	Suecia 2015 (64)	Prácticas de interpretación en atenciones de salud a adultos mayores	Resultados: el intérprete profesional debe interpretar el lenguaje hablado palabra por palabra y debe traducir la información escrita. La práctica de intérpretes en la atención en salud multilingüe para adultos mayores está integrada en el entorno organizacional y está estrechamente relacionada con las habilidades lingüísticas, las creencias culturales y los factores socioeconómicos del usuario migrante adulto mayor.

Krupic y colaboradores	Suecia 2016 (65)	Experiencias de un grupo de inmigrantes en atenciones de salud a nivel primario, utilizando el servicio de intérprete	Grupos focales inmigrantes de Bosnia y Herzegovina, Croacia, Kosovo y Somalia. Resultados: los participantes tenían altas expectativas respecto de las atenciones de salud mediadas por intérpretes, las que no se cumplieron siempre, ya que algunos intérpretes llegaban tarde, carecían de profesionalismo o de conocimientos en terminología médica. A veces utilizaban a otro trabajador de salud o familiar bilingüe como intérprete, lo que generó ciertas dificultades.
Krupic y colaboradores	Suecia 2017 (66)	Experiencia de migrantes que son médicos y que utilizan servicios de intérpretes en el sistema de salud sueco	Los médicos migrantes consideran que las mejores atenciones eran aquellas en las que participaba un intérprete profesional en vez de uno informal, utilizar familiares o a un colega para interpretar, resultó ser un error. Mala coordinación de servicios de interpretación, con consecuencias como el usuario paga a un intérprete que se negaba a interpretar, largos tiempos de espera. Los médicos se estresaban cuando debían encontrar a alguien que pudiera reemplazar a un intérprete.
Lundin y colaboradores	Suecia 2018 (67)	Describir las prácticas de interpretación en instituciones multilingües de servicios de salud de urgencia	Resultados: usar intérpretes en las atenciones de salud era determinado por el trabajador de la salud, en función del estado de salud de los usuarios. Se concluye que es necesario desarrollar pautas claras y formales para el uso de intérpretes en la atención de salud en urgencia.
Weiss y Stucker	Suiza 1999 (68)	Discusión respecto a la figura del intérprete en las atenciones de salud en Suiza	La presencia de un intérprete tiene implicaciones para el tratamiento médico. Aunque un intérprete puede mejorar y profundizar la comprensión de la consulta, también puede volverse más compleja con su presencia. Se proponen cuatro roles ideales del intérprete: traducción palabra por palabra, mediación cultural, defensa del usuario (advocacy) y co-terapia.
Bischoff y Denhaerynck	Suiza 2010 (69)	Asociación entre las barreras del idioma y los costos de la atención médica a solicitantes de asilo	Recopilación de datos de los costos de atención médica de los solicitantes de asilo, incluidas consultas, exámenes de diagnóstico, intervenciones médicas, estadías en la clínica, medicamentos y servicios de interpretación. Resultados: servicios de interpretación conducen a una atención en salud más específica y la necesidad de menos visitas al médico. A pesar de que los costos iniciales son altos, el uso de servicios de interpretación evita el aumento de costos a largo plazo.
Hudelson y colaboradores	Suiza 2014 (70)	Evaluación de la iniciativa "Hospitales Amigables para Migrantes" de la Oficina Federal de Salud Pública (FOPH) en los Hospitales Gubernamentales de Ginebra (HUG)	Iniciativa desde el 2001. Se compararon encuestas aplicadas al inicio de la implementación de la intervención y luego en el año 2013. Hallazgos: encuestados de 2013 tenían muchas más probabilidades de haber recibido capacitación sobre cómo organizar una cita con un intérprete, cómo trabajar con un intérprete y sobre los servicios sociales y de salud para usuarios migrantes. También fueron más propensos a haber utilizado varias estructuras amigables con los migrantes en el HUG.

iii) *Evidencia sobre Oceanía y Asia*

Para Oceanía, los resultados encontrados son todos provenientes de Australia, con un total de 10 trabajos: 2007 (72), 2009 (73), 2010 (74), 2011 (75), 2012 (76), 2014 (77), 2014 (78), 2014 (79), 2015 (80), 2016 (81). Para el continente asiático se encontró solamente un trabajo de Israel: 2011 (82). Al realizar un análisis temático de los contenidos de los estudios se consolidaron los siguientes cuatro ejes temáticos: (i) Barreras en el acceso efectivo a mediadores; (ii) Formación de los mediadores y sugerencias para una política de servicio de intérpretes; (iii) Dilemas que enfrentan los intérpretes y (iv) Mediación y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs). A continuación, se describen cada uno de los ejes:

- *Barreras en el acceso efectivo a mediadores*

La evidencia concuerda con que la presencia de mediadores profesionales es necesaria para una adecuada atención de salud a población migrante. Respecto de Australia, Phillips (74) explica que debido a su carácter multilingüe, el país ofrece servicios de intérprete telefónico gratuito, el más grande del mundo para médicos, relativamente fácil y rápido de acceder. Los servicios de salud estatales y territoriales también pueden proporcionar intérpretes por teléfono y además intérpretes presenciales. A pesar de esto, los intérpretes se utilizan escasamente en Australia. Se plantea la necesidad de desarrollar medidas a nivel nacional, incluida la educación y la provisión de incentivos, capacitar a los médicos (y trabajadores de la salud) para trabajar con los intérpretes, si las decisiones sobre cuándo contactar a un intérprete se determinarán por solicitud del usuario o del médico (o trabajador de la salud), la naturaleza de la enfermedad y/o el tema de la consulta. La calidad de las atenciones puede mejorar si el médico se preocupa de hablar despacio y dirigiendo la conversación al usuario y no al intérprete, y también entregando material informativo en el idioma del paciente. Clark y colaboradores de Australia (79) concuerdan con esto en el sentido de que, si bien existen los recursos para sortear las barreras de la comunicación en la atención en salud, existe escaso acceso a intérpretes. Las razones descritas por los médicos entrevistados para no utilizar los servicios de interpretación fueron: su preferencia de utilizar a otros trabajadores de la salud que son bilingües, creencias sobre la preferencia de los usuarios por la interpretación de los miembros de la familia, la falta de un sistema regular para contactar a los intérpretes y el escaso tiempo que tienen los médicos familiares que genera trabas para coordinar con un intérprete durante la atención de salud (72,74,79). Sobre esto en específico, Davidson y colaboradores en Australia (72) el servicio de intérpretes en particular para servicios dentales está en la jurisdicción pero depende de decisiones presupuestarias.

- *Formación de los mediadores y sugerencias para una política de servicio de intérpretes*

La formación de los mediadores es indispensable para que las atenciones en salud en las que es necesario un tercero que medie entre los usuarios y los profesionales de la salud sean de calidad, pertinentes culturalmente, se ajusten a las necesidades de los usuarios y los profesionales de la salud. Acerca de la calidad, Butow de Australia (75) trabajó en base a la equivalencia de la interpretación. Esta se refiere a si coincide la interpretación realizada con lo que estaba indicando el trabajador de la salud. Los autores encontraron que el 65% de las interpretaciones profesionales fueron equivalentes al discurso original versus el 50% para los intérpretes familiares. La interpretación no equivalente es común y no siempre es inocua, por lo tanto, se debe entregar especial cuidado en la comunicación entre oncólogos e intérpretes para garantizar una comunicación eficaz con el paciente.

Algunos de los estudios recopilados resaltan la necesidad de que los mediadores reciban formación en temas específicos más allá de adquirir las competencias lingüísticas y relacionales básicas. Norma y Garcia-Caro de Australia (81) resaltan la necesidad de formación en enfoque feminista de atención en salud para mujeres migrantes y Riggs y colaboradores de Australia (78) demostraron que es necesaria la formación de mediadores interculturales en temas específicos de los ambientes de salud en que trabajan, por ejemplo en odontología ya que esto fomenta confianza en los usuarios con respecto a sus tratamientos dentales. Garret de Australia (73) en particular realizó una proposición de un modelo basado en la evidencia para la política de servicio de intérpretes. Las instrucciones claves de la política sugeridas incluyen: i) aclaración de los roles y responsabilidades del intérprete; ii) tomar medidas para maximizar el alcance, alcance y efectividad del servicio; iii) que los trabajadores de la salud desarrollen competencias culturales; y iv) mejorar la literacidad en salud de usuarios que manejan de manera limitada el inglés. Los cambios propuestos deben realizarse con un contexto general de políticas de intérpretes en salud, teniendo como elemento central la seguridad y salud del paciente. Finalmente, Levin-Zamir y colaboradores de Israel (82) proponen que los mediadores interculturales deben recibir formación continua.

- **Dilemas que enfrentan los intérpretes**

Butow y colaboradores de Australia (76) realizaron grupos focales los que detectaron tres dilemas que enfrentan los intérpretes: i) precisión versus comprensión; ii) sólo traducción versus abogacía y sensibilidad cultural; y iii) profesionalismo versus brindar apoyo. Algunos se veían a sí mismos simplemente como un conducto preciso de información, mientras que otros veían su papel en términos más amplios, que abarcaban la defensa (advocacy) del paciente, la interpretación intercultural y la entrega de apoyo emocional. Los intérpretes percibían como desafíos de su trabajo la falta de continuidad en la atención, el manejo de sus propias emociones especialmente después de las consultas de malas noticias, y el manejo de diversas expectativas que tienen los usuarios y sus familiares.

- **Mediación y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs)**

Schulz y colaboradores de Australia (80) evaluaron dos situaciones de mediación intercultural a través de tecnologías de la comunicación: i) cuando el médico y el usuario estaban en una sala de consulta en un hospital central y el intérprete estaba sentado de forma remota y (ii) cuando el médico, el usuario y el intérprete se encontraban en sitios separados (durante una consulta de tele-salud). El 98% de los usuarios estaban satisfechos en general con el uso de un intérprete por video. Al comparar la interpretación por videoconferencia con la interpretación telefónica, el 82% de los usuarios pensó que tener un intérprete por video era mejor o mucho mejor, el 15% pensó que era lo mismo y el 3% lo consideró peor. El acceso a un intérprete a través de videoconferencia es bien aceptado y preferido (80).

Tabla 9: Evidencia sobre mediadores interculturales de Oceanía y Asia

Autores	País, año y referencia	Foco del estudio	Resultados y conclusiones
Davidson y colaboradores	Australia 2007 (72)	Mapeo de los servicios dentales públicos disponibles para refugiados en Australia	El acceso a los servicios dentales es limitado para refugiados. Encontraron pocos servicios de interpretación para los refugiados que buscan acceder a servicios dentales. Los servicios de intérpretes están disponibles por jurisdicción y dependen de las decisiones presupuestarias. Los refugiados confían en profesionales de la salud e intérpretes bilingües para las atenciones de salud.
Garret	Australia 2009 (73)	Proposición de un modelo basado en la evidencia para la política de servicio de intérpretes	Las instrucciones claves de la política sugeridas incluyen: i) aclaración de los roles y responsabilidades del intérprete; ii) tomar medidas para maximizar el alcance y efectividad del servicio; iii) que los trabajadores de la salud desarrollen competencias culturales; y iv) mejorar la literacidad en salud de usuarios que manejan de manera limitada el inglés.
Phillips	Australia 2010 (74)	Guía para el trabajo con intérpretes destinada a médicos generales	El servicio de intérprete telefónico gratuito es el más grande del mundo para médicos. A pesar de esto, los intérpretes se utilizan escasamente en Australia. Se plantea la necesidad de desarrollar medidas a nivel nacional, incluida la educación y la provisión de incentivos, capacitar a los médicos (y trabajadores de la salud) para trabajar con los intérpretes. Las decisiones sobre cuándo contactar a un intérprete se determinarán por solicitud del usuario del trabajador de la salud, la naturaleza de la enfermedad y/o el tema de la consulta.

Butow y colaboradores	Australia 2011 (75)	Tasa y las consecuencias de la interpretación no equivalente en consultas de oncología médica, entre intérpretes profesionales e intérpretes familiares	La equivalencia de la interpretación se refiere a si coincide la interpretación realizada con lo que estaba indicando el trabajador de la salud. Se encontró que el 65% de las interpretaciones profesionales fueron equivalentes al discurso original versus 50% para los intérpretes familiares. La interpretación no equivalente es común y no siempre es inocua, se debe cuidar la comunicación entre oncólogos e intérpretes y usuarios.
Butow y colaboradores	Australia 2012 (76)	Percepciones que tienen los intérpretes sobre su rol y los desafíos que enfrentan en las atenciones de salud con usuarios migrantes oncológicos	Dilemas que enfrentan los intérpretes: i) precisión versus comprensión; ii) sólo traducción versus abogacía y sensibilidad cultural; y iii) profesionalismo versus brindar apoyo. Algunos se veían como un conducto preciso de información, mientras que otros se veían en la defensa (advocacy) del paciente, la interpretación intercultural y la entrega de apoyo emocional. Los desafíos detectados: falta de continuidad en la atención, manejo de sus propias emociones, expectativas que tienen los usuarios y sus familiares.
Mahmoud y colaboradores	Australia 2014 (77)	Comparación de satisfacción de los usuarios no angloparlantes con angloparlantes en el servicio de urgencias del hospital	Aplicación de encuesta. Resultados: se encontró que en el departamento de urgencia existía el servicio de intérprete y que los usuarios no angloparlantes que utilizaban a un intérprete durante la atención de salud presentaron mayor satisfacción que aquellos que no usaron este servicio.
Riggs y colaboradores	Australia 2014 (78)	Explorar las experiencias del uso de servicios dentales desde la perspectiva de las madres migrantes que viven en Melbourne	Los intérpretes desempeñan un papel clave para facilitar el acceso a los servicios, pero no tenían conocimiento sobre el sistema dental o de los términos dentales. Esta situación generaba problemas de comunicación y un empeoramiento de la salud. Necesidad de intérpretes capacitados, la comunicación efectiva puede ayudar a fomentar un sentido de confianza y abordar los temores que podrían ser provocados por el tratamiento dental.
Clark y colaboradores	Australia 2014 (79)	Identificar las barreras para acceder a los servicios de atención primaria de salud de mujeres refugiadas	Se encontró un escaso acceso a intérpretes, a pesar de la existencia de estos recursos. Razones de los médicos generales para no utilizar mediadores: prefieren usar otros trabajadores de la salud bilingües, creencias sobre la preferencia de los usuarios por la interpretación de los miembros de la familia, falta de un sistema regular para contactar a los intérpretes y escaso tiempo que tienen los médicos familiares para coordinar la mediación.
Schulz y colaboradores	Australia 2015 (80)	Percepción de usuarios y médicos al utilizar videoconferencias para las atenciones de salud	Se evaluaron dos situaciones: i) médico y usuario estaban en una sala de consulta en un hospital central y el intérprete estaba sentado de forma remota y (ii) el médico, usuario e intérprete se encontraban en sitios separados (durante una consulta de telesalud). El 98% de los usuarios estaban satisfechos con el uso de un intérprete por video. Los usuarios prefirieron en general interpretación por videoconferencia que por teléfono. El intérprete a través de videoconferencia es bien aceptado y preferido.
Norma y García-Caro	Australia 2016 (81)	Problemas de género que surgen de la práctica de intérpretes profesionales atendiendo a mujeres migrantes en Australia	Desarrollo de un caso teórico para la educación feminista. Plantea que ha habido un aumento de problemas relacionados al género en el trabajo que realizan intérpretes con mujeres migrantes, enfatizando la necesidad de que los intérpretes también se formen en educación feminista para trabajar con esta población.

Levin-Zamir y colaboradores	Israel 2011 (82)	Implementación del programa Refuah Shlema con el objetivo de promover la salud de la comunidad etíope en el país a través de una mejor comunicación entre los trabajadores de atención primaria e inmigrantes	La implementación se basó en los conceptos de comunicación, defensa y educación para la salud. Actualmente está implementado en 25 centros de salud comunitarios, que atienden más del 30% de la población etíope en Israel. Se capacitó a agentes claves en salud (health liason) de Etiopía como mediadores culturales y se integraron en centros de atención primaria de salud en Israel. Resultados: los mediadores culturales contribuyeron a generar confianza en la eficacia del tratamiento y en la aplicación de recomendaciones de salud, necesidad de capacitación continua de los mediadores, especialmente en temáticas de salud, utilidad de realizar reuniones periódicas con las agrupaciones de mediadores culturales, ya sea para capacitar, como para generar una red de apoyo a estas personas.
-----------------------------	------------------------	---	---

En resumen, sobre esta segunda revisión que compone este capítulo, si bien la evidencia recopilada en torno a los mediadores interculturales proviene de distintos países y de 4 continentes, este corpus de conocimiento apunta en una misma dirección: los mediadores interculturales son necesarios para las atenciones de salud de poblaciones migrantes internacionales. De acuerdo con los trabajos anteriormente analizados se concluye que los mediadores necesitan una formación que oriente de manera profesional su qué hacer en la mediación en atenciones de salud con población migrante. En algunos casos, los estudios demuestran que los usuarios o los profesionales de la salud prefieren mediadores o intérpretes no calificados por distintos motivos, pero la mayoría de la evidencia apunta también a que los mediadores informales o familiares pueden producir efectos negativos debido a la falta de conocimientos. Se concuerda que mediar no es simplemente una traducción lingüística.

Sobre los contenidos de la formación se concluye que deben contener elementos básicos como la relación con los usuarios y los trabajadores de la salud, entender los sistemas de salud y el funcionamiento de los lugares donde están trabajando, pero también, formación en áreas específicas de la biomedicina y la salud mental como salud sexual y reproductiva, oncología, odontología, entre otros. Dentro de la formación de los mediadores, éstos deben estar capacitados en la utilización de tecnologías de la mediación y la comunicación, por ejemplo, poder interpretar mediante llamadas telefónicas, video conferencias y si es que existe, saber utilizar aplicaciones telefónicas. Del mismo modo, es importante que los trabajadores de la salud estén al tanto de estas herramientas para que puedan utilizarlas en conjunto y de manera fluida con los mediadores en las prestaciones de salud. Su rol debe ser claro en el espacio de las atenciones de salud, y debe estar claro también para los trabajadores de la salud y para los usuarios migrantes de los sistemas de salud.

Se detectaron distintas barreras a las que se ven enfrentados los intérpretes para realizar su trabajo, al mismo tiempo que se detectaron barreras para grupos específicos de migrantes de acuerdo con cada continente y cada país. Sobre esto, es importante recalcar que si bien, pueden existir mediadores interculturales, estos no siempre están disponibles cuando se les necesita, los usuarios pueden no querer hacer uso de este recurso por no querer exponer su intimidad o por sentir que el intérprete no es el adecuado (por razones de género, religiosas o de dialectos, por ejemplo). Al mismo tiempo los trabajadores de la salud pueden no querer contactarlos o no hacerlo en razón de no saber cómo trabajar con ellos.

Conclusión

Acerca de la búsqueda de estudios sobre interculturalidad en salud, se constata un cierto vacío en la evidencia que menciona la interculturalidad en salud específicamente para migrantes internacionales. Muchos de los trabajos encontrados y no incluidos en el presente capítulo se enfocan en la interculturalidad en salud para poblaciones indígenas; mientras que otros estudios no eran específicos en su definición de la interculturalidad. En relación con la búsqueda de estudios sobre la figura del mediador/facilitador

intercultural, se encontró una cantidad de trabajos mucho más considerable y, además, proveniente de una mayor cantidad de países. Es importante destacar la falta de estudios provenientes de América Latina y en específico de Chile.

Un hallazgo de este capítulo es la importancia de la comunicación usuario-profesional de la salud, que resulta clave para fomentar el fortalecimiento de las habilidades interculturales. El logro de una comunicación intercultural efectiva es el resultado de un proceso largo, que requiere de la formación y entrenamiento tanto del personal de salud como de facilitadores/mediadores interculturales. No hay un consenso en escalas internacionales que midan la interculturalidad en salud general, ni en poblaciones migrantes internacionales en particular; muchos de los ejemplos encontrados en la literatura revisada se aplican a usuarios y a profesionales de la salud, e incluyen por ejemplo satisfacción usuaria, uno de los indicadores que determina la calidad de atención en salud. De acuerdo con los resultados de este capítulo de revisión de literatura científica, sobre el desarrollo de un modelo de atención en salud desde el enfoque de interculturalidad hacia poblaciones migrantes internacionales, y en particular la figura y rol del mediador intercultural para dicha atención de salud, se pueden concluir las siguientes ideas fuerza principales:

1. Necesidad de capacitación continua a mediadores interculturales en diversos temas, incluyendo la relación trabajador de la salud-usuario; términos y lenguaje médico, para superar la barrera de literacidad en salud. También a equipos de salud tanto en temas de interculturalidad y sensibilización, como en el trabajo con mediadores interculturales. Esto último es importante en tanto los trabajadores de la salud no saben necesariamente como relacionarse con el mediador y los usuarios al mismo tiempo, o como trabajan los mediadores. Por lo tanto, tanto mediadores como trabajadores de la salud necesitan capacitación para cumplir sus roles en el espacio de salud intercultural; como para comprender el rol del otro.
2. Definir funciones y roles generales y específicos de los mediadores interculturales. Se observó que muchas de las dificultades en la atención es el desconocimiento del rol que cumple esta figura en las atenciones, más allá de la traducción lingüística que muchas veces realizan. Asimismo, la falta de reconocimiento del/a mediador intercultural como un trabajador de la salud también dificulta la relación entre éste y los otros trabajadores de la salud.
3. Intérprete profesional, ad hoc, informal o improvisado: se da cuenta de las diferencias que hay entre estos tipos de intérpretes/mediadores/facilitadores. El primero es una persona que se ha capacitado para realizar su trabajo como intérprete, desarrollando competencias que van más allá de la traducción y que involucra lo que es la mediación intercultural. Los intérpretes ad hoc, informales o improvisados son familiares o amigos del paciente, o también pueden ser otros usuarios o trabajadores de la salud que son bilingües.
4. Necesidad de contar con mediadores interculturales que trabajen en áreas de salud específicas, como oncología, salud mental etc. Estos/as mediadores, además de capacitarse en sus funciones y roles generales, se formarían en los temas específicos en los que van a trabajar, adquiriendo conocimientos específicos y un lenguaje médico más preciso.
5. La importancia de contar con un código ético o de buenas prácticas, que permita guiar el accionar de los/as mediadores interculturales. Este código ético es complementario a cualquier documento que detalle los roles y funciones de los/as mediadores interculturales.
6. Fortalecer y difundir la importancia de contar con mediador/facilitador/intérprete desde un enfoque de derecho, por lo tanto, es esencial que se informe al usuario de su existencia y posibilidad de utilizarlo durante la atención de salud si se desea.
7. Se debe fortalecer el contar con un espacio físico adecuado para las atenciones de salud. Además, es relevante considerar un tiempo de atención apropiado para llevar a cabo la atención de salud con enfoque intercultural. Esto puede variar de país en país conforme a la cultura y normativas de cada sistema de salud y modelo de atención, pero merece atención y revisión caso a caso.
8. Se debe conectar la interculturalidad en salud con el enfoque de atención centrada en el usuario y en sus necesidades, por lo que una coordinación previa entre trabajador de la salud e intérprete es esencial para evitar situaciones complejas en las atenciones.

que forman parte de la atención en salud a población migrante. Como se ha podido describir a lo largo de este capítulo, la mediación intercultural es mucho más compleja que la mera traducción lingüística de un idioma a otro. Los mediadores tienen un rol más extenso que puede incluir o no abogacía del usuario hacia los trabajadores de salud, explicaciones culturales sobre conocimientos, saberes y prácticas de salud, y atenciones en salud no biomédicas, apoyo hacia los usuarios en la navegación del sistema de salud, explicaciones sobre exámenes y otras intervenciones posteriores a la consulta médica, acompañamiento y apoyo de manera general.

Debido a esto, la/el mediador no sólo debe tener conocimientos socioculturales y lingüísticos especializados, sino además debe tener conocimientos básicos de la biomedicina, del sistema de salud chileno en general y del funcionamiento de los servicios de salud locales o del territorio donde realiza la mediación. Otro aspecto muy importante es que el mediar en un contexto sanitario conlleva una aproximación al mundo íntimo y a la corporalidad de los usuarios. Por lo tanto, los mediadores interculturales deben también contar con herramientas éticas que les permitan realizar un trabajo adecuado, respetando las decisiones y sensibilidades de los usuarios migrantes. Por último, los mediadores deben tener conocimientos mínimos con respecto a tecnologías de la información y la comunicación (Tics) sobre todo en los casos que realicen mediación a través de centros de llamadas y video-conferencias.

Casi la totalidad de la evidencia apunta a que los mediadores interculturales ad hoc capacitados, tienen mejores resultados en la mediación intercultural y en última instancia, en los resultados de salud de los usuarios, ya que justamente tienen mejores habilidades que otras figuras como los familiares, cercanos o personal médico o administrativo que hablen el idioma necesario a traducir. Proponemos el término “saber estar y mediar en el espacio intercultural de atención en salud” respecto a los mediadores interculturales, como aquellas capacidades técnicas con respecto a tecnologías de la información y la comunicación (TICs); conocimiento general de las leyes migratorias del país, del sistema de salud nacional y del sistema biomédico; conocimientos socioculturales y lingüísticos; la capacidad de permanecer neutral con respecto a sus prejuicios y estereotipos; y la capacidad de saber estar en el espacio de atención de salud para efectuar una mediación adecuada y pertinente. El saber estar en el espacio intercultural de atención en salud se entiende como la capacidad del mediador intercultural de desplegar una proxémica adecuada para la situación, la sensibilidad necesaria para tratar con emociones, dolor y temas íntimos y corporales de los usuarios y respetar las historias personales y migratorias de los usuarios.

Con respecto a futuras investigaciones e intervenciones de acuerdo con la evidencia observada, se concluye que, en específico para Chile, el trabajo a realizar es amplio. La emergencia más reciente de la figura de la/el mediador intercultural enfocado en población migrante propone una indagación profunda en este campo. Algunos de los puntos para futuras investigaciones son: desarrollo de escalas de medición de satisfacción usuaria, escalas de conocimiento para las y los mediadores validadas para Chile; indagación sobre la mediación y su efectividad en distintos campos de la salud específicos como el de la salud sexual y reproductiva, salud mental entre otros para población migrante; relación entre trabajadores de la salud y mediadores; mediación y distintos grupos de migrantes; relación entre usuarios o usuarios y los mediadores entre otros. Con respecto a recomendación de intervenciones útiles para Chile se rescatan las siguientes estrategias principales, basadas en la evidencia científica disponible en la actualidad en esta temática:

- Programas de entrenamiento y capacitación para mediadores y su medición de impacto,
- Programas de entrenamiento y capacitación en competencias culturales e interculturalidad en salud para trabajadores de la salud;
- Entrenamiento y capacitación para trabajadores de la salud con respecto al saber relacionarse con mediadores interculturales en salud;
- Desarrollo de material como manuales para trabajadores de la salud, mediadores y usuarios e informativos de acceso y derecho a una o un mediador para usuarios de salud migrantes.

A partir de lo expuesto en el capítulo, se establecen una serie de recomendaciones para una atención de salud con enfoque intercultural en salud hacia poblaciones migrantes internacionales, y para el trabajo actual con mediadores interculturales en dicha atención en particular:

- Desarrollar una mirada propia de la interculturalidad en salud para la atención a poblaciones migrantes internacionales en Chile que organice, sistematice y dé sentido al trabajo que hoy se realiza en Chile en esta materia, desde la lógica de diseño, funcionamiento, vigilancia y fortalecimiento del sistema de salud de Chile. Esta debe ser, idealmente, basada en la evidencia científica, sólida teóricamente y puesta a prueba antes de su implementación oficial en el territorio nacional. Sabiendo que esto ya existe en nuestro país para la salud de pueblos originarios, queda entonces sumar a la evidencia científica los aprendizajes de dicha experiencia para su adaptación a poblaciones diversas sociales y culturales, incluyendo migrantes internacionales.
- Elaborar diagnósticos de situación desde la autoridad central de salud y en cada realidad particular local, en los distintos niveles de atención en salud, de manera de identificar de qué forma se ha incorporado el enfoque de interculturalidad en salud hacia migrantes, sus necesidades sentidas, fortalezas y limitaciones, capacidades de acortamiento de brechas de acceso, uso efectivo y trato en salud, incluyendo diversas estrategias de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento basados en encuentros interculturales efectivos que propicien espacios de mediación y acuerdos compartidos interculturales.
- Desarrollar estrategias educativas basadas en la evidencia sobre aspectos teóricos, actitudinales y prácticos (i.e. competencias) de interculturalidad en salud hacia poblaciones migrantes internacionales para equipos de salud, desde el nivel central hasta lo local. Establecer mínimos de habilidades interculturales en especial para el trabajo en el nivel primario de atención, que tiene amplio y sistemático contacto con todas las comunidades beneficiarias de sus servicios de salud.
- Generar evidencia científica sobre de qué forma las aproximaciones actuales y futuras de interculturalidad en salud hacia poblaciones migrantes internacionales están impactando en acortar brechas de acceso, uso efectivo y trato en la atención de salud, sus factores mediadores y moderadores, sus mecanismos de proceso del sistema de salud y subjetivos de las comunidades migrantes, impactando en resultados de salud en estas poblaciones que viven en Chile. Para ello, se debe además mejorar el registro habitual de servicios de salud con información migratoria relevante, incluyendo país de origen, nacionalidad, tiempo de residencia, primera o segunda generación, estatus de regularidad migratoria, si se es solicitante de asilo o refugio, cómo llegó a Chile, razones por las que migró, si vive en alguna desventaja socioeconómica, si sufre de estigma y discriminación, por mencionar algunas principales.
- Sobre perfil, rol y funciones del mediador intercultural: (i) Establecer un perfil general de competencias esenciales y deseables para la contratación de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional. (ii) Establecer criterios generales de buenas prácticas de contratación y de trabajo de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional en los centros de salud y afines, entre las cuales destacan una serie de recomendaciones específicas en este ámbito. (iii) Formalizar e institucionalizar la figura de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional, de manera de que sean reconocidos y visibilizados por los equipos de salud y por la población beneficiaria que atienden. (iv) Establecer con total claridad y transparencia cuál es el rol del facilitador lingüístico y mediador intercultural para población migrante internacional en los centros de salud, incluyendo una completa descripción de funciones y competencias requeridas, así como mecanismos de supervisión y evaluación permanente, que sean conocidos por todos los trabajadores de salud. (v) Formalizar y evaluar la pertinencia de diversos ámbitos en roles y funciones. (vi) Respecto del rol de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional, se recomienda formalizar y evaluar la pertinencia en diversas áreas.
- Buenas prácticas de integración de mediadores interculturales en el equipo de salud: (i) desde el rol de los empleadores, conocer cómo fue el proceso migratorio de quienes sean contratados como facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional

- Sensibilización y entrenamiento de mediadores interculturales: (i) asegurar la participación de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional en cursos de entrenamiento en contenidos esenciales, tales como salud; atención directa; interculturalidad; proceso migratorio; sistemas de salud; funcionamiento del sistema. (ii) Sensibilizar y entrenar a los equipos de salud en nociones esenciales y competencias básicas de atención intercultural en salud, que promueva un ambiente de salud intercultural entre ellos y hacia los usuarios que atienden. (iii) Programas de sensibilización permanente y de capacitación en ambientes de buen trato y de rechazo a toda forma de discriminación, que incluya el manejo efectivo de rechazo al estigma, discriminación, racismo y xenofobia. (iv) Entrenamiento formal para mediadores interculturales en cómo funciona el sistema de salud chileno y habilidades psicosociales para el ejercicio del rol de mediación intercultural.
- Vínculo de mediadores interculturales con los equipos de salud: (i) fortalecer y apoyar la integración de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional con los equipos de salud. (ii) Generar mecanismos y acciones concretas que reduzcan la existencia de barreras para ejercer la función y rol efectivo de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional. (iii) Generar mecanismos y acciones concretas que promuevan factores facilitadores para la función y rol efectivo de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional, entre las cuales se destaca.
- Vínculo de mediadores interculturales con la comunidad: (i) Promover instancias de participación social con los mediadores interculturales para población migrante internacional dentro y fuera de los centros de salud donde atienden. (ii) Promover la participación social de comunidades migrantes que son beneficiarias de cada centro de salud primario o secundario, de manera de abogar por ambientes barriales y de salud que sean respetuosos de la diversidad humana y social propia de una sociedad multicultural. (iii) Continuar promoviendo el reconocimiento social que los facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para población migrante internacional han adquirido en sus comunidades locales, de manera de propiciar en ellos un interlocutor válido en los encuentros que se realizan en la atención de salud.

Referencias

1. Ministerio de Desarrollo Social. Inmigrantes. Síntesis de resultados. Casen; 2017.
2. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago, Chile: UDD; 2017.
3. Ministerio de Salud. Salud del Inmigrante. 2019.
4. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Políticas Saludables y Promoción. Política de salud de migrantes internacionales. Ministerio de Salud; 2017.
5. Larchanché S, Bouznah S. La médiation transculturelle : un nouvel outil. L'Autre. 20 de marzo de 2020;Volume 21(1):4-7.
6. Cediell-Becerra NM, Krause G. Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Rev Salud Pública. octubre de 2013;15:694-706.
7. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit. 1 de julio de 2013;27(4):292-7.
8. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2019.
9. Jain S. Experiential training for enhancing intercultural sensitivity. J Cult Divers. Spring de 2013;20(1):15-20.
10. Szapocznik J, Rio A, Perez-Vidal A, Kurtines W, Hervis O, Santisteban D. Bicultural Effectiveness Training (BET): An Experimental Test of an Intervention Modality for Families Experiencing Intergenerational/Intercultural Conflict. Hisp J Behav Sci - Hisp J BEHAV SCI. 1986;8:303-30.
11. McCalman J, Campbell S, Chamberlain C, Strobel N, Brainbridge R, Wenitong N, et al. Family-centred interventions for Indigenous early childhood well-being by primary healthcare services. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [citado 13 de abril de 2020]; Disponible en: /CD012463/COMMUN_family-centred-interventions-indigenous-early-childhood-well-being-primary-healthcare-services
12. Ubogaya K, Millicent A, Chen X, Wint D, Worrall P. The effectiveness of culturally-focused interventions in increasing satisfaction of hospitalized adult Asian patients: a systematic review protocol. PROSPERO 2014 (CRD42014014509 [Internet]. Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42014014509
13. van Loon A, van Schaik DJF, Dekker JJ, Beekman ATF. Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders. BMC Psychiatry. 19 de enero de 2011;11:13.
14. Kron F, Fetters M, Scerbo M, et al. Using a computer simulation for teaching communication skills: A blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. Patient Educ Couns. abril de 2017;100(4):748-59.
15. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, et al. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 1 de mayo de 2005;55(514):343-50.
16. Bhui K, McCabe R, Weich S, Singh S, Szczepura A, Johnson M, et al. Therapeutic communications in black and minority ethnic populations: a synthesis of the evidence base. 2011;
17. Sarmiento I. Indigenous factors relevant for Safe Birth in Cultural Safety among Nancue nomndaa communities in Guerrero, Mexico: Protocol of a qualitative study based on conversations. Int J Indig Health. 2019;14:7-18.
18. Bermejo I, Frank E [Trans-Cultural Prevention of Alcohol-Related Disorders in Elderly Immigrants]. - Abstract - Europe PMC. Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Offentlichen Gesundheitsdienstes [Internet]. 2013 [citado 13 de abril de 2020]; Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/23572471>
19. Oliver S, Rutherford S, Paul D. Medicines use in the Australian Intercultural Health- Care Setting - how does Shared Decision Making help? A systematic review and evidence synthesis. PROSPERO CRD42018105663 [Internet]. 2018; Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018105663

20. Xiufen Y, YiNan Z. Web-based interventions aimed at improving cultural competence of health professionals: a systematic review. PROSPERO CRD42019131813 [Internet]. 2019; Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019131813
21. Haller J, Bengel J. Effectiveness of training interventions to enhance multicultural competence in counseling, psychotherapy and psychiatry: a systematic review with meta-analysis. PROSPERO CRD42019117985 [Internet]. 2019; Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019117985
22. Demirel T. Migrant Health Promotion Program for University Students. Clin Trials Gov [Internet]. 2019; Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04069559>
23. Vercelli A, et al. My-active and healthy ageing (My-AHA): An ICT platform to detect frailty risk and propose intervention. 25th Int Conf Softw Telecommun Comput Netw SoftCOM Split. 2017;1-4.
24. Massod Y, Waheed W, Bower P. Strategies to recruit ethnic minorities to clinical trials in the UK: systematic review. PROSPERO 2017. PROSPERO CRD42017055879 [Internet]. 2017; Disponible en: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42017055879
25. Summer A, Guendelman S, Kestler E, Walker D. A qualitative exploration of misperceptions, expectations and attitudes towards professional midwifery in Guatemala. Ann Glob Health. 20 de agosto de 2016;82(3):503-4.
26. Decock D, Souten V, Elst K, Joly J, Smulders S, Engelen A, et al. Translation and Validation of The Flemish Version of The British Delay Questionnaire To Measure Help-Seeking Behaviour in Patients with Newly Onset Rheumatoid Arthritis. Ann Rheum Dis. 75:1242.1-1242.
27. Schouten B, Meeuwesen L, Harmsen J. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient Interaction in The Netherlands. Patient Educ Couns. 2005;58:288-95.
28. Yang X, Zhao Y. Web-based interventions aimed at improving cultural competence of health professionals: a systematic review. PROSPERO 2019 CRD42019131813. 2019;
29. Rosenberg E, Seller R, Leanza Y. Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters. Patient Educ Couns. 2008;70(1):87-93.
30. Rosenberg E, Leanza Y, Seller R. Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. Patient Educ Couns. agosto de 2007;67(3):286-92.
31. S G, L W, N S, L S, Im P, R K, et al. Communication and language challenges experienced by Chinese and South Asian immigrant parents of children with cancer in Canada: implications for health services delivery. Pediatr Blood Cancer. 2 de marzo de 2011;58(4):572-8.
32. Kalet A, Gany F, Senter L. Working with interpreters: an interactive Web-based learning module. Acad Med J Assoc Am Med Coll. septiembre de 2002;77(9):927.
33. Green A, Ngo-Metzger Q, Legeza A, Massagli M, Phillips R, lezzoni L. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. - PubMed - NCBI. [citado 13 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16307633>
34. Rowland ML. Enhancing communication in dental clinics with linguistically different patients. J Dent Educ. enero de 2008;72(1):72-80.
35. Gany FM, Gonzalez CJ, Basu G, Hasan A, Mukherjee D, Datta M, et al. Reducing clinical errors in cancer education: interpreter training. J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ. diciembre de 2010;25(4):560-4.
36. Jackson JC, Nguyen D, Hu N, Harris R, Terasaki GS. Alterations in medical interpretation during routine primary care. J Gen Intern Med. marzo de 2011;26(3):259-64.
37. Oduunukun OW, Abdulai RM, Hagi Salaad MF, Lahr BD, Flynn PM, Wieland ML. Provider and interpreter preferences among Somali women in a primary care setting. J Prim Care Community Health. abril de 2015;6(2):105-10.
38. Dubus N. Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. Health Soc Care Community. 2016;24(5):649-56.
39. Silva MD, Genoff M, Zaballa A, Jewell S, Stabler S, Gany FM, et al. Interpreting at the End of Life: A Systematic Review of the Impact of Interpreters on the Delivery of Palliative Care Services to Cancer Patients With Limited English Proficiency. J Pain Symptom Manage. marzo de 2016;51(3):569-80.
40. Bell SE. Interpreter assemblages: Caring for immigrant and refugee patients in US hospitals. Soc Sci Med. 1 de abril de 2019;226:29-36.
41. Mejia C. The Echo in the Room: Barriers to Health Care for Immigrants and Refugees in North Carolina and Interpreter Solutions. N C Med J. abril de 2019;80(2):104-6.
42. Narang B, Park S, Normén-Smith I, Lange M, Ocampo A, Gany F, et al. The Use of a Mobile Application to Increase Access to Interpreters for Cancer Patients With Limited English Proficiency: A Pilot Study. - PubMed - NCBI. [citado 13 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31095059>
43. Sepúlveda C, Cabieses B. Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2019;36(4):592-600.
44. Morina N, Maier T, Schmid Mast M. Lost in Translation? - Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. Psychother Psychosom Med Psychol. 2010;60(3-4):104-10.
45. Verrept H. MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA BELGA. 2004;9.
46. Harpelund L, Nielssen S, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. - PubMed - NCBI. Scand J Public Health. 2012;40(5):457-65.
47. CAIXA OSEA de. La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación. Barcelona; 2009.
48. Dirección General de Planificación OS y F e I de la C de S y C. El papel de la mediación intercultural en la atención primaria de salud. Estudio de un caso. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2009.
49. Jiménez V, Rosario M. Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. Enferm Glob. enero de 2013;12(29):383-90.
50. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell J, Sancho Mestre C, López-Sánchez P, García Moreno L, Vivas Consuelo D. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. Rev Esp Salud Publica. 2014;88(2):301-10.
51. Eklöf N, Hupli M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. Public Health Nurs Boston Mass. abril de 2015;32(2):143-50.
52. Bertolotti P. Exp Mediac Intercult En Ital. 2004;(32):47-51.
53. Straiton ML, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. Scand J Prim Health Care. 31 de octubre de 2017;35(4):352-9.
54. Czapha EA, Gerwing J, Sagbakken M. Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. Scand J Public Health. noviembre de 2019;47(7):755-64.
55. Zendedel R, Schouten B, van Weert J, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. - PubMed - NCBI. junio de 2016;99(6):1-7.
56. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. BMC Fam Pract. 21 de agosto de 2007;8:48.
57. Lehane D, Campion P. Interpreters: why should the NHS provide them? Br J Gen Pract. diciembre de 2018;68(677):564-5.
58. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Migrants' perceptions of using interpreters in health care. Int Nurs Rev. diciembre de 2009;56(4):461-9.
59. Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson S-E, Sundquist J. A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. Fam Pract. octubre de 2009;26(5):377-83.
60. Fatahi N, Mattsson B, Lundgren S, Hellström M. Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. - PubMed - NCBI. J Adv Nurs. abril de 2010;66(4):774-83.
61. Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary healthcare. Nurs Inq. septiembre de 2011;18(3):253-61.
62. Hadziabdic E, Albin B, Heikkilä K, Hjelm K. Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare. Prim Health Care Res Dev. abril de 2014;15(2):156-69.
63. Hadziabdic E, Albin B, Hjelm K. Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey. BMC Res Notes. 3 de febrero de 2014;7:71.
64. Hadziabdic E, Christina L, Katarina H. Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare | BMC Health Services Research | Full Text. BMC Health Serv Res. octubre de 2015;15(1):1-13.

65. Krupic F, Hellström M, Biscevic M, Sadic S, Fatahi N. Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *J Clin Nurs*. junio de 2016;25(11-12):1721-8.
66. Krupic F, Samuelsson K, Fatahi N, Skoldenberg O, Sayed-Noor AS. Migrant General Practitioners' Experiences of Using Interpreters in Health-care: a Qualitative Explorative Study. *Med Arch*. febrero de 2017;71(1):42-7.
67. Lundin C, Hadziabdic E, Hjelm K. Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights*. 5 de junio de 2018;18(1):23.
68. Weiss R, Stuker R. Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen... Konzepte Zur Übersetzungspraxis Soz Präventivmed. 1999;44(6):257-63.
69. Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 23 de agosto de 2010;10:248.
70. Hudelson P, Dominicé Dao M, Pereneger T, Durieux-Paillard S. A "Migrant Friendly Hospital" Initiative in Geneva, Switzerland: Evaluation of the Effects on Staff Knowledge and Practices. *PIOs One*. septiembre de 2014;9(9):1-7.
71. Alcaraz Quevedo M, Paredes-Carbonell JJ, Sancho Mestre C, López-Sánchez P, García Moreno JL, Vivas Consuelo D. Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Rev Esp Salud Pública*. abril de 2014;88(2):301-10.
72. Davidson N, Skull S, Calache H, Chesters D, Chalmers J. Equitable access to dental care for an at-risk group: a review of services for Australian refugees. *Aust N Z J Public Health*. febrero de 2007;31(1):73-80.
73. Garrett P. Healthcare Interpreter Policy: Policy determinants and current issues in the Australian context. 2009;1(2):11.
74. Phillips C. Culture and diversity Using interpreters A guide for GPs. *Aust Fam Physician*. abril de 2010;39(4):188-95.
75. Butow PN, Goldstein D, Bell ML, Sze M, Aldridge LJ, Abdo S, et al. Interpretation in consultations with immigrant patients with cancer: how accurate is it? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 de julio de 2011;29(20):2801-7.
76. Butow PN, Lobb E, Jefford M, Goldstein D, Eisenbruch M, Girgis A, et al. A bridge between cultures: interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. febrero de 2012;20(2):235-44.
77. Mahmoud I, Hou X-Y, Chu K, Clark M, Eley R. Satisfaction with emergency department service among non-English-speaking background patients. *Emerg Med Australas EMA*. junio de 2014;26(3):256-61.
78. Riggs E, Gussy M, Gibbs L, van Gemert C, Waters E, Kilpatrick N. Hard to reach communities or hard to access services? Migrant mothers' experiences of dental services. *Aust Dent J*. junio de 2014;59(2):201-7.
79. Clark A, Gilbert A, Rao D, Kerr L. "Excuse me, do any of you ladies speak English?" Perspectives of refugee women living in South Australia: barriers to accessing primary health care and achieving the Quality Use of Medicines. *Aust J Prim Health*. 2014;20(1):92-7.
80. Schulz TR, Leder K, Akinci I, Biggs B-A. Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. septiembre de 2015;39(4):395-9.
81. Norma C, García-Caro O. Gender Problems in the Practice of Professional Interpreters Assisting Migrant Women in Australia: A Theoretical Case for Feminist Education. *Violence Women*. octubre de 2016;22(11):1305-25.
82. Levin-Zamir D, Keret S, Yaakovson O, Lev B, Kay C, Verber B, et al. Refuah Shlema: a cross-cultural programme for promoting communication and health among Ethiopian immigrants in the primary health care setting in Israel: evidence and lessons learned from over a decade of implementation. *Glob Health Promot*. marzo de 2011;18(1):51-4.



ARICA

PERU

BOLIVIA

CAPITULO 8

Políticas, planes y programas con una perspectiva intercultural dirigidos a la salud de migrantes internacionales en América Latina

Daniel Larenas Rosa. Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Universidad del Desarrollo. Académico, Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Fonoaudiólogo, Magíster en Salud Pública. d.larenas@udd.cl o d_larenas@uchile.cl

En la región de América Latina habita una importante cantidad de colectivos, lo que la dota de una gran diversidad cultural. En los últimos años los movimientos migratorios dentro de la región han aumentado. En los países de destino los migrantes internacionales suelen enfrentarse a barreras culturales y lingüísticas en el proceso de acceso a los sistemas sanitarios, así como a diversos problemas relacionados a la aceptabilidad de los servicios. El presente estudio busca revisar y describir políticas públicas dirigidas a la salud de migrantes internacionales con una aproximación intercultural implementadas en la región de América Latina. Se realizó una revisión narrativa de literatura respecto a iniciativas desarrolladas en América Latina. Entre las 22 iniciativas identificadas, desarrolladas en los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay, Costa Rica, Honduras y México, la mayoría están implementadas a nivel de la autoridad sanitaria central. Estas se encuentran principalmente en forma de política, plan, programa, proyecto o acción; y mayoritariamente se presentan como secciones de un instrumento de política pública más que en un instrumento exclusivamente dirigido a salud, interculturalidad y migración. Principalmente, las iniciativas constan en lineamientos y actividades que buscan propiciar la formación y capacitación del recurso humano de salud en materia de interculturalidad y migración. Por otra parte, se identificaron iniciativas de formación de mediadores interculturales y facilitación lingüística, y dotación de la red sanitaria con nuevo recurso humano de este tipo. Así también, se hallaron proyectos de atención clínica intercultural. Junto con lo anterior, existen iniciativas que buscan incorporar una perspectiva intercultural en los servicios de salud mental; mientras que otras de las iniciativas fomentan la participación de las comunidades migrantes en el diagnóstico de problemas, en la planificación sanitaria, y en el diseño, monitoreo y evaluación de respuestas.

Palabras clave: Migración internacional, emigrantes e inmigrantes, políticas de salud, políticas públicas, interculturalidad.

Abstract

Latin America is home to a significant number of ethnic groups, which endow it with a vast cultural diversity. In recent years, migratory movements within the region have increased. International migrants often face cultural and linguistic barriers in the process of accessing health systems, as well as various problems related to the acceptability of the services. This study seeks to review and describe public policies aimed at the healthcare of international migrants with an intercultural approach implemented in the Latin American region. A literature review was carried out regarding initiatives developed in Latin America. Among the 22 initiatives identified and developed in the countries of Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay, Costa Rica, Honduras, and Mexico, the majority are implemented at the central health authority level. These are mainly in the form of a policy, plan, program, project, or action; and they are mostly presented as sections of a public policy instrument rather than an instrument exclusively aimed at health, interculturality and migration. Mainly, the initiatives consist of guidelines and activities that seek to promote the education and training of human health resources in matters of interculturality and migration. On the other hand, initiatives for training intercultural mediators and language facilitators were identified, as well as the provision of new human resources in the healthcare network. Likewise, intercultural clinical care projects were found. Along with the above, some initiatives seek to incorporate an intercultural perspective in mental health services; while other initiatives encourage the participation of migrant communities in the diagnosis of problems, in health planning, and in design, monitoring and responses evaluation.

Keywords: International migration, emigrants and immigrants, health policies, public policies, interculturality.

Diversidad cultural y migración internacional en América Latina

De acuerdo con los datos del Global Migration Data Portal de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en el 2019 el stock de migrantes internacionales en América Latina alcanzó los 10,1 millones (1). Según el Observatorio Demográfico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2), la región ha visto cambios en sus dinámicas migratorias, dentro de los cuales destaca que los flujos intrarregionales han tomado particular relevancia, cambiando los perfiles de países que únicamente eran emisores a perfiles de países receptores. Los movimientos migratorios que ocurren dentro de la región de América Latina suelen estar asociados a condiciones de riesgo; las personas que se desplazan no solo enfrentan riesgos referidos a su integridad física y vital, sino que también se enfrentan a lo que Sanz y Valenzuela (3) denominan *agresiones culturales*, refiriéndose a aquellos riesgos del desplazamiento asociados a la identidad y la cultura. En América Latina existe una gran diversidad cultural; en la región habitan diversos colectivos, de importante heterogeneidad lingüística, religiosa, así como en lo referido a sus costumbres de vida, lo cual muchas veces no es reconocido ni comprendido por la cultura dominante del correspondiente país de llegada (4).

Evidencia sobre barreras culturales e idiomáticas que enfrenta la población migrante

En lo referido a salud, lo anteriormente mencionado se ha materializado en el enfrentamiento constante a barreras culturales por parte de la población migrante, las que Baeza et al. (5) definen como aquellas diferencias que tienen los prestadores de salud y los usuarios del sistema respecto a las concepciones asociadas a la enfermedad y a los cuidados. Esto tiende a ser causante de problemas de acceso a servicios de salud, uso de estos y, por ende, de la limitación del ejercicio del derecho a la salud. Los prestadores de salud suelen situarse desde la práctica biomédica hegemónica, la cual se posiciona desde la verticalidad en la relación del profesional y el usuario, y excluye a otros saberes que exceden a la biomedicina. Es en este tipo de contexto sanitario en que migrantes invisibilizan algunas de sus prácticas y saberes vinculados a su etnicidad frente al personal de salud, mientras que las desarrollan en el ámbito familiar y comunitario (5).

Existe un volumen considerable de evidencia a nivel internacional que da cuenta de las variadas barreras culturales y lingüísticas que enfrenta la población migrante en el proceso de acceso a servicios de salud. Algunas de estas barreras están dadas por la dificultad que representa el manejo del idioma del país de acogida, lo que dificulta la comunicación con el personal de salud, el acceso a información escrita y la comprensión de la estructura del sistema de salud local (6). Se ha reportado que en servicios de salud oral las barreras lingüísticas representan un elemento crítico que impacta en el acceso a servicios, en los resultados de salud y en la satisfacción de los usuarios (7). En lo referido particularmente a los servicios de intermediación lingüística o interpretación, migrantes internacionales reportan diversos obstáculos para acceder a estos, tales como que la estructura organizacional del centro no esté preparada para prestar el servicio, profesionales de salud que no les ofrecen el servicio, o sencillamente que se les deniega cuando lo solicitan. Esto genera que, en muchos casos, se tenga que acudir a actores no calificados, como amigos, hijos u otros profesionales con algún grado de conocimiento del idioma. Todo lo anteriormente señalado merma la calidad del servicio de salud entregado e incluso puede poner en riesgo la seguridad del consultante (8).

Por otra parte, migrantes han descrito como obstaculizador de la búsqueda de ayuda de servicios de salud mental la falta de competencia cultural de los prestadores, lo cual está dado específicamente por la inexistencia de profesionales de su mismo contexto cultural o de profesionales que tengan una aproximación culturalmente sensible con un amplio manejo de su trasfondo cultural (9). Mientras que, en servicios de maternidad, mujeres migrantes señalan que enfrentan desencuentros con el personal de salud, dado que sus hábitos, expectativas y valores difieren, e incluso con la mediación de intérpretes interculturales hay aspectos en que profesional y usuaria no logran converger. Junto con esto, reportan dificultades en la comunicación, producto de no manejar el mismo idioma. Esto muchas veces hace sentir a las mujeres migrantes en una posición de ausencia de agencia, ya que perciben que se les impone la provisión de ciertos servicios de manera autoritaria (10).

Relevancia de los sistemas sanitarios interculturalmente sensibles

La adopción de una perspectiva cultural que enriquezca el encuentro entre los pueblos y su diversidad cultural es un paso clave para impedir que las diferencias culturales se asocien a mecanismos que perpetúen y reproduzcan la desigualdad social. Al mismo tiempo, una perspectiva como esta contribuye a generar condiciones para establecer relaciones interculturales basadas en el mutuo respeto (3). Establecer sistemas sanitarios culturalmente sensibles basados en un enfoque intercultural resulta de suma relevancia, ya que fomentan el trato paritario hacia los distintos grupos culturales, mediante profesionales de la salud capaces de integrar sus conocimientos con los sistemas de creencias tradicionales (11).

Cuando un sistema no tiene esta aproximación, los trabajadores de la salud carecen de herramientas para abordar la atención al encontrarse con mundos culturales desconocidos. Tener conocimiento y comprensión de la cultura, las costumbres de vida y el lenguaje de quien consulta permite cimentar la base de una relación óptima entre los prestadores de salud y los usuarios (12). Sensibilizar y capacitar al personal de salud permite, en primer lugar, que estos sean conscientes y reconozcan su propia procedencia cultural, para que de esta manera también reconozcan el trasfondo cultural de la población consultante. Esto da pie a un diseño y proceder terapéutico que pone al centro los valores, significados y creencias de las personas, y que por ende generan sentido y aceptación (13). Llevar esto a cabo, para atender y responder a las necesidades de la población migrante, garantizar mayor acceso a los servicios y conseguir mayor adherencia, requiere de la implementación de políticas, programas y estrategias sanitarias con pertinencia cultural (14).

Desarrollar sistemas interculturalmente sensibles a través de políticas públicas

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11) las políticas, programas y proyectos que incorporan las prácticas, creencias y la medicina tradicional se denominan políticas inclusivas y tradicionalmente sensibles. Las políticas de carácter multicultural e intercultural construyen condiciones que favorecen los procesos de integración, en la medida en que las personas, al mismo tiempo en que interactúan con los aspectos culturales de la sociedad de acogida, también pueden mantener su propia matriz identitaria y legado cultural (15). No obstante, en la región no han existido esfuerzos suficientes para establecer condiciones que garanticen el desarrollo de una convivencia respetuosa entre los distintos pueblos y su diversidad cultural. Así como tampoco se ha construido un cuerpo robusto de políticas que favorezcan el pluralismo cultural, lo que ha derivado en la prevalencia de relaciones caracterizadas por la discriminación y el racismo (16).

Los Estados debiesen ser capaces de elaborar políticas públicas que, considerando la mencionada diversidad cultural, garanticen el ejercicio de derechos a toda persona. Esto quiere decir, que no se produzca discriminación ni se establezca limitaciones en el ejercicio de derechos a causa de nacionalidad, género, lengua, etnia o religión. El reconocimiento y gestión de la diversidad cultural representa un desafío particular para los Estados, sobre todo cuando sus políticas migratorias han tenido un carácter en esencia *asimilacionista*, es decir, que han tendido más bien a la homogenización cultural que al reconocimiento de las variadas expresiones culturales existentes (17). Actualmente, la población migrante que habita en la región es heterogénea, se compone por personas de diversas nacionalidades que constituyen colectivos con trasfondos culturales distintos. Esto desafía a la política pública a conocer dicha diversidad de culturas, reconocer sus construcciones simbólicas particulares, definir estrategias que permitan el diálogo entre estas y llevar a cabo acciones en los territorios (18). Los países de América Latina se ven desafiados a revisar y modificar su sistema de salud, de forma tal de constituirse como sistemas pertinentes e inclusivos con los nuevos colectivos que habitan los países de acogida. Las políticas y estrategias sanitarias deben considerar la participación de dichos colectivos en su diseño e implementación, de manera tal de recoger sus experiencias subjetivas dadas por sus trasfondos culturales y responder a sus necesidades de salud específicas (12).

Es en este contexto en que se vuelve relevante tener conocimiento sobre los distintos tipos de estrategias y acciones sanitarias con enfoque intercultural dirigidas a población migrante internacional que se han implementado en la región de América Latina. Sin embargo, existe una importante carencia de evidencia en lo referido a políticas públicas dirigidas a población migrante internacional (19). Es por esto que el presente estudio busca revisar y describir políticas públicas dirigidas a la salud de migrantes internacionales

con una aproximación intercultural implementadas en la región de América Latina, con el fin de elaborar recomendaciones para el diseño e implementación de futuras políticas públicas en esta materia a partir de la experiencia desarrollada en los países de la región.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura con búsqueda sistemática para identificar iniciativas gubernamentales y no gubernamentales dirigidas a la salud de migrantes internacionales con perspectiva intercultural.

Para una primera etapa de búsqueda e identificación, se estructuró una ecuación de búsqueda que combinó palabras clave de cinco categorías. De acuerdo a cada categoría, las palabras clave utilizadas fueron: i) territorio: nombre del país, ii) intervención: política, plan y programa iii) perspectiva: interculturalidad y competencia cultural iv) población: migrantes y extranjeros v) área: salud y servicios de salud.

La búsqueda fue realizada durante el mes de enero del año 2020, a través del motor de búsqueda Google y de los sitios institucionales de gobiernos centrales de los 13 países de América del Sur, específicamente Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Guyana Francesa, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela; y de los 8 países de América Central, específicamente Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. La búsqueda se centró en los sitios institucionales de los sectores salud, relaciones exteriores y migración, así como también en sitios de organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y centros de estudios.

En una siguiente etapa de selección, se definieron como criterios de inclusión: i) descripción de una política pública ii) de carácter tanto gubernamental como no gubernamental iii) dirigida a la salud de migrantes internacionales iv) caracterizada por una dimensión de interculturalidad o competencia cultural v) diseñada o implementada dentro de la región de América Latina. Se excluyeron aquellos resultados que provenían de sitios no institucionales, tales como medios de prensa y redes sociales. No se establecieron restricciones por período de publicación, así como tampoco por idioma.

Posteriormente, se llevó a cabo una etapa de extracción de información y síntesis de resultados. Se definieron diversas variables que permitieron caracterizar las iniciativas de políticas públicas seleccionadas. En primer lugar, se constató la subregión y país específico en que fue diseñada y/o implementada cada política pública. Así también, se registró el tipo de entidad responsable de la elaboración, pudiendo ser gubernamental central, gubernamental local (entidades descentralizadas) o no gubernamental.

Adicionalmente, se registró el tipo de instrumento de política pública en el cual está planteada la iniciativa, lo que puede corresponder a una política, plan, programa, proyecto o acción. De igual forma, se constató si el instrumento está dirigido exclusivamente a la salud de la población migrante con una perspectiva intercultural, o si puntualmente alguna sección del instrumento planteaba una iniciativa con perspectiva intercultural dirigida a la salud de la población migrante.

También, fueron registradas las dimensiones propuestas por la iniciativa con aproximación intercultural. Estas dimensiones constaron en la formación de nuevo recurso humano, la capacitación de recurso humano existente, la dotación de recursos humanos a centros sanitarios, la difusión de información, la educación en salud, la atención de salud, la participación social, el financiamiento, los procesos de planificación sanitaria y la evaluación de servicios. Finalmente, cada una de las iniciativas fue descrita con mayor detalle de acuerdo a cada país y a la complejidad del instrumento.

Resultados

Se seleccionaron 28 fuentes, correspondientes al período de tiempo 2006-2019, que permitieron describir 22 iniciativas de política pública desarrolladas en la región y que están dirigidas a la salud de migrantes internacionales con una perspectiva intercultural (Tabla 1). Estas iniciativas pertenecen a 6 países de América del Sur, concretamente Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay; y a 3 países de América Central, específicamente Costa Rica, Honduras y México. Como se puede apreciar en la Tabla II, una gran cantidad de estas iniciativas son de autoría de un organismo del gobierno central (55%), presentándose en menor medida iniciativas de autoría de gobiernos locales u órganos institucionales descentralizados (27%), así como iniciativas lideradas por organizaciones no gubernamentales, tales como universidades y centros de salud (18%).

Tabla 1. Iniciativas de política pública encontradas según título, país en que fue desarrollada, autor de la fuente en que es descrita y año de publicación de esta.

Título de la iniciativa	País	Autor	Año
Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental	Argentina	Ministerio de salud	2015
Curso migraciones, interculturalidad y salud. Concepciones y prácticas.	Argentina	Finkelstein L.	2017
		Gobierno de la ciudad de Buenos Aires	sf
Programa de formación de facilitadores culturales bilingües	Argentina	Mombello L.	2006
Guía informativa y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina	Argentina	OIM, ACNUR	2018
Política Municipal para la población inmigrante	Brasil	Steffens I	2016
		Prefeitura de Sao Paulo	2016
Programación anual de salud	Brasil	Prefeitura de Sao Paulo	2016
		Jibrim M, Boeira M, Martins L.	2017
Virada da Saúde	Brasil	Instituto de políticas públicas em direitos humanos do MERCOSUL, OIM para América do Sul	2017
Clínica intercultural	Brasil		Cardoni L, López MG, Bleil M.
Política de salud de migrantes internacionales	Chile	Equipo asesor sectorial de salud de migrantes	2018
Plan piloto de salud de inmigrantes	Chile	Ministerio de salud, FONASA, Superintendencia de salud	2015
Programa nacional de adolescentes y jóvenes	Chile	Ministerio de salud	2018
Programa de acceso a la atención de salud a personas inmigrantes	Chile	Ministerio de salud	sf
Programa piloto Babel de facilitación lingüística a usuarios en la red.	Chile	Servicio de salud metropolitano central	2015
		Ministerio de Salud	sf
		Servicio de salud metropolitano central	2017
Curso de capacitación en derechos humanos, determinación social de la salud y competencia intercultural	Chile	Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo	2016
Jornada de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales	Chile	Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo	2019

Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio	Colombia	Ministerio de Salud	2018
Plan nacional de movilidad humana	Ecuador	Ministerio de relaciones exteriores y movilidad humana	2018
Consulta de enfermería intercultural	Uruguay	Idas & Vueltas, Municipio b	2018
		Centro de estudios BPS, Idas & Vueltas	2018
Política nacional de salud 2014-2018	Costa Rica	Ministerio de salud	2015
Política nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia 2014-2025	Costa Rica	Ministerio de relaciones exteriores y culto	2014
Política nacional de salud mental de Honduras	Honduras	Departamento de salud mental	2004
Programa especial de migración 2014-2018	México	Secretaría de gobernación	2013

La mayoría de las iniciativas (68%) están presentes en instrumentos que puntualmente abordan aspectos relacionados a interculturalidad y salud de migrantes internacionales dentro de una sección específica, mientras que el 32% de estas se presentan en instrumentos exclusivamente dirigidos a favorecer un abordaje intercultural de la salud de la población migrante (Tabla 2). Dichas iniciativas se encontraron en distintos tipos de instrumentos de política pública; específicamente, 5 fueron encontradas en políticas, 5 en planes, 4 en programas, 3 en forma de proyectos y 5 como acciones dirigidas a la formación/capacitación.

Tabla II: Síntesis de resultados según país en que fue desarrollada la política, entidad responsable, tipo de instrumento y dedicación del instrumento a la iniciativa.

	N	%
PAÍS	22	100
América del Sur	18	82
Argentina	4	18,2
Brasil	4	18,2
Chile	7	31,8
Colombia	1	4,5
Ecuador	1	4,5
Uruguay	1	4,5
América Central	4	18
Costa Rica	2	9
Honduras	1	4,5
México	1	4,5
ENTIDAD	22	100
Gobierno central	12	55
Gobierno local	6	27
No gubernamental	4	18
INSTRUMENTO	22	100
Política	5	22,2
Plan	5	22,7
Programa	4	18,2
Proyecto	3	13,6
Acción de formación/capacitación (guía, jornada, programa de formación y curso)	5	22,7

DEDICACIÓN	22	100
Exclusiva	6	27
Puntual	16	73

Respecto a las dimensiones abordadas en las distintas iniciativas (Tabla 3), la gran mayoría de las iniciativas están dirigidas a la formación de nuevo recurso humano sanitario, de mediadores interculturales y de facilitadores lingüísticos; y a la capacitación del personal existente. Así también, existe un importante número de iniciativas que buscan aumentar la dotación de personal en centros sanitarios, así como aquellas que consideran la atención clínica con perspectiva intercultural. Por otra parte, en menor medida se identificaron iniciativas que contemplan educación en salud, fomento de la participación social, financiamiento, incidencia en procesos de planificación sanitaria y evaluación de servicios.

Tabla 3: Síntesis de iniciativas de política pública según tipo de entidad que crea la iniciativa, tipo de instrumento en que se presenta, dedicación del instrumento a ámbitos de interculturalidad, y dimensiones que contiene cada iniciativa.

Título de la iniciativa	Entidad	Instrumento	Dedicación	Dimensiones
Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental	Gobierno central	Plan	Puntual	Formación
Curso migraciones, interculturalidad y salud. Concepciones y prácticas.	Gobierno local	Curso	Puntual	Capacitación
Programa de formación de facilitadores culturales bilingües	No gubernamental	Programa de formación	Exclusiva	Formación Dotación
Guía informativa y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina	Gobierno central	Guía	Exclusiva	Capacitación
Política Municipal para la población inmigrante	Gobierno local	Política	Puntual	Formación Dotación
Programación anual de salud	Gobierno local	Plan	Puntual	Capacitación Dotación Difusión Financiamiento
Virada da Saúde	Gobierno local	Proyecto	Exclusiva	Difusión
Clínica intercultural	No gubernamental	Proyecto	Exclusiva	Atención Capacitación
Política de salud de migrantes internaci	Gobierno central	Política	Puntual	Formación Capacitación Evaluación Planificación
Plan piloto de salud de inmigrantes	Gobierno central	Plan	Puntual	Capacitación
Programa nacional de adolescentes y jóvenes	Gobierno central	Programa	Puntual	Dotación Capacitación Educación Atención Planificación
Programa de acceso a la atención de salud a personas inmigrantes	Gobierno central	Programa	Puntual	Dotación
Programa piloto Babel de facilitación lingüística a usuarios en la red.	Gobierno local	Programa	Exclusiva	Formación Dotación

Curso de capacitación en derechos humanos, determinación social de la salud y competencia intercultural	No gubernamental	Curso	Puntual	Capacitación
Jornada de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales	No gubernamental	Jornada	Exclusiva	Capacitación
Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio	Gobierno central	Plan	Puntual	Dotación Atención Participación
Plan nacional de movilidad humana	Gobierno central	Plan	Puntual	Capacitación
Consulta de enfermería intercultural	Gobierno local	Proyecto	Exclusiva	Atención
Política nacional de salud 2014-2018	Gobierno central	Política	Puntual	Capacitación
Política nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia 2014-2025	Gobierno central	Política	Puntual	Atención
Política nacional de salud mental de Honduras	Gobierno central	Política	Puntual	Atención
Programa especial de migración 2014-2018	Gobierno central	Programa	Puntual	Formación Atención Participación

A continuación, se describen las diversas iniciativas de política pública encontradas de acuerdo con el país en que fueron implementadas. En la sección de cada país, las iniciativas son presentadas en orden de acuerdo con la jerarquía del instrumento al que pertenecen, desde aquellos de mayor grado de jerarquía (políticas y planes) hasta aquellos más operacionales (proyectos y acciones).

América del Sur

Argentina

De acuerdo con lo revisado, Argentina presenta 4 iniciativas de política pública con una aproximación intercultural, emanadas tanto desde sectores del gobierno central, del gobierno local y del sector no gubernamental. 2 de estas iniciativas se identificaron dentro de instrumentos que abarcan diversos tópicos, mientras que las otras dos eran planteadas en instrumentos exclusivamente dirigidos a la salud de migrantes con perspectiva intercultural. Todas estas están dirigidas a la formación de nuevo recurso humano, así como a la capacitación del personal sanitario. Esto a través de un plan con lineamientos para la formación, una guía informativa para actores que acompañan proceso de integración, un programa de formación de facilitadores y un curso de capacitación. Cada una de dichas iniciativas es descrita con más detalles a continuación.

Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental

Estos lineamientos fueron desarrollados por una instancia intersectorial que articula al Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación llamada Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA). Estos lineamientos buscan incidir en los procesos de diseño curricular de las carreras de medicina, abogacía, trabajo social, enfermería y psicología, con el propósito de adecuar la formación profesional a lo estipulado en la ley N° 26.657 de salud mental y las políticas que a partir de esta surjan. Dentro de los lineamientos, existe un eje de inclusión social, el cual incorpora recomendaciones sobre interculturalidad.

Reconoce la relevancia de incorporar una perspectiva intercultural, puesto que aumenta la eficacia de intervenciones territoriales sociosanitarias (20).

El eje de inclusión social propone dos metas de aprendizaje: i) comprender que las prácticas en salud deben basarse en el respeto a la diversidad cultural y la desnaturalización del etnocentrismo, así como los prejuicios y estereotipos asociados a conductas de discriminación, xenofobia y/o racismo, ii) elaborar y utilizar herramientas que promuevan el empoderamiento colectivo y la participación comunitaria para el diagnóstico y solución de las problemáticas de salud mental de las comunidades, considerando las realidades territoriales y el saber popular. Para cumplir cada una de las metas de aprendizaje, propone una serie de experiencias de aprendizaje y descriptores de logro (20).

Dentro de las experiencias de aprendizaje se pueden destacar: i) indagan e identifican la dimensión inclusiva y las prácticas de saber popular en distintos procesos de atención en salud mental a partir de incorporar la perspectiva intercultural, y ii) sistematizan y analizan las dificultades de comunicación en los distintos momentos del proceso de atención por diferencias idiomáticas, culturales, etc. Mientras que dentro de los descriptores de logro se pueden destacar: i) reflexiona sobre sus propios marcos de referencia y asume actitudes y valores que favorecen procesos de interculturalidad en la atención de la salud, y ii) conoce y jerarquiza la relevancia que tienen las pautas culturales de la comunidad con la que realiza sus prácticas (20).

Curso migraciones, interculturalidad y salud. Concepciones y prácticas

Es un curso presencial, gratuito y voluntario que ofrece el gobierno de la ciudad de Buenos Aires para la sensibilización y capacitación de profesionales de la salud. Busca evitar la estereotipación de las personas migrantes por parte de los profesionales de la salud, así como también busca desencadenar procesos reflexivos en los profesionales respecto a los procesos asistenciales y a la forma en que estos se llevan a cabo (21). El curso declara objetivos relacionados a difundir los derechos garantizados, dar un encuadre social e histórico a las migraciones, reconocer la diversidad de prácticas existentes en torno al cuidado de la salud, reflexionar sobre paradigmas y modelos de salud, identificar barreras de accesibilidad, y promover el enfoque intercultural en las prácticas sanitarias (22).

Programa de formación de facilitadores culturales bilingües

Corresponde a un programa llevado a cabo en el Hospital Italiano de Buenos Aires, que inicialmente buscó responder a la necesidad del personal médico para mejorar su comunicación con usuarios extranjeros. El programa propone capacitar durante un año a agentes que faciliten la interacción entre el equipo de salud y los pacientes extranjeros, no solo en términos idiomáticos, sino que acercando a ambas culturas. El programa tiene como objetivo que los intérpretes se conviertan en un miembro más del equipo de salud. Para esto propone tres módulos: i) sistema de salud, ii) generalidades de antropología y sociología, y iii) técnicas de facilitación, para finalmente llevar a cabo una práctica en un hospital público. Finalmente, el facilitador cumple un rol de mediación en que coopera habilitando la palabra del usuario ante el equipo de salud y es considerado un interlocutor válido y una figura de contención. Una de las dificultades identificadas en su ejecución correspondió a la convivencia del secreto médico y el hecho de que el facilitador perteneciera a la comunidad, lo que limita en ciertos casos la expresión de determinados problemas (23).

Guía informativa y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina

Guía informativa desarrollada por el Estado argentino en colaboración con OIM y ACNUR, que tiene el objetivo de facilitar la comunicación intercultural entre las familias beneficiarias del Programa Siria en Argentina y los actores involucrados en la integración de la población siria. Se propone como una acción de fortalecimiento a la integración de la comunidad siria en Argentina, apoyando tanto a actores gubernamentales centrales y locales, como a actores de la sociedad civil que están encargados de la prestación de servicios y el acompañamiento de las familias sirias (24). Dentro de la guía, el capítulo 5 está destinado al enfoque intercultural en espacios educativos y sanitarios. En la subsección espacios sanitarios, la guía entrega información respecto al

contexto previo, cultura, prácticas, creencias, preferencias y necesidades específicas de la población siria respecto a los procesos de salud-enfermedad y al espacio sanitario. Finalmente, la guía entrega recomendaciones para facilitar la comunicación intercultural en los espacios sanitarios (24).

Brasil

En Brasil se identificaron 4 iniciativas de política pública dirigidas a la salud de migrantes internacionales con aproximación intercultural. La gran mayoría pertenecen al gobierno local de la ciudad de Sao Paulo, mientras que una de éstas pertenece a una universidad. La mitad de las iniciativas son planteadas en instrumentos dirigidos específicamente a un abordaje con perspectiva intercultural de la salud de la población migrante, mientras que la otra mitad corresponden a secciones puntuales dentro de un instrumento de mayor alcance. En términos generales, se encontró una política para la formación de facilitadores interculturales y dotación de servicios de facilitación, y un plan que contempla la capacitación del recurso humano sanitario y la dotación de servicios de traducción. Así también, se encontraron dos proyectos, uno dirigido a facilitar la traducción en contextos de atención primaria y urgencia, y otro que ofrece atención clínica en salud mental, construcción de redes de apoyo y capacitación. A continuación, se describe cada una de las iniciativas de política pública mencionadas.

Política Municipal para la población inmigrante

En su artículo 4, la política municipal de migración de la prefectura de Sao Paulo señala que se asegurará la atención de calidad a la población inmigrante referida a los servicios públicos municipales, considerando acciones como la formación de agentes públicos orientados a la interculturalidad e idiomas, con énfasis en aquellos dispositivos públicos con mayor flujo de migrantes. Así también, indica la designación de mediadores interculturales en la infraestructura pública con mayor afluencia de inmigrantes para facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios. Junto con esto, en su artículo 12 indica disposiciones generales del sector salud, dentro de las cuales se reconoce como deber de la Secretaría municipal de salud promover un acceso a salud culturalmente adecuado para toda la población inmigrante, independientemente de su situación migratoria (25)(26).

Programación anual de salud

Programación anual de salud de la ciudad de Sao Paulo, que en el año 2016 incluyó un área temática dirigida a la salud de inmigrantes y refugiados. Dentro de sus metas estratégicas planteó establecer interlocución específica para la salud de migrantes y refugiados en el sistema municipal de salud de Sao Paulo, lo que contemplaba como acciones específicas la contratación y capacitación de profesionales y/o migrantes, para facilitar el diálogo con la población migrante, la generación y análisis de datos, y la capacitación de funcionarios de salud. En una segunda meta estratégica propone establecer un plan de comunicación en aquellos establecimientos de salud con mayor concentración de población migrante y refugiada, que cubra las diferentes lenguas y culturas. Esta meta tiene como acciones específicas asociadas: i) asignar profesionales que hablen lenguas específicas y comprendan las diversas culturas, así como contar con la presencia de pasantes y/o del Programa Juventud SUS que capacita a jóvenes para trabajar en el sistema de salud, para que se desempeñen como intérpretes; ii) elaborar y disponer diferentes tipos de material educativo, tanto en formato digital como impreso, en diversas lenguas, con el fin de dar a conocer los derechos que el sistema de salud provee. Finalmente contempla una tercera meta estratégica que consta en captar recursos para financiar lo relacionado a esta temática, así como elaborar e implementar proyectos de intervención según las necesidades identificadas (27)(28).

Virada da Saúde

Conjunto de actividades desarrolladas por el grupo de trabajo sobre migración de la Secretaria Municipal de Salud de la ciudad de Sao Paulo. Tiene el objetivo de promover una visión de salud como un proceso integral y no como un saber exclusivamente técnico, incorporando los aspectos culturales de las distintas colectividades y sus implicancias en la salud (29). Adicionalmente, se trabajó

en la traducción de material informativo, se crearon diccionarios y se realizó un catastro de funcionarios hablantes de más de un idioma, con el objetivo de desarrollar una estrategia que garantice atención primaria y de emergencia en los idiomas de las diversas comunidades migrantes (29).

Clínica intercultural

Proyecto de extensión iniciado el año 2012, desarrollado por el Núcleo de Estudios sobre psicología, migraciones y culturas, del Servicio de atención psicológica de la Universidad Federal de Santa Catarina, ubicada en la ciudad de Florianópolis. Su objetivo es ofrecer una escucha calificada al sufrimiento psíquico de inmigrantes y refugiados por medio de atención psicológica. El modelo clínico utilizado encuentra sus fundamentos epistemológicos en la etnopsiquiatría y en el dispositivo de co-terapia, y su metodología se basa en el servicio especializado de ayuda psicológica para inmigrantes (SAPSIR) de la Universidad Laval de Canadá (29,30).

El proyecto es llevado a cabo por profesionales de psicología y estudiantes de pregrado y posgrado de psicología. Entre sus actividades incluye: i) atención clínica psicológica, ii) la participación en el Grupo de apoyo a inmigrantes y refugiados de Florianópolis, compuesto por actores de la sociedad civil, del poder público y de la arquidiócesis, que busca estructurar políticas públicas municipales que promuevan la garantía de acceso a salud, iii) la creación de grupos de acogida y conversación en la pastoral de migrantes de Florianópolis, que permita el rescate de elementos culturales que actúan como potenciadores de la identidad, iv) el desarrollo de capacitaciones de sensibilización basadas en el modelo de la interculturalidad en diversos servicios de la red de atención psicosocial (29,30).

Chile

En Chile se encontraron 7 iniciativas de política pública con perspectiva intercultural dirigidas a la salud de migrantes internacionales, de las cuales 4 son de autoría del gobierno central, 1 de un organismo institucional descentralizado y 2 de un organismo no gubernamental, específicamente de una universidad. Entre las iniciativas, 2 se encuentran en instrumentos exclusivamente dirigidos a un abordaje con perspectiva intercultural, mientras que las otras 5 iniciativas se encuentran en forma de sección puntual dentro de instrumentos más amplios. 1 iniciativa se encuentra dentro de una política nacional que contempla elementos de capacitación, formación, evaluación y planificación; 1 dentro de un plan, concentrada en la capacitación; 3 dentro de programas que abarcan la formación, dotación de personal y atención, y 2 en instancias de capacitación. Todas las iniciativas encontradas en este país son descritas a continuación.

Política de salud de migrantes internacionales

Dentro de sus objetivos específicos, se encuentra el objetivo específico n° 7 Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales. Junto con este, se encuentra el objetivo específico n° 8 Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social (31). Por otra parte, dentro de sus lineamientos estratégicos presenta el lineamiento estratégico n° 2 Sistema sensible a las personas migrantes: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud. El lineamiento cuenta con un eje de accesibilidad, un eje de aceptabilidad y un eje de desarrollo e implementación de un instrumento estándar de equidad en salud con enfoque intercultural para los establecimientos e instituciones de salud. Dentro del eje de accesibilidad existe una dimensión de formación sobre migración y salud. En esta se señala que se requiere indispensablemente funcionarios de salud formados en el conocimiento de la normativa, derechos humanos, interculturalidad, salud y migración. Así también, se aborda la formación para el desarrollo de competencias interculturales para responder a las necesidades de la población migrante; junto con la promoción de la incorporación de contenidos y competencias referidas a salud y migración que incluyan interculturalidad, entre otros tópicos, en universidades y centros de formación técnica (31).

Mientras que en el eje aceptabilidad, se señala que se busca avanzar en estrategias interculturales específicas que contribuyan a superar las barreras culturales y sociales existentes entre equipo de salud y usuarios, con foco en el proceso de comunicación y diálogo. También señala que las acciones propuestas deben formar parte de un plan de acogida de la población migrante al sistema de salud que minimice las dificultades su proceso de adaptación, lo que incluye el desarrollo de servicios de facilitación lingüística (traductores presenciales, traducción o intermediación lingüística remota) y mediación intercultural. El tercer eje referido al desarrollo e implementación de un instrumento de estándar de equidad en salud con enfoque intercultural para los establecimientos de salud busca contar con una herramienta de autovaloración que facilite el avance en la accesibilidad y la aceptabilidad, dado que permite la identificación de brechas y posibilidades de mejora. Con esto se podrán implementar planes de acción, junto a su medición y monitoreo (31).

Finalmente, en el lineamiento de acción n° 4 Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud, se explicita que dicha transversalización implica implementar un enfoque de interculturalidad en toda acción planificada para todos los niveles del sistema de salud. Particularmente, señala que se sumará a la población migrante a las estrategias de salud mental como grupo en situación de vulnerabilidad, lo que implica orientaciones específicas y el desarrollo de competencias interculturales (31).

Plan Piloto de Salud de Inmigrantes

En el componente n° 2 Acceso y calidad de la atención en población inmigrante, señala dentro de sus actividades la capacitación a funcionarios para reforzar habilidades interculturales y el marco de derechos de salud de los inmigrantes. Señalando que es relevante tener en consideración barreras culturales tales como idiomáticas, concepciones de los procesos de salud-enfermedad y el tipo de relación con el cuerpo (32).

Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes

Dentro de las orientaciones técnicas del programa nacional de adolescentes y jóvenes 2018, existe un capítulo destinado a adolescentes migrantes internacionales. Dentro de este, se señala la necesidad de que los equipos de salud aborden la atención desde una mirada intercultural. Junto con esto, indica que los equipos de salud desarrollen competencias interculturales que les permitan llevar relaciones empáticas con adolescentes y sus familias migrantes. En las orientaciones técnicas se recomienda a los equipos incorporar en sus programaciones locales un enfoque intercultural, integral y de derechos; desarrollar actividades de comunicación social y educación en salud permanentes de sensibilización sobre diversidad cultural, migraciones y derechos humanos que contribuyan a eliminar los prejuicios; incorporar en la atención mediadores culturales y/o facilitadores lingüísticos; y llevar a cabo capacitaciones dirigidas al desarrollo de competencias para un abordaje específico desde una perspectiva intercultural (33).

Programa de acceso a la atención de salud a personas inmigrantes

Programa implementado el año 2014 en 11 comunas del país. Su objetivo es desarrollar estrategias que contribuyan a superar barreras de acceso a atención, prevención y promoción de la salud que enfrenta la población inmigrante. El programa incluye la presencia de mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos (34).

Programa Piloto Babel de facilitación lingüística a usuarios en la red.

Se enmarca en el Programa de apoyo a las acciones en salud en el nivel primario de atención en establecimientos dependientes. Específicamente, dentro de las actividades asociadas dirigidas al acceso y calidad de la atención de salud a inmigrantes. Tiene como objetivo general aumentar la eficacia en la gestión y administración de los establecimientos que realizan acciones de salud en el nivel primario, tendiente a proporcionar a las personas una mejoría en la calidad y resolutivez de las atenciones de salud. Mientras

que el objetivo específico es aumentar la eficacia de la gestión de salud en el nivel primario de atención, específicamente en el cumplimiento de las metas de los programas de salud (35).

El objetivo del Programa Babel es contribuir al acceso universal a la salud de las personas migrantes, sensibilizando y fortaleciendo a los funcionarios en cuanto a sus capacidades de atención, aproximación a las características socioculturales y al contexto de los usuarios migrantes. El programa facilita la comunicación entre usuarios migrantes no hispanohablantes y los equipos de salud, a través de voluntarios que realizan traducción remota vía videoconferencia o vía telefónica. Los voluntarios son capacitados por el Colegio de intérpretes y traductores de Chile, específicamente en técnicas de interpretación, conceptos de ética, temáticas sensibles del sector salud y terminología médica; y colaboran traduciendo chino, creole, francés, hindi, inglés, portugués y ruso. Ha sido implementado en diversos centros de atención primaria y en un centro hospitalario del Servicio de Salud Metropolitano Central (36,37).

Curso de capacitación en derechos humanos, determinación social de la salud y competencia intercultural

Capacitaciones llevadas a cabo durante el año 2016 por el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo para el Ministerio de Salud, dirigidas a encargados de programas nacionales ministeriales. Tenían como propósito desarrollar competencias en derechos humanos, determinación social de la salud y competencia cultural, con énfasis en la migración y sus desafíos en salud. Así también, sus objetivos están dirigidos a sensibilizar y capacitar a referentes técnicos, desarrollar competencias interculturales y transversalizar los enfoques enseñados. El diseño de curso contempla tópicos principales como la migración internacional y los enfoques de determinación social de la salud, salud como derecho humano, salud como proceso global, participación social y competencia cultural en salud (38).

Jornada de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales

El Programa de Estudios Sociales en Salud, de la Universidad del Desarrollo, en colaboración con el Ministerio de Salud, llevó a cabo una jornada de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales. Su propósito fue contribuir a la política de salud de inmigrantes mediante la sistematización del trabajo realizado por mediadores interculturales en el sistema de salud. Sus objetivos fueron realizar un diagnóstico y proponer recomendaciones respecto al cargo de mediador intercultural y sus competencias (39). Esta iniciativa contó con una metodología que incluyó distintas secciones. En primer lugar, se aplicó un cuestionario a los facilitadores interculturales asistentes, que posteriormente permitió caracterizar su situación sociodemográfica, su experiencia como mediadores su nivel de capacitación y sus principales necesidades referidas a su trabajo (39). Posteriormente, se realizaron entrevistas grupales con mediadores interculturales, abordando los tópicos de interculturalidad, las competencias y el rol de mediadores interculturales en el sistema de salud, la demanda de atención, los desafíos asociados (administrativos, interpersonales, de infraestructura) y sus potenciales soluciones. En tercer lugar, la instancia contempló una sección de capacitación mediante clases expositivas. En último lugar, la jornada contó con talleres participativos. Estos incluían actividades relacionadas a la interacción y a la empatía en la labor del mediador intercultural.

Finalmente, la sistematización y análisis de la iniciativa ejecutada presenta una serie de recomendaciones dirigidas a la política nacional. Estas están referidas al perfil, rol y funciones de los facilitadores, las buenas prácticas de integración, la sensibilización y el entrenamiento, el vínculo con los equipos de salud y el vínculo con la comunidad (39).

Colombia

En Colombia se encontró una iniciativa de carácter central, contenida en un plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, el cual contempla una dimensión intercultural en lo referido tanto a dotación de personal, proceso de atención y participación de la comunidad. La iniciativa se detalla a continuación.

Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio

Su objetivo general es gestionar una respuesta al fenómeno migratorio desde el sector salud. Esto con el fin de desarrollar estrategias y capacidades que promuevan la convivencia social y reduzcan el impacto ante escenarios de emergencia, a través de la coordinación de los actores sectoriales, lo que contempla también a otros sectores, las comunidades, agencias internacionales, entre otros (40).

El plan presenta actividades categorizadas por el nivel de gestión (central, salud pública, atenciones e intervenciones en salud, y financiamiento y seguimiento). Dentro de las actividades correspondientes al nivel de gestión de la salud pública, se especifica una dimensión de gestión del talento humano en salud, la cual tiene como actividad la promoción de la incorporación de talento humano en salud migrante, en procesos de gestión y atención en salud relacionados con el plan, propendiendo por un abordaje intercultural. Mientras que, en el nivel de financiamiento y seguimiento y dentro de la dimensión seguimiento a procesos e indicadores, se señala la relevancia de trabajar con las comunidades en la definición de mecanismos de monitoreo y evaluación participativos, junto con avanzar en la adecuación intercultural de las atenciones y la valoración de dicho abordaje en grupos étnicos (41).

Ecuador

Se encontró una iniciativa de política pública desarrollada en Ecuador, la cual se encuentra dentro de un plan nacional de movilidad humana. Corresponde a una iniciativa del gobierno central, que considera la pertinencia cultural en acciones de capacitación. Dicha iniciativa se describe a continuación.

Plan nacional de movilidad humana

Plan presentado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana que propone un marco conceptual para aproximarse a la migración y un análisis de la normativa, diagnóstico, políticas, lineamientos, implementación seguimiento y evaluación. El plan establece el desarrollo de dos políticas públicas, una de las cuales consta en proteger y promover los derechos de las personas en situación de movilidad humana en el territorio nacional y en el exterior. Para esta se definen diversas acciones, dentro de las cuales se encuentra capacitar a los prestadores del servicio de salud para brindar una atención especializada y con pertinencia cultural de acuerdo con las necesidades de las personas en movilidad humana, con énfasis en la superación de barreras idiomáticas (42).

Uruguay

En Uruguay fue hallada una iniciativa de política pública, correspondiente a un proyecto planteado a nivel de gobierno local, el cual contempla atención clínica con perspectiva intercultural. Esta iniciativa se detalla a continuación.

Consulta de enfermería intercultural

Iniciativa inserta en el proyecto Municipio b: hacia un municipio intercultural, el cual corresponde a un proyecto de colaboración intersectorial entre el municipio b de Montevideo, la asociación Idas y Vueltas de apoyo a migrantes y retornados, el Municipio de Pichincha de Ecuador y la región de Murcia de España. El proyecto tiene como objetivo dotar de un carácter intercultural al municipio a través de programas, proyectos y actividades que faciliten la integración sociocultural. Dentro de las actividades realizadas en el proyecto se encuentra la consulta de enfermería intercultural (43). Sus objetivos constan en captar a personas migrantes en situación de vulnerabilidad sociosanitaria, gestionar cada caso mediante seguimiento del cuidado de enfermería y desarrollar el rol de enlace con los servicios del primer nivel de atención, incluyendo traducción y mediación cultural. La consulta tiene tres etapas: i) captación: que incluye un espacio de bienvenida y derivaciones a profesionales de centros afines, ii) enlace: dentro del primer nivel de atención, entre diferentes niveles y con otras disciplinas, iii) seguimiento: a través de visitas domiciliarias, en el servicio asistencial y con mecanismos de referencia y contrareferencia (44).

Costa Rica

Durante el año 2014, en Costa Rica, desde el nivel central, se desarrollaron un conjunto de políticas sociales que contribuían a una aproximación integral a las migraciones. Dentro de éstas, dos contemplaron dimensiones dirigidas al abordaje de la salud de la población migrante con una perspectiva intercultural declarada.

Política nacional de salud 2014-2018

La política nacional de salud de Costa Rica, período 2014-2018, cuenta con una serie de principios orientadores, dentro los cuales se encuentra la interculturalidad. La política se encuentra estructurada en cinco ámbitos, cada cual presenta áreas de intervención con lineamientos y estrategias. En el ámbito II, titulado Equidad y universalidad de las acciones en salud, presenta un área de intervención de atención en salud de la población migrante y refugiada con un abordaje intercultural. Esta área de intervención presenta tres estrategias: i) mejorar el acceso a la atención en salud de la población migrante y refugiada de acuerdo a sus necesidades, mediante la coordinación interinstitucional e intersectorial, así como con los países vecinos, ii) crear espacios de diálogo interinstitucional y con la sociedad civil para promover el derecho a la salud en los grupos mencionados, iii) desarrollar procesos de sensibilización con los funcionarios institucionales sobre los derechos y responsabilidades de la población migrante y refugiada (45).

Política nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia 2014-2025

Esta política fue diseñada con el propósito de generar condiciones que brinden mayor inclusión, equidad, reconocimiento de derechos a nivel normativo e implementación de acciones que en la práctica permitan mejorar las condiciones de vida de pueblos indígenas, afrodescendientes, migrantes y refugiados. Dentro de los enfoques de la política se encuentra declarado el enfoque de interculturalidad (46).

La política está estructurada de acuerdo con ejes temáticos. Dentro del eje n° 4, titulado Derecho a la salud y a la seguridad social, se presenta como lineamiento un modelo intercultural en salud integrado y culturalmente sensible, dirigido a indígenas, afrodescendientes, migrantes y refugiados. El mismo eje temático declara como objetivo específico el promover condiciones adecuadas de salud, pertinencia cultural y respeto de las particularidades (46).

Honduras

En Honduras fue encontrado un instrumento del gobierno central, correspondiente a una política nacional de salud mental, que contiene objetivos dirigidos particularmente a la atención.

Política nacional de salud mental de Honduras

Esta política del año 2004 tiene como objetivo general lograr que la salud mental sea una materia de interés y compromiso público a nivel nacional, a través de acciones articuladas entre el Estado y la sociedad civil, las cuales garanticen el bienestar físico, emocional y espiritual de la población. La política se estructura en base a seis áreas estratégicas, una de las cuales corresponde a identidad, cultura y migración. Dentro de los objetivos específicos de esta área estratégica se encuentra el lograr la rehabilitación y reinserción de la población migrante mediante una atención integral de la salud. Este objetivo incluye entre sus líneas de acción elaborar un programa de prevención y rehabilitación en salud mental con población migrante, instituciones gubernamentales y no gubernamentales (47).

Se identificó una iniciativa de política pública en México, de carácter central, que corresponde a un programa que incluye líneas de acción relacionadas a formación, participación y atención intercultural. Este programa se describe a continuación.

Programa especial de migración 2014-2018

El Programa especial de migración de 2014-2018 de México, es un instrumento de la política de Estado que busca contribuir al logro de metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, junto con establecer las bases del trabajo de la administración federal en lo referido a las migraciones. El programa está estructurado según objetivos, estrategias y líneas de acción. Dentro del objetivo 4, favorecer los procesos de integración y reintegración de las personas migrantes y sus familiares, se encuentra la estrategia 4.3 facilitar y promover la salud integral con criterios diferenciados para las personas migrantes y sus familiares. Esta estrategia incluye entre sus líneas de acción: i) promover la formación de enlaces comunitarios promotores de la salud integral de las personas migrantes con pertinencia cultural y lingüística ii) promover la atención intercultural y lingüística de personas migrantes en materia de salud, género, reproducción y derechos humanos (48).

Conclusiones

El presente estudio ha podido dar cuenta de que en la región de América Latina se han desarrollado diversas iniciativas de políticas públicas dirigidas a la salud de migrantes internacionales con una aproximación intercultural. Este hallazgo se considera de suma relevancia, ya que, como señala Van Der Laet (49), se requiere de la implementación de políticas para el desarrollo de sistemas de salud culturalmente sensibles que resuelvan las barreras que obstaculizan el acceso a servicios de salud a la población migrante y los problemas de aceptabilidad de los mismos/as. Diversas de las iniciativas encontradas tenían forma de lineamientos dentro de políticas, planes y programas, que se dirigían a la sensibilización y capacitación del personal de salud en los tópicos de interculturalidad y migración. Estos mismos aspectos fueron descritos por Bernales et al. (12) como una necesidad urgente manifestada por el propio personal de salud. De acuerdo con Correa-Betancour (50), el actual escenario migratorio requiere de la sensibilización y capacitación del personal sanitario en competencia intercultural, ya que tiene un impacto significativo en la salud de la población migrante.

Otras de las iniciativas halladas buscan incidir no solo en la capacitación de profesionales, sino que en los procesos de formación del futuro recurso humano, incorporando en este una perspectiva intercultural. Respecto a la relevancia de este tipo de iniciativas, Veliz-Rojas señala que el desempeño profesional con pertinencia cultural en salud está dado por el desarrollo de competencias interculturales de los estudiantes durante su proceso de formación (51). En esta misma línea, Correa et al (50) señalan que incluir en la formación de estudiantes de enfermería una aproximación transcultural les permite adoptar practicas integrales en el ejercicio profesional. Estas permiten reconocer en el otro su contexto, su cultura y sus creencias, considerar sus expectativas y entregar servicios sensibles a sus necesidades. De la misma forma, Hoang (7) señala que formar en una práctica dental transcultural a los estudiantes de odontología permitiría reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud oral. Parte de las iniciativas halladas que se han implementado en la región corresponden a formación y prestación de servicios de mediación intercultural y facilitación lingüística. Investigaciones han señalado que una de las medidas más relevantes para superar las barreras culturales y el impedimento de la agencia de los usuarios migrantes es contar con servicios de interpretación intercultural seguros y financiados (10).

Finalmente, algunas de las iniciativas encontradas contemplan la participación de los colectivos de personas migrantes en los procesos de diagnóstico de problemáticas de la población migrante, estructura de respuestas como programas y políticas de salud, así como aplicación de monitoreo y evaluación de las intervenciones. Favorecer la participación de las comunidades migrantes en los procesos que configuran el sistema sanitario y la prestación de servicios es un aspecto fundamental de la construcción de sistemas de salud culturalmente sensibles (48).

Recomendaciones

- Definir un eje y lineamientos de interculturalidad en salud dirigido a migrantes internacionales en instrumentos de política pública (sea una política o un plan nacional) de diversos sectores con alcance federal o estatal, de forma tal de contar con una base institucional que sustente la realización de programas, proyectos y actividades.
- Llevar a cabo programas de capacitación del recurso humano en salud sobre migración e interculturalidad en salud en toda la red asistencial, de manera de garantizar mínimos fundamentales respecto a la atención en sistemas sanitarios culturalmente sensibles.
- Formar facilitadores interculturales e incorporarlos a los equipos de salud de la red asistencial, lo cual permite garantizar la aceptabilidad de los servicios sanitarios, tanto en lo referido a pertinencia cultural como a disminución de barreras idiomáticas.
- Incidir en las instituciones educacionales que forman al recurso humano en salud con el fin de que dentro de los programas de formación incorporen en sus planes curriculares elementos relacionados a la migración e interculturalidad en salud.
- Implementar en el nivel primario del sistema sanitario espacios clínicos interculturales que representen un espacio culturalmente sensible de primer contacto, de acogida, de derivación, acompañamiento y seguimiento en el tránsito por la red asistencial, y de articulación de redes de apoyo colectivo.
- Elaborar protocolos y guías que orienten a los equipos de salud respecto a los flujos de acción a seguir para acoger, orientar y atender con perspectiva intercultural a las comunidades migrantes.
- Facilitar el diálogo intercultural en salud a través de la participación de las comunidades migrantes en los procesos de diagnóstico territorial, diseño de procesos de atención y aplicación de mecanismos de evaluación y monitoreo.

Referencias

1. IOM's Global Migration Data Analysis Centre. Global Migration Data Portal [Internet]. Migration Data Portal. 2020 [cited 2020 Apr 6]. Disponible en: <https://migrationdataportal.org/>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico 2018: Migración internacional [Internet]. Naciones Unidas; 2019. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44411-observatorio-demografico-america-latina-2018-migracion-internacional-demographic>
3. Sanz N, Valenzuela Arce JM, Unesco, Colegio de la Frontera Norte. Migración y cultura [Internet]. Primera edición. México: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Oficina en México; 2016. 219 p. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247760>
4. Arocena F, Sobottka EA. Diversidad cultural en América Latina. *Civ - Rev Ciénc Sociais*. 2017 Aug 23;17(2):205.
5. Baeza B, Aizenberg L, Barría Oyarzo C. Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Am*. 2019 Jun;19(1):43-66.
6. Czapka EA, Sagbakken M. "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Apr 6];16(1). Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1715-9>
7. Hoang H, Feike S, Lynden T, Barnett T, Crocombe L. Oral health needs of older migrants with culturally and linguistically diverse backgrounds in developed countries: A systematic review. *Australas J Ageing*. 2019 Dec 6;1-16.
8. Czapka EA, Gerwing J, Sagbakken M. Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. *Scand J Public Health*. 2019 Nov;47(7):755-64.
9. McCann TV, Mugavin J, Renzaho A, Lubman DI. Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: a qualitative study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Apr 6];16(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0984-5>
10. Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *J Adv Nurs*. 2019 Oct;75(10):2200-10.
11. Organización Panamericana de la Salud. Diversidad Cultural y Salud [Internet]. [cited 2020 Apr 6]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585&Itemid=4016&lang=es
12. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017 Jun 30;34(2):167.
13. Osorio-Merchán MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm*. 2008;17(4):266-70.
14. Yáñez Corrales A, De la Fuente Flores L, Toffoletto MC, Masalan Apip MP. Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. *Medisur*. 2018;16(6):10.
15. Carrasco I, Suárez JI. Migración internacional e inclusión en América Latina. CEPAL, editor. *Políticas Soc*. 2018;231:66.
16. Barabas AM. Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações*. 2014 Dec 1;14(1):11-24.
17. Usallán Méndez L. El pluralismo cultural y la gestión política de la inmigración en Chile: ¿ausencia de un modelo? *Polis Santiago*. 2015 Dec;14(42):277-302.

18. Silva C. El rol de la interculturalidad en la política migratoria en Chile. En: Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, editor. Interculturalidad y migración [Internet]. Primera edición. Santiago de Chile; 2017. p. 46–58. Disponible en: https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/libro_seminario_interculturalidad_migracion.pdf
19. Larenas-Rosa D, Cabieses Valdés B. Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de iniciativas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019 Aug 19;36(3):487.
20. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación de la Nación. Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/6c_lineamientos_rrhh_salud.pdf
21. Finkelstein L. Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista migraciones internacionales: Reflexiones desde Argentina*. 2017;02:40–58.
22. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Migraciones, Interculturalidad y Salud [Internet]. [cited 2020 May 18]. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciainvestigacion/cursos-de-capacitacion/migraciones-interculturalidad-y-salud>
23. Mombello L. Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad: La cercanía barrial y la acción institucional. En: *Salud y migración regional* [Internet]. Instituto de Desarrollo Económico y Social; 2006. p. 103–19. Disponible en: https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=21972&libros=yes&detalles=yes&lib_id=2092223
24. OIM, ACNUR. Guía informativa y de fortalecimiento de la comunicación intercultural para la integración de la población beneficiaria del programa Siria en Argentina. Buenos Aires, Argentina: Organización Internacional para las Migraciones; 2018.
25. Steffens I. Falta um Jorge: A saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). *Lua Nova*. 2016;98:275–301.
26. Prefeitura de São Paulo. Instituye la política municipal para la población inmigrante, dispone sobre sus objetivos, principios, directrices y acciones prioritarias, así como sobre el Consejo municipal de inmigrantes. [Internet]. *Ley Municipal 16.478 Jul 8, 2016*. Disponible en: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Politica%20Municipal%20para%20Inmigrantes.pdf
27. Prefeitura de Saúde de São. Programação Anual de Saúde 2016. 2a edição pós discussão com Conselho Municipal de Saúde de São Paulo. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planoanualdesaude2016.pdf>
28. Jibrin M, Boeira M, Martins L. Intervencoes interculturais em saúde mental. Psicoterapia com imigrantes e refugiados. En: *Migracoes internacionais Abordagens de direitos humanos* [Internet]. Dados Internacionais de Catalogacao na Publicacao. Brasília: Editora Centro Scalabriniiano de Estudos Migratórios; 2017. p. 289–303. Disponible en: https://criattus.com.br/sites/csem/images/livros/migracoes/E-BOOK_Migra%C3%A7%C3%B5es_Internacionais_Abordagens_de_DDDH_CSEM.pdf
29. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUL, Organización Internacional para las Migraciones para América del Sul. *Migrantes regionales na cidade de São Paulo: Direitos sociais e políticas públicas*. [Internet]. Argentina; 2017. Disponible en: <http://www.ipdih.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/San-Pablo-web-final-PT-BR.pdf>
30. Cardoni L, López MG, Bleil M. A clínica intercultural: Um projeto de extensão voltado aos migrantes em Florianópolis; 2017. p. 1429–34. Disponible en: https://dspace.unila.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/3919/SEURS_1429-1434.pdf?sequence=1
31. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
32. Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud. Orientaciones Técnicas: Piloto de Salud de Inmigrantes. 2015.
33. Ministerio de Salud. Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes. Orientación técnica para la atención primaria de salud 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf
34. Ministerio de Salud. Salud del inmigrante [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
35. Servicio de Salud Metropolitano Central. Aprueba transferencia de recursos a la Dirección de Atención Primaria para ejecución de ‘Programa de Apoyo a las Acciones en Salud en Nivel Primario de Atención en Establecimientos Dependientes-Proyecto Inmigrantes’ [Internet]. Apr 8, 2015. Disponible en: <http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssmetrocentral/archivos/Res%201078.pdf>
36. Ministerio de Salud. Buenas Prácticas en Chile: Cuatro Experiencias del Piloto Salud de Inmigrantes 2015-2016 [Internet]. Dipol. Disponible en: <http://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-intercultural/migracion-salud/5-buenas-practicas-en-chile-cuatro-experiencias-del-piloto-salud-de-inmigrantes-2015-2016/>
37. Servicio de Salud Metropolitano Central. Programa Babel comienza a funcionar en el hospital de urgencia asistencia pública [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.ssmc.cl/programa-babel-comienza-a-funcionar-en-el-hospital-de-urgencia-asistencia-publica/>
38. Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo. Curso de Derechos humanos, determinantes sociales y migración internacional en programas de salud: del conocimiento a la acción. 2016.
39. Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo. Jornada de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales en salud para población migrante internacional en Chile. 2019.
40. MINSALUD. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
41. Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. Plan nacional de movilidad humana [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.derechosmovilidadhumana.gob.ec/wp-content/Archivo/plan_nacional_de_movilidad_humana.pdf
42. Idas & Vueltas, Municipio b. Municipio b: Hacia un Municipio Intercultural. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://municipiob.montevideo.gub.uy/sites/municipiob/files/Fundamentaci%C3%B3n%20Proyecto%20-%20Hacia%20un%20Municipio%20Intercultural.pdf>
43. Centro de Estudios de BPS, Idas & Vueltas. Instancia de salud migratoria en Uruguay: Consulta de enfermería intercultural (CEI). [Internet]. 2018; Uruguay. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Instancia%20de%20salud%20migratoria%20en%20Uruguay%20-%20consulta%20de%20enfermer%C3%ADa%20intercultural.%20Balado%20-%20Marina_o.pdf
44. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier. 2015. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.gob.cl/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/2746-politica-nacional-de-salud-2015/file>
45. Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Política nacional para una sociedad libre de racismo, discriminación racial y xenofobia 2014-2025. 2014. Disponible en: <https://accesoaljusticia.poder-judicial.gob.cl/index.php/politica-nacional-sociedad-libre-rde-acismo-afrodescendientes>
46. Departamento de Salud Mental, Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Política Nacional de Salud Mental. 2004. Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&alias=231-politica-nacional-de-salud-mental&category_slug=documentos-estrategicos&Itemid=211
47. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018. Programa Especial de Migración 2014 - 2018. 2013. Disponible en: http://www.gobernacion.gob.mx/es_mx/SEGOB/edicion_impresa_PEM
48. Van der Laet C. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. In: *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile* [Internet]. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29–38. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
49. Correa-Betancóur M. Profesionales de enfermería y el cuidado de migrantes internacionales en Chile: Rol de la competencia cultural. *Cienc Enferm* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Apr 6];25(14). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100102&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 6];35(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000103001&tlng=es
51. Correa ME, Moena O, Cabieses B. Formación en enfermería transcultural en Chile: ¿Una tarea pendiente para la atención de población migrante? *Rev Inst Salud Pública Chile* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2020 Apr 6];3(1). Disponible en: <http://revista.ispch.gob.cl/index.php/RIISP/article/view/69>

Sección 3

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES



AUGUST						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



212
NYC



CAPÍTULO 9

Aprendizaje de salud intercultural con pueblos originarios transferibles a poblaciones migrantes internacionales en Chile

Ana María Alarcón, PhD. Enfermera, antropóloga. Magister Ciencias Sociales Aplicadas, Master Antropología, PhD Antropología. Profesora Titular del Dpto. de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, investigadora del centro de Excelencia CIGES y Centro de Antropología y Equidad en Salud. ana.alarcon@ufrontera.c

Este capítulo analiza los principales modelos y experiencias de salud intercultural desarrollados con pueblos originarios en Chile, los cuales nutrieron a la región de la Araucanía desde los años 80 con el trabajo humanitario de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), tanto nacionales como extranjeras. Más adelante, a partir de diversas experiencias locales en centros de salud de la región comienza un proceso continuo de apoyo a los usuarios Mapuches a través de distintas estrategias de atención, apoyo logístico-social-idiomático y de prevención en salud; las cuales dependían principalmente del compromiso de los equipos de salud y el apoyo voluntario de sus directivos. Con el tiempo, diversas experiencias fueron institucionalizándose bajo prístinas reflexiones sobre interculturalidad en salud y una política de salud con pueblos originarios que proponía un cambio en el modelo de atención considerando: integralidad, calidad, equidad en el acceso, complementariedad, participación y enfoque de género. En la actualidad, existe un importante soporte legal para el desarrollo de un enfoque transversal de salud intercultural a través del país, con énfasis en localidades de alta densidad de población indígena. Es así, que la interculturalidad se ha institucionalizado en organismos del Estado de Chile, permitiendo que la atención con enfoque cultural sea un derecho para el usuario Mapuche. Sin duda, existen aún una serie de desafíos políticos y estratégicos que contribuyan a profundizar procesos de instalación de una convivencia cultural justa y equitativa en salud, sin embargo, los avances en esta materia han sido ampliamente valorados a nivel nacional e internacional.

El capítulo se inicia conceptualmente con definiciones y apreciaciones generales sobre interculturalidad en salud, aunque sin profundizar en apreciaciones críticas o debates que se han desarrollado en la última década y que sustentan legítimas miradas políticas sobre la génesis, contenido y utilización de este concepto como fenómeno sociocultural. Se continúa con una descripción de los diversos enfoques desarrollados en nuestro país, así como también en otros de Latinoamérica, ejemplificando con algunas acciones y al mismo tiempo reflexionando acerca de los distintos prismas que implica su desarrollo. En este contexto, se propone una aproximación teórico-empírica para observar las experiencias de salud intercultural o interculturalidad en salud, en sus diversas expresiones; la cual es precedida por argumentos que configuran un modelo cualitativo y empírico aplicable a éste fenómeno en particular. Finalmente se reflexiona sobre los aprendizajes que décadas de interacción entre los sistemas biomédico y Mapuche de salud, en un marco de un modelo de atención de salud intercultural, podrían ser transferibles o aplicables para el trato con la población migrante de nuestro país. Esta reflexión dirige su mirada también hacia los diversos desafíos y dificultades que han acompañado estos procesos sociales, culturales y políticos. Se ha utilizado un enfoque teórico-metodológico cualitativo para expresar las esencias y cualidades del fenómeno en observación. Una búsqueda sistemática de literatura y análisis reflexivo de los textos respaldan las argumentaciones y proposiciones de sus autoras, las cuales sin duda, han estado acompañadas de sus propias experiencias en éste campo de conocimiento cultural. El resultado de este trabajo es una proposición a imaginarse que la condición social, el país de origen, la pertenencia a un pueblo originario o la cultura no constituyan más barreras para una atención de salud con calidad, equidad y dignidad.

Palabras Clave: Aprendizajes en salud intercultural. Desafíos de la interculturalidad en salud. Aproximaciones a modelos de salud y cultura.

This chapter analyzes the main models and experiences of intercultural health developed with indigenous peoples in Chile, which nourished the Araucanía region since the 1980s thanks to the humanitarian work of national and foreign Non-Governmental Organizations (NGOs). Later, based on various local experiences in healthcare centers in the region, a continuous process of support to Mapuche users began through different care strategies, logistical-social-language support and health prevention. Over time, various experiences were institutionalized under original reflections on interculturality in health and a health policy with indigenous peoples that proposed a change in the healthcare model considering: comprehensiveness, quality, equity in access, complementarity, participation and a gender approach. Currently, there is significant legal support for the development of a cross-cultural approach to intercultural health throughout the country; with emphasis on localities with a high density of indigenous population. Due to the concept of interculturality has been institutionalized in Chilean state agencies, inclusive healthcare has become a right for the Mapuche people. Undoubtedly, there are still a series of political and strategic challenges that contribute to deepening processes of installation of a fair and equitable cultural coexistence, however, advances in this matter have been widely valued at national and international level.

The chapter begins defining important concepts and general insights on interculturality in health, although without deepening into critical appraisals or debates that sustain legitimate political views on the genesis, content and use of this concept as a sociocultural phenomenon. Then, It continues with a description of various approaches developed in our country and in Latin America and reflecting on the different theories that its development implies. In this context, a theoretical-empirical approach is proposed to observe the experiences of intercultural health or interculturality in health, in its various expressions; which is preceded by arguments that configure a qualitative and empirical applicable model to this particular phenomenon. Finally, we reflect on the lessons learned in the last decades of interaction between the *biomedical* and *Mapuche* health systems, in a intercultural framework. This healthcare model might be transferable or applicable for dealing with the migrant population of our country. In addition this Analysis reflects on various challenges and difficulties that have accompanied these social, cultural and political processes. A qualitative theoretical-methodological approach has been used to express the essences and qualities of the phenomenon under observation. A systematic literature search and reflective analysis of the texts support the arguments and propositions of their authors, which, without a doubt, have been accompanied by their own experiences in this field of cultural knowledge. The result of this work is a proposition to imagine that aspects such as social condition, country of origin, belonging to an original people or culture does not constitute a barrier to grant access to healthcare with quality, equity and dignity for everybody.

Key Words: Learning in intercultural health. Challenges of interculturality in health. Approaches to health and culture models.

Este capítulo expone algunos elementos conceptuales tanto del contenido como del significado de las acciones interculturales en salud desde la perspectiva teórica de la antropología médica, pero de una mirada particular de quien ha experimentado esos procesos, por lo tanto, es un capítulo vivencial y teórico. Su propósito es sistematizar ideas y conceptos contenidos en diferentes acciones y prácticas de salud intercultural desarrolladas en la región de La Araucanía, y situar esas acciones en un contexto socio-político que le otorgue sentido a las prácticas de salud intercultural.

El análisis de la interculturalidad en salud implica el desarrollo de al menos tres ideas básicas y complementarias: 1) el concepto de cultura, diversidad y cambio cultural, 2) los sistemas médicos como sistemas cognitivos y culturales, y 3) el contexto socio-político en el cual fluyen los procesos de comunicación intercultural. En consecuencia, una propuesta de interculturalidad en el campo de la salud, implica comprender sus orígenes, enfoques y estrategias en el marco de un proyecto multicultural y pluriétnico de sociedad. Este documento no pretende ser más que un conjunto de reflexiones en torno a una práctica desarrollada en terreno con compañeros y compañeras de ruta hacia el camino de lograr una sociedad intercultural.

Cultura, diversidad y cambio cultural

El concepto de Cultura y Diversidad Cultural en Salud implica que procesos vitales como nacimiento, desarrollo, enfermedad y muerte, aunque sean fenómenos biológicos universales, tengan diferentes interpretaciones sociales y culturales. En términos simples cultura consiste en las creencias, valores, y conductas aprendidas y transmitidas entre individuos como resultado de la interacción de estos con su medio ambiente. Por otro lado, existen diversas interpretaciones del mundo cultural y social, éstas, aunque puedan ser colectivas en un sentido, también son individuales. Por ello las experiencias que se presentan, tienen sellos colectivos y a la vez muy individuales o vivenciales.

El Cambio Cultural. La cultura se nos revela como una entidad dinámica e histórica, que cambia y se transforma en la medida que los individuos transitan de un espacio cultural a otro. La base del cambio cultural es el sujeto, el efecto multiplicador de su acto creativo es el cambio cultural del grupo. Los sujetos en tanto grupo e individuos, pueden controlar algunos elementos de la interacción cultural, ejerciendo de este modo un cierto dominio sobre los elementos que se tratan. Los sujetos inician procesos de apropiación voluntaria y otras veces inconsciente de elementos culturales claramente identificables de otro grupo, recrean esos elementos asignándoles significados congruentes con la cosmovisión de su cultura, y finalmente transmiten esos elementos que han llegado a ser parte del repertorio cultural del grupo.

Sistemas Médicos como sistemas culturales

Todos los grupos humanos han creado estrategias para enfrentar procesos universales de enfermedad, agonía, y muerte. Sin embargo, no sólo han necesitado responder a las crisis de enfermedad y muerte a través de acciones concretas para recuperar, prevenir, o enfrentar aquellos sucesos, sino también han debido explicarse aquellos fenómenos, entenderlos y darle cierta significación. En este contexto, los sistemas de salud y enfermedad son sistemas cognitivos y de conductas, es decir, son creaciones culturales que otorgan explicación y respuesta a los fenómenos de salud y enfermedad en un espacio y tiempo dado.

En general, todos los procesos de interacción que involucran la existencia de diferentes y a veces antagónicos sistemas de creencias, están sujetos a importantes fricciones. Estos surgen, entre otros factores, de la presencia de diferentes marcos de referencia y validación de los sistemas de creencias, y de divergentes sistemas semánticos operando en la relación agente de salud y enfermo. (1).

La mayoría de los problemas de acceso o atención en salud, no emergen sólo de la presencia de diferentes modelos explicativos de salud y enfermedad, sino también de la dominación social y política de un sistema sobre otro. Diferentes estudios demuestran que la biomedicina se ha impuesto como sistema oficial en la mayor parte del mundo, y que representa en sí a un sistema estratificado, apoyado por monopolios económicos y políticos (2, 3). La relación entre agentes de la biomedicina y usuarios culturalmente diferenciados constituye una compleja interacción caracterizada principalmente por oposición de ideas, prácticas y status social. Los problemas derivados de esta interacción obedecen no solamente a aspectos culturales sino también al ejercicio de una dinámica de dominación social que se reproduce en el box del policlínico, la cama del paciente y en los pasillos de un hospital. Estos tres elementos -lo cultural, social, y político- son fundamentales en la comprensión y creación de procesos interculturales que pretendan establecerse en el tiempo.

Este capítulo intenta exponer algunas experiencias de salud intercultural con pueblos originarios en la región de la Araucanía desde una perspectiva cualitativa y vivencial. Su propósito es demostrar, cómo se puede analizar la interculturalidad desde una perspectiva histórica, que incorpora la vivencia de las personas sin un modelo teórico conceptual a seguir, y en donde en sus orígenes operaban solo las voluntades y la ética humana. Demostrar que, con el tiempo, las experiencias se legitimaron en sus espacios territoriales; pero aquello requirió de políticas públicas que otorgaron marcos legales a las acciones y necesidades, como también y en forma más que importante las voluntades de los usuarios mapuche y sus colaboradores.

Metodología

“Los objetos no existen independientemente de los esquemas conceptuales, por lo que recortamos al mundo en objetos cuando describimos algún esquema de descripción. Así pues, los objetos dependen existencialmente de los esquemas conceptuales. Esto revela el sinsentido de la idea de objetos autoidentificantes, esto es, de objetos que tienen identidad propia y son independientes de nuestros esquemas conceptuales” (4: 54). Esta cita representa el sentir de este capítulo, en el sentido que se relatará una realidad comprendida y narrada a partir de un sujeto-persona con experiencia vivida en interculturalidad y que observa, por tanto, a los fenómenos desde una perspectiva contextual e interpretativa. Aquello puede tener un efecto de reducción o fragmentación del llamado objeto de la realidad, naturalmente, pues sólo se puede ser testigo de lo vivenciado como observador actuante de primer y segundo orden.

Para abordar este recuento de experiencias, se ha utilizado el enfoque teórico-metodológico cualitativo hermenéutico para responder a la pregunta conductora esencial de este capítulo: ¿Cuál ha sido la experiencia de interculturalidad en salud en Chile con pueblos originarios, que respalde algunos aprendizajes significativos a ser transferidos en acciones de salud con poblaciones migrantes? En este contexto, lo primero es señalar que la metodología cualitativa corresponde a un conjunto de prácticas interpretativas que hacen a la realidad visible a los ojos o sentidos de los demás (5). Estas prácticas transforman al fenómeno en una serie de representaciones (en un sentido empírico), notas de campo, síntesis de documentos, tablas de resúmenes, reflexiones del investigador(a), etc. que lo hacen evidente y comprensible a la mente humana.

En consecuencia, la primera fase de análisis o punto de partida de este trabajo ha sido la “definición del fenómeno o foco de estudio” y al mismo tiempo “identificar los aspectos a fragmentar” del denominado objeto de conocimiento en sus diversas representaciones conceptuales:

a) Foco o definición del fenómeno:

- a. Experiencia sobre salud y cultura. Corresponde a cualquier acción de salud dirigida hacia la población Mapuche o culturalmente diferenciada que mencione o reseñe la incorporación de la cultura como un eje importante o trascendental en sus experiencias o acciones. Aunque ello no necesariamente la constituya en una experiencia intercultural de salud.

b) Fragmentación del objeto:

- a. Concepto interculturalidad en salud. Son los elementos teóricos, filosóficos o empíricos que se encuentran involucrados. Implica aquello que estamos considerando como concepto de interculturalidad, y que se desarrollan y sintetizan en profundidad en el marco teórico-conceptual.
- b. Tiempo de inicio de la recolección de las evidencias y justificación de las mismas. Este trabajo considera partir en los años 80 en la Araucanía, momento en que diversas ONGs comenzaron a trabajar en tiempos de dictadura con el pueblo Mapuche y consideraban a la participación, equidad y derechos humanos en sus ejes de trabajo. No se consideraron las avanzadas anteriores de 1978 o 1979, no institucionales y organizadas por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Sede Norte de Stgo.) quienes realizaron trabajos voluntarios en los territorios de Lumaco y Cañete de La Araucanía con apoyo de diversos arzobispados. Aunque estos trabajos fueron básicamente asistenciales, varios de esos estudiantes, hoy profesionales, señalan que esta experiencia marcó una diferencia respecto de los significados y diferencias cuando se aproximan a una población culturalmente diversa, especialmente, el pueblo Mapuche (6).
- c. Fuentes de información. Se privilegió la búsqueda sistemática de literatura porque sus datos, constituyen una demostración empírica de lo denominado evidencias de una investigación. Es decir, estos corresponden a los relatos escritos seleccionados que se encontraban a disposición libre en internet. También, se realizó un catastro de las ONGs que trabajaban en salud en los años '80 en La Araucanía, cuando posible, se contactó a sus directores o miembro de equipo a quienes se les solicitó documentación escrita, por ejemplo, sistematizaciones, informes de la época, cuadernillos, los que conformaron la literatura gris del trabajo. En pocos casos se logró entrevistar a encargados de experiencias o estudiantes que trabajaron en las avanzadas de salud y cultura.
- d. Análisis de las fuentes. Una vez obtenido en conjunto de datos se diseñó una plantilla que contenía los siguientes ítems: fuente de información, existencia de un concepto de interculturalidad que sustente el trabajo, equipo involucrado, acciones de salud realizadas, relación con la institucionalidad del estado, fuente de financiamiento, relación con la autoridad sanitaria, relación con la comunidad y agentes de salud local, organización interna de las experiencias y otros datos que eventualmente se reseñaban en las experiencias recopiladas.

Una segunda fase del análisis ha sido el proceso interpretativo de los datos en la matriz. Para esto se utilizó el planteamiento de descripción densa (7). Este paradigma implica que el análisis del fenómeno se articula desde una ciencia comprensiva -no explicativa, en donde confluyen el lenguaje escrito, no sólo como medio de comunicación sino como materia prima de lo social, en donde el texto se convierte en su materia prima (8); y las experiencias propias del mundo cultural del sujeto que obtiene y analiza los datos, en este caso la investigadora (quien a su vez ha formado parte de algunas de estas experiencias históricas de interculturalidad). En consecuencia, el proceso interpretativo configura trayectorias propias de los fenómenos en sus contextos histórico-culturales con las biográficas de quienes las analizan.

El tercer paso analítico y final, ha sido la síntesis y organización de los datos, lo cual implicó que, el generar analíticamente las múltiples categorías encontradas en las interpretaciones fueran observadas en su naturaleza e interrelacionadas, de modo tal, que conformaran una unidad homogénea de significado. Este es un nivel de abstracción que permite identificar aspectos posibles de ser transferibles como aprendizajes a otras realidades. Como se planteó en el principio de este acápite, la metodología y los resultados de los análisis, son constructivistas, vivenciales e interpretativos, pues dependen de la oportunidad de vivencia del autor/a en la situación detallada. La presentación de resultados en el orden establecido responde al análisis histórico de la literatura sobre interculturalidad, y las formas en que estas se presentaron en sus inicios a nivel internacional y en Chile.

Organización cronológica y temática de argumentos principales de este capítulo

La presentación de los resultados de este proceso de sistematización, se organiza en forma cronológica y a su vez temática. El ordenamiento proviene de una síntesis de los trabajos y experiencias que se muestran en la literatura de antropología y salud desde los años 60 aproximadamente. Se parte con una discusión muy básica e introductoria sobre la conceptualización de interculturalidad que sustenta el desarrollo de este capítulo. El concepto ha sido trabajado en extenso en capítulos anteriores. El capítulo se desarrolla sobre la base de una tipología de acciones interculturales, las cuales van nutriéndose con información, experiencias y bibliografía.

Aproximación conceptual: Interculturalidad en salud - salud intercultural

Este concepto como toda creación de la mente humana, es una abstracción de lo observado al cual se le adscribe un significado y posteriormente se transforma en una realidad. Constituye en sí mismo una entelequia, un *Escudo* político-empírico o un *Caballo de Troya* con el que múltiples autores argumentan sus perspectivas; algunos indican su completa inexistencia como concepto/acción en una realidad cultural compleja; otros insisten en la ausencia de componentes políticos que, en consecuencia, lo anulan como enfoque para comprender la complejidad de la relación entre culturas y otros lo señalan como una posibilidad para acercar diversos modelos de pensamiento y conducta en función de un fin específico de carácter más empírico e instrumental, el cual es el bienestar individual y social de las personas.

Lo concreto es que existe una corriente de análisis en el concepto de salud intercultural (liderada por intelectuales Mapuches y sus seguidores) que lo señalan como un nuevo colonialismo del biopoder en salud para mantener quieta las demandas reales de los pueblos culturalmente oprimidos particularmente en sus temas de salud (9). Una segunda mirada plantea que es un proceso de interacción de múltiples prácticas y acciones culturales en salud, que involucran la cultura del usuario –sin que ocurra un cambio en las epistemes de los modelos de salud- (10); sería una forma, una posibilidad u oportunidad de diálogo entre sistemas culturalmente diversos y a veces antagónicos, lo que pudiese conducir a acciones de salud consensuadas culturalmente entre grupos.

El concepto de interculturalidad específicamente en el área de la salud, emergió a nivel mundial como un enfoque pragmático que contribuiría a abordar algunos problemas de salud en países tercermundistas de Latinoamérica y África. El análisis que realizaban entidades como las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (en los años sesenta) indicaban que no sólo aspectos económicos, como la falta de recursos o pobreza impedían mejorar la calidad de salud de las poblaciones, sino también algunos temas culturales asociados a creencias, falta de educación y valores afectaban el acceso a los servicios de salud y la ejecución de conductas saludables. En otras palabras, los aspectos simbólicos de la cultura, tales como conocimientos y creencias y su consecuente set de prácticas impedían que la población alcance un mejor nivel de salud y desarrollo (en un paradigma capitalista y monocultural). Afortunadamente, esta visión desarrollista y etnocéntrica de la salud y el poder de la biomedicina se ha ido modificando a través de los años, y lentamente se ha ido comprendiendo que las prácticas de salud los pueblos obedecen a complejos sistemas culturales (11).

El avance en los procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud no obedece sólo a logros políticos de los estados o países a nivel internacional, sino al contrario, a una reacción hacia los movimientos de reivindicación étnica (en los años setenta y ochenta), que luchaban por incorporar, hacer notar, y mostrar el mundo indígena en el plano de la salud, educación, derecho y otros, con el objeto de generar sociedades democráticas y multiculturales (12). En este análisis, se asumirá la diversidad de conceptos, acciones o motivaciones sobre el tema de interculturalidad en salud y se tratará de contemplar todas las visiones técnicas, filosóficas y políticas antes señaladas, tratando de construir y a veces re-construir una visión amplia y diversa sobre las interculturalidades en salud que se han desarrollado en la región de la Araucanía desde los años 80 en adelante.

Abordar la forma en que se ha desarrollado la salud intercultural en nuestro país implica al menos identificar cinco grandes enfoques:

- a) Integrativo, implica incorporar algunos de los elementos empíricos de la cultura de los pueblos originarios o de los usuarios, en diversas acciones de salud de la biomedicina para cambiar costumbres que puedan ser no propicias a la salud de la población.

- b) Capacitación de los equipos de salud en aspectos globales de la cultura y del idioma de los usuarios, como un elemento básico para mejorar la comprensión y abordaje de sus problemas sanitarios. Puentes de interacción, implica la intermediación de asesores o facilitadores culturales como una forma de dialogo cultural en diversas áreas del conocimiento y acción cultural. En algunos casos estos puentes de interacción son solo traducciones de una realidad a otra, y en otros casos corresponden a verdaderos entendimientos entre culturas.
- c) Iniciativas y Experiencias en salud intercultural, supone la complementación de la atención de salud de los usuarios, tratando de articular los diversos modelos culturales de salud y enfermedad.
- d) De derecho, corresponde a un enfoque al cual se aspira en toda sociedad democrática. Que los usuarios en tanto ciudadanos de derecho puedan optar legalmente al modelo de atención según su cultura y necesidad. Aquello implica preguntarse: ¿cómo avanzar para lograr la expresión democrática de mundos culturalmente diversos y la valoración del ser, como sujeto cultural por derecho propio?

Analizar y describir las acciones interculturales con pueblos originarios, bajo estos diversos enfoques, no significa que sean entidades separadas y claramente diferenciadas en la práctica. Por el contrario, la mayoría de estas acciones o experiencias han surgido con la intencionalidad de alcanzar un mayor diálogo y convivencia intercultural. Amerita una especial mención el hecho que, en la mayoría de los países denominados en vías de desarrollo, estos enfoques y estrategias interculturales, surgieron desde el mundo extra gubernamental o extra sistema, organizaciones humanitarias y también organismos internacionales atentos a temas de inequidad, pobreza y falta de acceso de los pueblos originarios a la atención de salud biomédica (13). En Chile, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), fueron pioneras en desarrollar acciones y programas interculturales en salud con pueblos originarios, los que surgieron principalmente en la Región de La Araucanía, como, por ejemplo: el Programa Mapuche del Policlínico Metodista, el Comité de Solidaridad del Arzobispado de Temuco, la Cooperación Italiana en Temuco, CRESAM (en temas de salud mental), el Centro de Educación y Tecnología (CET) con su trabajo en recuperación de plantas medicinales y apoyo a las condiciones sanitarias de comunidades rurales y TRAFKIN, entre otras. Además, por mucho tiempo, La Araucanía fue epicentro de acciones interculturales con el pueblo Mapuche en diversas áreas de su desarrollo: agricultura, educación, ecología, ganadería, desarrollo sustentable, entre las múltiples actividades que realizaban las ONGs presentes en la Región, no directamente relacionadas a temas de salud.

En ese mismo contexto y respaldado por profesionales de la salud, más sensibles a que la cultura del usuario debe ser parte del proceso de promoción y atención en salud, surgen diversas experiencias de acercamiento a las comunidades Mapuches mediante: diálogos, reuniones con dirigentes y agentes de salud tradicional, talleres, encuentros interculturales con el objetivo de generar espacios de interacción, y establecer las primeras formas en que las medicinas tan diversas en sus concepciones dialoguen, conversen entre sí, a través de sus interlocutores, médicos, machis, enfermeras, lawentuchefes, matronas puññelcheffe (14).

a) **La salud intercultural desde una perspectiva integradora**

En los años 70, especialmente a partir de la Declaración de Alma Ata (1978), se enfatizan tres aspectos esenciales en salud que impactan indirectamente en temas de salud intercultural. El primero, es que los pueblos tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud; el segundo la importancia de la Atención Primaria en Salud (APS), como una forma de abordar los problemas desde su base con enfoque promocional, preventivo y de derecho; y el tercero, que la APS se basa en el personal de salud pero con inclusión según proceda, de parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Estos fundamentos otorgaron la base para comenzar a desarrollar acciones en salud primaria considerando la perspectiva y cultura de los usuarios, considerándolo una forma que potencia y activa las redes naturales de salud de los pueblos.

- Formación e inclusión de líderes para el desarrollo de acciones en salud intercultural

En algunos casos, el trabajo con líderes comunitarios ha sido el capacitarlos como promotores de salud local y ayudantes de salud en el nivel primario de atención. A través de su trabajo comunitario, los equipos de APS tienen el acceso a identificar los liderazgos naturales de la comunidad. En ese contexto, han logrado dialogar con sus líderes sociales y culturales y generar un acuerdo de

colaboración para resolver problemas de salud puntuales. Algunos ejemplos de estas actividades han sido; las capacitaciones a madres ayudantes que promueven el suero de rehidratación oral en algunas zonas con alta tasas de diarrea infantil (15). La formación de líderes adolescentes para que contribuyan a la prevención del VIH-SIDA mediante la participación en talleres de discusión y elaboración de material de difusión con juegos incluidos en el librito de educación (16). El apoyo en capacitación y validación de mujeres Mapuche que culturalmente apoyaban el parto en la comunidad, como una acompañante y consejera de las embarazadas (17) (programa Mapuche SSAS). Capacitación de niños Mapuche en promoción de vida saludable en algunas escuelas rurales de La Araucanía, trabajando básicamente con actividades lúdicas para su formación (18). En la actualidad, coordinación con líderes y dirigentes Mapuches para la promoción de conducta saludable y prevención del covid-19 en sus propias comunidades (Programa Mapuche, Seremi de Salud).

- Formación de monitores Mapuche de salud rural

Otras experiencias han avanzado hacia un mayor protagonismo de la comunidad y sus líderes, desarrollando programas de largo plazo, más estables y que han empoderado a sus dirigentes a nivel local/rural. Es el caso de una experiencia que involucró; primero la conversación con dirigentes Mapuches y líderes de la comunidad para dar respuesta a una necesidad que ellos mismos plantearon a la institución, la cual involucraba la falta de acceso a atención biomédica oportuna en las postas rurales. Segundo, a través de una comisión formada fundamentalmente por siete mujeres Mapuche, se logró un acuerdo en las acciones que deseaban emprender como grupo, que consistían en realizar un diagnóstico de los problemas de salud, capacitarse en salud biomédica y compartir ese conocimiento en conjunto con la medicina Mapuche, y tercero coordinarse activamente con el paramédico de la posta rural. Esta experiencia duró cinco años en el sector de Imperial y Almagro de la Región de la Araucanía, y hoy esas mujeres son todas dirigentes activas en organizaciones sociales (19).

Una experiencia similar se llevó a cabo en el sector de Boyeco en la Araucanía, en que se formó a un grupo de monitores en salud rural, quienes participaban con la ONG en actividades de desarrollo rural; en ese contexto, surge la iniciativa de trabajar en salud en los mismos comuneros. Aparte de trabajar en formarse como monitores en salud, esta organización liderada por sus dirigentes tenía la meta de obtener una posta rural para su comunidad. El proceso fue de 4 años y consistió en la donación y construcción voluntaria de la comunidad de un espacio, posteriormente la capacitación de cuatro monitores de salud, quienes atendían una vez por semana junto a la machi del sector, una enfermera o a veces un médico voluntario. Esta experiencia a través de los años se convirtió efectivamente en una posta rural de la comuna de Temuco y posteriormente en el Cesfam Monseñor Valech dependiente del departamento de salud municipal. Se mantiene una coordinación con los dirigentes sociales pero dada la institucionalización la comunidad y sus dirigentes han perdido la gestión de la experiencia (20).

- Promoción de la cultura mapuche y participación de los equipos y comunidad en estas actividades.

Otra de las formas en que se ha trabajado en salud intercultural ha sido apoyar y promover las actividades culturales mapuche al interior de los establecimientos o en algunas localidades del territorio. Tal es el caso de la celebración del nuevo año o wetripantü, juegos de palin o chueca en escuelas del territorio, realización de trafkintü (intercambios o actividades de reciprocidad Mapuche). Al mismo tiempo los equipos de los servicios han generado material educativo y de promoción de actividades culturales, tales como juegos, adivinanzas y cuentos.

b) Capacitación de los equipos de salud en aspectos globales de la cultura y del idioma de los usuarios

Un segundo enfoque considerado como una contribución al desarrollo de la salud intercultural y a la mejor relación y comprensión entre usuarios y equipos de salud, ha sido la generación de procesos de formación en temas tales como: salud y cultura Mapuche, bases en antropología de la salud, y aprendizaje de algunos aspectos del idioma Mapuche específicamente relacionados a temas de mejorar la comunicación en la atención de salud. El sustento de estas acciones está en que si los equipos comprenden las bases de las creencias y valores de los pueblos originarios se contribuiría a realizar acciones más efectivas en salud. Aunque también, al menos en los sectores rurales de La Araucanía, existe una importante rotación de equipos de salud.

- Nociones de Salud y cultura Mapuche

Dentro de las actividades desarrolladas en forma importante ha sido el trabajo de promoción y difusión de la cultura Mapuche hacia los equipos de salud. Este trabajo se ha realizado a través al menos de dos modalidades: acompañamiento permanente en terreno a los equipos de salud que se encuentran desarrollando algún trabajo intercultural, lo cual se realiza a través de talleres, reuniones de análisis de casos, temas específicos de cultura Mapuche y medicina, y apoyando las prácticas de los agentes de salud tradicional con los que se vinculan estos equipos. Asimismo, realizan programas formales de capacitación en el propio centro de salud, en donde expertos Mapuche, agentes tradicionales de la cultura, profesionales Mapuche y asesores culturales comparten sus conocimiento y sabiduría con los equipos de salud. Entre estos talleres se encuentran algunos sobre salud mental, uso de plantas medicinales, guía o protocolos de crianza con pertinencia cultural, entre las múltiples acciones en las que participan los equipos de salud acompañados por los programas mapuche de los servicios de salud Araucanía Norte y Sur. En este contexto, es notable el apoyo que se recibe de los asesores culturales de los Servicios de Salud, y la coordinación que los equipos tanto del PESPI y seremi de salud realizan para ejecutar para lograr amplias coberturas de capacitación a los equipos de salud de la región (21,22).

- Bases desde la antropología de la salud:

Incorporar ciertos conceptos y enfoques de la antropología en la práctica de los equipos de salud ha permitido favorecer la comprensión de la diversidad cultural y tratar a los usuarios como personas insertas en una dinámica cultural y social. Desde una perspectiva antropológica, la interacción entre pacientes y profesionales es entendida como una interacción cultural y social, en donde cada uno -profesional y usuario-, despliega el producto de diferentes historias y herencias culturales. La antropología de la salud provee a los agentes biomédicos de un conjunto de conocimientos y estrategias teórico-prácticas para comprender la diversidad étnica-cultural y tratar a la persona como un sujeto portador de experiencia y cultura (23)

En este contexto, los temas que se han profundizado han sido la noción de cultura como un fenómeno dinámico, colectivo e histórico (24). Sistemas de salud como una organización sociocultural, sustentada en diversos modelos epistemológicos que incorporan prácticas, tecnologías y teorías sobre salud y enfermedad (Modelo). E interculturalidad como una forma de generar mecanismos de dialogo e interacción entre sistemas y modelos de salud/enfermedad analizando distintas experiencias y contextos en que surge o se manifiestan los procesos interculturales en salud. Proveer con herramientas y competencias teóricas sobre cultura e interculturalidad ha contribuido a que los equipos de salud comprendan las barreras de conocimiento que les impide generar procesos de diálogos abiertos con los usuarios, especialmente cuando asumen el etnocentrismo de la formación en salud. La Región de La Araucanía, a través de programas originados por los Servicios de Salud, Seremi de salud, Universidad de la Frontera, Universidad Católica, y Cooperación Italiana entre otras ONGs, han contribuido a estas actividades mediante programas formales de capacitación, coloquios, talleres, y procesos de inducción a profesionales médicos que llegan a La Araucanía (25).

- Talleres y cursos del idioma Mapuche para mejorar comunicación comprendiendo parte del idioma en el contexto de una atención de salud

Reconociendo las barreras idiomáticas existentes entre proveedores de salud y usuarios, emergen una serie de estrategias que contribuyen (sin intermediarios) a tener una mayor comunicación en proceso de atención enmarcadas en sus diferencias culturales e idiomáticas. Para ello se han implementado cursos y talleres hacia los equipos de salud, considerando diversos niveles de profundidad. Se parte por un nivel básico y pragmático sobre protocolo de saludo, interacción verbal, y guía para preguntas sobre salud y enfermedad, como también la nominación de enfermedades en el idioma del usuario. Si el profesional así lo desea puede continuar con cursos de niveles superiores para aprender la lengua o idioma del usuario en un contexto más sociocultural. Estos cursos en general son formales, entregados por la Universidad o coordinadas por los Servicios de Salud.

Otra modalidad de uso del idioma del usuario ha sido diseñar material bilingüe para videos, audio-comunicaciones, folletos, cartillas, posters, librillos, entre otros medios de comunicación que incluyen la lengua o idioma del usuario. La idea primordial de esta estrategia es utilizar el elemento más importante de valoración de la identidad cultural de los sujetos -su lengua o idioma-, para

que los equipos comprendan los conceptos esenciales y los usuarios se vean fortalecidos en su cultura. En la región de la Araucanía ha sido una estrategia muy utilizada que partió por la iniciativa de equipos de salud en hospitales rurales específicamente (26).

Por otra parte, Berlin y Fowkes (27) proponen que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”. Los autores reconocen que, aunque el idioma puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, este no debería constituir un obstáculo en la relación profesional-usuario, si los profesionales estuviesen abiertos al diálogo, manejaran técnicas de comunicación intercultural, y la lengua del usuario en un nivel básico de interacción –como el saludo– por ejemplo.

c) **Generando puentes de interacción: de la traducción a la asesoría intercultural**

La estrategia de incorporar traductores y posteriormente mediadores culturales como puentes de comunicación entre equipos de salud y usuarios ha sido una importante y antigua experiencia en países que presentan alto grado de contacto interétnico, ya sea por presentar una alta densidad de población perteneciente a pueblos originarios o primeras naciones, o también una alta tasa de migración internacional (28).

En Chile la Región de la Araucanía comenzó con esta estrategia a partir de los años 90, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de atención a los usuarios Mapuche. Se crean en consecuencia, las Oficinas Amuldungun inmersas, en un principio, en recintos hospitalarios. Su desarrollo estaba a cargo de los facilitadores interculturales y un equipo de apoyo compuesto por profesionales del hospital, Servicio de Salud y Universidad de La Frontera. Con el tiempo estas oficinas se han diversificado, estableciéndose como parte de una política de salud a nivel país y abordando todos los niveles de atención en salud (29).

La mediación cultural era el objetivo inicial de los facilitadores interculturales. Este es un término que sintetiza la probabilidad de unir dos sistemas sociales y culturales (30); constituye una estrategia de comprensión que une dos diferentes sistemas culturales a través de la acción de una persona que comprende ambos complejos culturales.

La incorporación de facilitadores interculturales, no estuvo exenta de rechazo por parte de equipos de salud, quienes veían innecesario la mediación cultural en los procesos de salud enfermedad. Los más proclives a este enfoque, utilizaban los servicios de los facilitadores como simples traductores en procesos de comprensión de la anamnesis del paciente, explicación de tratamientos médicos o de enfermería y orientación dentro de los establecimientos hospitalarios (31). Para los usuarios, en cambio, el rol y misión de un mediador tenía un sentido social y cultural, una expresión del mundo Mapuche en un espacio del Estado. Es un canal para recrear y mantener las relaciones culturales, un proceso de legitimación de las creencias y cosmovisión Mapuche en un espacio ajeno al territorio propio (32).

En la actualidad, los facilitadores interculturales son considerados asesores de los equipos de salud y presentan una amplia gama de acciones. Son verdaderos mediadores culturales dentro del espacio formal de los sistemas de salud occidental, y su voz se ha convertido en la voz de la cultura Mapuche al interior del sistema. Son defensores y representantes de su pueblo ante la autoridad de la biomedicina y utilizando los actuales neologismos, son la primera línea de la defensa cultural Mapuche en salud.

d) **Iniciativas y Experiencias de Salud Intercultural**

Este concepto o idea sobre el ejercicio de la interculturalidad en salud, alude al conjunto de proyectos y prácticas organizadas de intervención en espacios de la biomedicina o de la comunidad Mapuche, e implican una serie de acciones en salud que entremezclan cosmovisiones diversas y antagónicas. Como idea, constituye una síntesis y un principio, lo que podría expresarse en una entelequia, en donde las experiencias se alzan como un fin, un proceso, un concepto, una acción, una representación, y una forma. Son un principio y un resultado a la vez.

En este contexto existe una multiplicidad de formas en que las experiencias interculturales se han representado en los sujetos. Hay por ejemplo: una fuerte noción del territorio en donde emergen estas experiencias; también quienes las promueven, en la mayoría de los casos ha sido el esfuerzo de las organizaciones territoriales Mapuche; se agrega además el propósito de la experiencia, es decir

cuál es el sentido que tiene para las personas o usuarios Mapuche; y finalmente se define cómo se relacionan estas organizaciones con los servicios de salud y el Ministerio; la mayoría aspira a cierta autonomía, pero conforme a que todas operan con fondos estatales, las reglas finales del juego las establece el Estado chileno.

En nuestro país existen muchas experiencias de atención en salud intercultural, no obstante, se podría plantear que en la base de aquellas hay tres tipos fundamentales.

- Sistemas de derivación entre medicinas

Son aquellas experiencias, en que tanto profesionales como agentes de la medicina tradicional, consideran que el problema de salud del usuario es complejo y multicultural por lo que acuden a otros sistemas de salud que contribuyan a la recuperación del enfermo. Por ello, pueden derivar hacia médicos o agentes tradicionales, en ambos sentidos.

- Atención intercultural.

Corresponde específicamente a cuando un usuario decide acudir a un agente de salud no biomédico para su atención (machi, lawentuchefe u otros). En este caso se gatilla un protocolo que contempla que un miembro del equipo, acompañado del asesor cultural del establecimiento, coordinan la atención del paciente con un experto de la medicina Mapuche. En muchos casos, los equipos contribuyen entregando muestras para análisis de diagnóstico del agente Mapuche, acompañan al enfermo en la atención mediante el facilitador intercultural, y finalmente asumen el tratamiento del enfermo cuando estos se encuentran hospitalizados. En otros casos, ambulatorios, por ejemplo, los usuarios o pacientes acuden directamente a la atención de agentes tradicionales de la medicina Mapuche, tal como una consulta a especialista, en donde siguen sus instrucciones y controles.

- Atención con pertinencia cultural.

Un esfuerzo del programa de salud Mapuche del Servicio de Salud de la Araucanía Sur, acompañado de facilitadores interculturales y nutricionistas, fue el incorporar en 8 hospitales de la provincia de Cautín el segundo menú alternativo para los usuarios mapuche. Esta actividad fue evaluada muy positivamente por los pacientes quienes incluso sugirieron formas de mejorar el menú mapuche (33).

Otras actividades con pertinencia cultural desarrolladas a partir de los servicios fueron encuentros regionales de monitoras para adultos mayores, clínica odontológica móvil para población mapuche; talleres de trabajo ambiental con niños en diversas comunas de la provincia de Cautín; talleres de arteterapia que finalizaban con la exposición de las obras de las mujeres y usuarios mapuche en el Hospital de Puerto Saavedra; y el programa de rehabilitación rural que consistía en un plan de intervención al usuario mapuche con discapacidad a cargo de un equipo multidisciplinario que acudía a la vivienda para evaluar las posibilidades terapéuticas del paciente mapuche (34)

e) **Interculturalidad como derecho humano**

Este último enfoque constituye la meta social y política de las acciones en salud, la cual consiste en trascender de la actividad y la acción intercultural hacia un proyecto multicultural de sociedad; se dirige hacia un diálogo democrático entre sociedades igualitarias, con participación de los pueblos originarios en los niveles de decisión que afectan su desarrollo.

A pesar de la creciente actividad de las organizaciones indígenas a nivel mundial, pocos países han avanzado desde nivel de reconocimiento constitucional de su pluriculturalidad hacia acciones que otorguen mayor poder y autonomía a los pueblos originarios dentro de la sociedad nacional. La mayoría de los análisis a nivel gubernamental plantean la temática indígena como una problemática, es decir se habla en general del "problema indígena", ello demuestra sin duda el nivel de complejidad de este fenómeno. En uno de los más notables análisis acerca de la dinámica de la relación Estado y sociedades indígenas, García Canclini (31) y Maybury-Lewis (32), plantearon que la construcción de una sociedad pluriétnica e intercultural implica básicamente reconocer y asumir dos factores político-sociales: 1) la dinámica de poder y autoridad del Estado que perpetúa procesos de colonización interna, y 2) el despojo y subyugación a que han sido sometidas las sociedades indígenas en su contacto con las sociedades nacionales

en particular con el Estado. Los autores señalan que ese contexto es el que les confiere complejidad a las relaciones interétnicas, pues son las estructuras del Estado las que deben reconocer la urgente necesidad de disminuir el nivel de control y poder sobre los pueblos originarios.

Este modo de concebir interculturalidad exige profundos cambios no sólo en el nivel estructural, del sistema de salud, sino también a nivel de la cultura de los sujetos que forman parte de estos sistemas. En salud, por ejemplo, implica aceptar la existencia de “otro/s” sistemas de salud basados en diferentes modelos epistemológicos e identidades culturales, reconocer que la biomedicina tiene enormes vacíos y falta de respuestas ante problemas de salud con base cultural y que no todo ha sido una cadena de éxitos en el tratamiento de este tipo de problemas de salud. Basado en estos considerandos, las universidades tienen el deber ético de formar profesionales de salud que reconozcan los diversos sistemas culturales de salud de la población, comprendan sus bases culturales y sociales; esto contribuiría no sólo a considerar la expresión cultural en salud como un derecho humano fundamental, sino también a tener conciencia del valor terapéutico que significa comprender e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud.

En la actualidad, bajo la Nueva Reforma de educación en Chile (35) se indica que las universidades insertas en territorios con alta población de pueblos originarios deben tener contenidos de salud intercultural en sus planes de pregrado, se sugiere, además, la generación de programas de capacitación postgraduado para cumplir con esta formación.

El desarrollo de la interculturalidad, implica por otro lado, que el conjunto de la sociedad y sus instituciones, asuman la existencia de la pluralidad étnica y cultural en la región, no sólo para caracterizar el contexto material, sino como un proceso que se abre desde la sociedad mayor hacia la participación de los pueblos originarios desde su propia identidad sociocultural. Este modo de concebir interculturalidad puede ser ideal y utópica, no obstante, de acuerdo a Hinkelammer (34:33) “la utopía es un principio trascendental, a partir del cual podemos ordenar la realidad. Sólo en referencia a un ideal imposible podemos delimitar lo posible. Es decir, no podemos pensar lo que es posible sino dentro de una reflexión sobre lo imposible”.

Los procesos interculturales que se han desarrollado en el campo de la salud constituyen indudablemente una valiosa iniciativa sectorial para avanzar y profundizar en procesos de diálogo. Sin embargo, las estrategias interculturales son sólo medios para avanzar hacia el reconocimiento de pluriculturalidad de la sociedad, y no metas en sí mismas.

Conclusiones

La reflexión que merecen estas acciones interculturales es que independientemente de los resultados concretos, es decir si aquellas intervenciones mejoran o no la salud de la población, o si el sistema biomédico es capaz de cambiar su visión hegemónica del proceso terapéutico, lo que es fundamental es que cada intervención expresa la capacidad del sistema biomédico para abrirse hacia un pluralismo en salud, y con ello iniciar un proceso de respeto al derecho fundamental de las personas de expresar su identidad cultural.

La evaluación del conjunto de estas intervenciones con el mundo indígena, a nivel internacional, ha demostrado que efectivamente la población ha mejorado su acceso a los sistemas de atención en salud (35, 36). Ello ha ocurrido también en un marco político-administrativo que ha logrado acordar un conjunto de reglamentos y enfoques que estimulen la interculturalidad en forma transversal en las acciones de salud, especialmente en el nivel primario de atención. En Chile aún no hay estudios sobre los cambios que ha generado, en los usuarios la incorporación de un enfoque intercultural en salud. No obstante, existen informes que enuncian la importancia de tener en el propio territorio mapuche, un sistema de atención que incorpore tanto la biomedicina como la medicina mapuche, lo cual contribuiría a otorgar mayor satisfacción al usuario/a, generar vínculos territoriales con las comunidades del sector, y fidelizar a la población usuaria con un enfoque de pertinencia cultural.

En nuestro país, el desarrollo de la salud intercultural con su amplio espectro de acciones, ha sido producto de un trabajo mancomunado con las organizaciones Mapuche. Estas, a través de sus dirigentes sociales y también de la participación de agentes ancestrales de salud, han contribuido con los contenidos y especialmente los protocolos de interacción entre dos mundos

culturales diversos. Este aspecto, tal vez es uno de los centrales en el proceso de evolución de las relaciones interculturales entre representantes de la institucionalidad en salud y el pueblo Mapuche. Para quienes se encuentran en las estructuras hegemónicas de Estado es parte de la dinámica institucional el ser directivo, ejecutivo y obtener resultados inmediatos. La cultura Mapuche a través de sus líderes y agentes, enseñó en cambio, a que las acciones debían ser reflexivas y participativas con el conjunto de sus comunidades, que existe un protocolo cultural de relaciones interétnicas y que por lo tanto hay formas y contenidos que respetar para poder construir un proyecto significativo de salud intercultural. Eso significó, por tanto, adquirir la flexibilidad suficiente para ir ajustando tiempos de programación y también revisar y ajustar los contenidos de las acciones, las cuales eran sugeridas por las comunidades representadas por sus dirigentes o líderes y también los asesores culturales.

Los facilitadores interculturales como mediadores y representantes culturales fueron esenciales en el proceso de incorporación de una política y un enfoque intercultural hacia la población Mapuche usuaria de los sistemas de atención. Es necesario mostrar un amplio y profundo reconocimiento a su gestión; especialmente porque en sus inicios tuvieron que luchar en contra del prejuicio y etnocentrismo de todo un sistema de salud encarnado en sus profesionales y asistentes de salud, quienes consideraban innecesario el tratar de incorporar la cultura del paciente Mapuche en el proceso de atención (36). En consecuencia, hubo un desconocimiento comprensible en el contexto de un sistema biomédico que representa el poder social, económico, y político de la sociedad nacional, y es éste quien otorga credibilidad a sus agentes; –los facilitadores interculturales– no estaban en esa concepción o campo de conocimiento. Entregar voz a un grupo marginado, en gran medida implicaba, una disrupción de la dinámica de poder interno del sistema. Con el tiempo, y a través de procesos constantes de sensibilización hacia los equipos de salud, los facilitadores interculturales comenzaron a sentirse más validados en su rol dentro del equipo, como puentes de comunicación entre sistemas y representantes de la cultura Mapuche en los establecimientos de salud. Hoy constituyen una figura esencial de apoyo para las acciones de salud con población Mapuche.

Finalmente, si hay una lección que es posible aprender, es la necesidad de generar procesos formales, permanentes o recurrentes de sensibilización de los equipos de salud ante la diversidad cultural; procesos que sean apoyados por las autoridades del servicio. Los sistemas de salud biomédicos son altamente jerarquizados; en ese contexto es necesario que los equipos se sientan respaldados frente a las diversas iniciativas que intenten desarrollar. En la Araucanía, especialmente en comunas de gran densidad rural, la rotación de equipos de salud es bastante alta, habitualmente, cada cierto tiempo llegan profesionales nuevos a conducir procesos de atención de gran importancia a nivel primario, pero al cabo promedio de cuatro años, la mayoría inician sus becas de especialidad y se retiran del establecimiento. Por ello, los servicios de salud con apoyo de la Unidad de pueblos indígenas de la SEREMI de salud realizan permanentemente módulos de inducción de los médicos de destinación, con ello se logra al menos, sensibilizar y preparar al profesional para enfrentar una realidad culturalmente heterogénea.

Los procesos formales de capacitación son una oportunidad para profundizar saberes y prácticas que contribuyen a su vez a la formación general del profesional de salud. Esta ha sido en la mayoría de las situaciones un trabajo conjunto de los servicios de salud y las Universidades regionales. En esta misma línea, será un imperativo ético de las Universidades que la formación de sus nuevos profesionales de salud contenga los temas actuales de la salud pública y que se relaciona con la interculturalidad desde la perspectiva del migrante y los pueblos originarios, así como el trabajo con las diversidades sexuales y género en salud. Todos temas que la ciudadanía impone como parte de sus derechos fundamentales en salud y que requieren una respuesta activa, participativa, intercultural y oportuna.

Reflexión Final

Las experiencias descritas y el conocimiento desarrollado a partir de estas, muestra que existen ciertos elementos transversales al proceso de interculturalidad en salud ya sea con pueblos originarios, afro-descendientes o migrantes internacionales. El primero corresponde a tratar de “encarnar una cultura de la diversidad”; ello implica darse cuenta de las diferencias y asumirlas como parte de nuestra cultura e identidad. En salud, por ejemplo, las diversas apreciaciones sobre el proceso terapéutico, implican el devenir de culturas con diversas fuentes de verificación. Para algunos, la enfermedad ocurre por intervención de terceros, para otros por

efecto de la naturaleza y sus desequilibrios homeostáticos o ambientales, y para ciertos otros, por gérmenes o seres invisibles al ojo humano.

Lo segundo, es demostrar que culturalmente, un problema de salud genera una reacción y en ese contexto acuden diversos procesos y agentes terapéuticos. Su validación y credibilidad depende del valor cultural que los sostiene. En población migrante, muchos de los acontecimientos en salud, son abordados internamente, y la comunidad, "o grupo" define la gravedad de un problema y el curso de acción, especialmente mediado por un análisis empírico de su condición político-administrativa. Finalmente es necesario señalar que, se pueden generar modelos de atención de salud que incorporen la cultura de salud de los usuarios. ¿Qué significa aquello?... promover una actitud humanista e intercultural de la atención de salud en todos sus niveles.

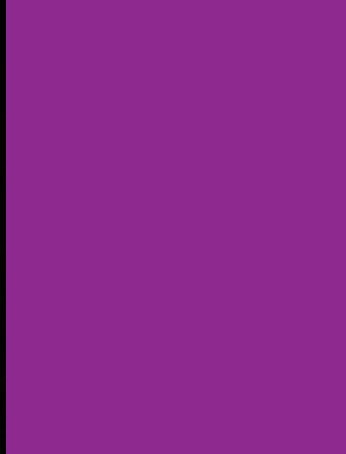
Así, los modos en que se articulen estos supuestos en acciones concretas dependerá exclusivamente del contexto. En algunos centros será la presencia de un facilitador intercultural, en otros será la creación de un centro cultural que incorpore a la salud como parte de bienestar de nuestra población migrante, y más adelante una política que aborde la salud de la población migrante como parte constitutiva de una misión en salud –especialmente pública.

Recomendaciones

Las recomendaciones que emergen de la experiencia de salud intercultural con pueblos originarios en la Araucanía han apuntado a reforzar lo siguiente:

- Existencia de una política de salud intercultural, que determine los lineamientos generales sobre un modelo de atención con enfoque intercultural, de participación de los equipos y pueblos originarios, considerando valores y metas de la política.
- Creación de programas de apoyo en salud específicos que abarquen diferentes niveles de atención y que vayan acompañados de dotación de equipos y financiamiento.
- Coordinación expedita con las organizaciones a través de mesas de trabajo en salud intercultural a niveles locales y regionales.
- Formación de monitores o facilitadores interculturales en salud que manejen la cultura y el idioma de ambos grupos en forma fluida.
- Reforzar el nivel primario de atención con oficinas de apoyo para los usuarios de otras nacionalidades o cultura y creación de programas específicos de salud intercultural para las familias en un nivel temático o por grupos de edad.
- Diseño de un currículo de capacitación en salud intercultural para estudiantes de pregrado de las carreras de ciencias de la salud.
- Diseño de programas de capacitación en salud intercultural tales como cursos de actualización o postgrado para equipos de salud y afines que trabajen con población de diversas nacionalidades y culturas.
- Escuelas de avanzada para contribuir a desarrollar destrezas interculturales y manejo de herramientas técnicas para el trabajo.
- Trabajo intersectorial, especialmente en el área de educación y salud.

1. Kleimann, A. Care: in search of a health agenda. *The Lancet* 386(999):240-241.2015
2. Green, E.C. The integration of Modern and Traditional Health Sectors in Swaziland (pp.87-97). In *Anthropological Praxis*. Robert M. Wulff and Shirley J. Fiske, eds. Westview Press Boulder and London. (1987).
3. Helman, C.G. (Culture, Health, and Illness. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltda. 1994).
4. Putnam, H. Reason, Truth and History. Cambridge: University Press.1981
5. Creswell, J y Poth, Ch. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sabias Publications; 2016.
6. Publicaciones estudiantiles (80-82). Agrupación Cultural Universitaria. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-92002.html>
7. Geertz, C. la interpretación de las culturas. Gedisa, Editorial, Barcelona; 2003.
8. Kornblit, Al. Metodologías Cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Biblos Bs.Aires 2004.
9. Cuyul A. La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía. *Salud Problema*, Segunda época, año 7 n°14, México, 2013.
10. Boceara, G. Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará* 2007, vol.39, n.2 [citado 2020-08-11], pp.185-207. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562007000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7356. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562007000200003>.
11. Alarcón, A; Neira, J. y Vidal A. salud Intercultural. Elementos para sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2003 Sep [citado 2020 Ago 11]; 131(9): 1061-1065. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
12. Canclini, N. Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad. Gedisa editorial, Barcelona, 2006.
13. Citarella, L; Conejeros, A.; Espinosa, B.; Jelves, I.; Oyarce A., Vidal, A., Alarcón, A, Marileo, A. Medicinas y culturas en la Araucanía: Articulación entre medicinas, un hecho y una perspectiva. Redición, Ed. Pehuén; 2018.
14. Memoria Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas. Hacia la construcción de una política nacional intercultural en salud. Saavedra región de la araucanía Noviembre 1996. Salud y Pueblos indígenas de las Américas. Organización panamericana de la Salud; Maval Ltda, Santiago-Chile. 1997
15. Kendal, C., Foote, D., y Martorell, F. Ethnomedicine and Oral Rehydration Therapy. In *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Peter J. Brown, ed. Mayfield Publishing Company. California; 1998.
16. Alarcón AM, Castro M, Chahín C. Guía Anticipatoria VIH/SIDA Diagnóstico Precoz y tratamiento oportuno en adolescentes y jóvenes de Chile. Ediciones Universidad de La Frontera (100 págs). 2016
17. Guía de pertinencia cultural. Mapuche Tañi Itrofil Kimün. La diversidad del conocimiento Mapuche. *Revista de salud Intercultural*, N°4, año 2, 2009.
18. Nahuelcheo, Y; Alarcón A. Experiencia de Monitores de salud rural mapuche. Ed. Iglesia Metodista de Chile; 1988.
19. Alarcón, A. y Walker, E. (1995a). El monitor de salud en area indígena: reflexiones de una experiencia de trabajo". En: *Salud y Desarrollo Humano*. Organización Panamericana de la Salud OPS, Ministerio de Salud de Chile y Cooperación Italiana. Ed. BAT, OPS. Santiago.1995
20. Alarcón, A. y Cariqueo, E. Autogestión Mapuche en Salud. Capítulo VI. En: *Sociedad y Cultura Mapuche Actual: Cambio y Resistencia Cultural*. Editorial Artenativa. Temuco. 1992
21. Kiñewün. Unidos por la salud. Servicio de Salud Araucanía Norte. N° 1, Junio 2011.
22. Oficinas Amuldungun. Mapuche Tañi Itrofil Kimün. La diversidad del conocimiento Mapuche. *Revista de salud Intercultural*, N°9, año 4, 2011.
23. Oyarce, A; Romaggi, M.; Vidal, A.. Como viven los Mapuche. análisis del censo de población 1982. CEPAL- CELADE. PAESMI Documento de trabajo N° 1. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1548>
24. Hanhn, R.A. (1995). *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven. Yale University Press. 1995
25. Walker, E. y Alarcón, A. Evaluación del programa de Salud Familiar en La Araucanía. En: *Salud y Desarrollo Humano*. Organización Panamericana de la Salud OPS, Ministerio de Salud de Chile y Cooperación Italiana. Ed. BAT, OPS. Santiago.1995
26. Oyarce A.; Ibacache, J. Mapuche Mongen: Vida de la gente de la tierra". *Manual de Atención Intercultural en Salud*. Edit. Colegio Médico - 77 p. 1993.
27. Berlin, E. y Fowkes, C. Teaching Framework for Cross-cultural health Care. In *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Peter J. Brown, ed. Mayfield publishing Company. California, 1998.
28. Kleinman, A. *Patients and healers in the Context of Culture*. Berkeley University Press.1980
29. Ancavil, E. Experiencia desde los facilitadores interculturales. En: *Memoria Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas. Hacia la construcción de una política nacional intercultural en salud*. Saavedra región de la araucanía Noviembre 1996. Salud y Pueblos indígenas de las Américas. Organización panamericana de la Salud; Maval Ltda, Santiago-Chile. 1997
30. Weidman, H. In Praise of the Double Bind Inherent in Anthropological Application. In *Do anthropologists apply anthropology?* Angrosino, M. ed. Southern Anthropological Society. No 10, University of Georgia Press. 2009.
31. Alarcón M Ana María, Astudillo D Paula, Barrios C Sara, Rivas R Edith. Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2004 Sep [citado 2020 Ago 11]; 132(9): 1109-1114. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>.
32. Paineo, A.; San Martín, M. Implementación Segundo menú alternativo Mapuche. Mapuche Tañi Itrofil Kimün. La diversidad del conocimiento Mapuche. *Revista de salud Intercultural*, N° 4, año 2, 2009
33. Rehabilitación Rural. Mapuche Tañi Itrofil Kimün. La diversidad del conocimiento Mapuche. *Revista de salud Intercultural*, N°7, año 3, 2010.
34. García Canclini, N. *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Grijalbo, México, 1989
35. Maybury-Lewis, D. *Indigenous people, ethnic and state*. Cambridge University Press. 2000.
36. Gobierno de Chile. Ministerio de Educación. Ley de reforma de la educación Superior en Chile. <https://nuevo.leychile.cl/navegar?idNorma=1118991>



CAPITULO 10

Análisis de la Política de salud de migrantes internacionales en Chile, desde un enfoque de interculturalidad en salud.

Alexandra Obach, Antropóloga. PhD. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. aobach@udd.cl

Carla Urrutia, Antropóloga. MSc. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. carla.urrutia@udd.cl

La actual Política de Salud de Migrantes Internacionales de Chile representa un avance sustantivo en materia de protección de los derechos en salud de personas migrantes internacionales de nuestro país. La política se enmarca en un contexto internacional que, dadas las características que han ido adoptando los procesos migratorios en las últimas décadas a nivel mundial, en los últimos años ha centrado su atención en este grupo humano, principalmente en las dificultades a las que se enfrentan en las distintas etapas del proceso migratorio. En las últimas décadas, Chile se ha sumado a esta discusión toda vez que se ha visto enfrentado al desafío de constituirse en país receptor de un flujo de población migrante internacional que ha ido en aumento. Si bien en la última década se han llevado a cabo diversas acciones en materia de salud y migración en el país, aún se evidencian una serie de factores que impiden el pleno cumplimiento de los derechos en salud de la población migrante internacional. Estos factores obedecen tanto a dificultades asociadas a los procesos de inserción en las comunidades, como a temas legislativos en materia de migración, y de acceso y uso del sistema de salud. Como mecanismo para superar estos obstáculos, en el año 2018 se publicó la Política de Salud de Migrantes Internacionales, la cual incorpora dentro de sus enfoques la interculturalidad en salud, concepto que hace referencia a un conjunto de acciones y políticas que tienden tanto a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas. El capítulo tiene por objetivo realizar un análisis de la política, indagando particularmente en los alcances que el enfoque transversal de interculturalidad tiene en el quehacer de esta normativa, y proponiendo recomendaciones en esta materia. Esto resulta de especial relevancia toda vez que la implementación de acciones de salud intercultural con población migrante es de corta data en nuestro país, lo que hace indispensable que se observen críticamente los avances realizados hasta la fecha, y se generen aprendizajes que permitan avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos, más equitativos, y más justos, donde todos y todas tengan un espacio en salud donde se respeten, se reconozcan y se validen las diferencias y particularidades.

Palabras clave: Política de Salud; Migración Internacional; Salud Intercultural.

Abstract

The current health policy for international migrants in Chile represents a substantive advance in the protection of the health rights of international migrants from our country. The policy is framed given the characteristics that migratory processes have been adopting in recent decades worldwide, mainly focused on this human group and on the difficulties they face in the different stages of the migration process. In recent decades, Chile has joined this discussion while it has been faced with the challenge of becoming a host country for an increasing flow of international migrant population. Although in the last decade several actions have taken place in matters of health and migration in the country, a series of factors are still evident that prevent the full fulfillment of the health rights of the international migrant population. These factors are given to difficulties associated with the processes of insertion in the communities, as well as to legislative issues regarding migration, and access to and use of the health system. As a mechanism to overcome these obstacles, in 2018 the Health Policy for International Migrants was published, which incorporates the concept of interculturality in health within its approaches, a concept that refers to a set of actions and policies that tend both to make visible and incorporate the user's culture in the healthcare process, as well as creating a communication bridge between people belonging to different cultures. This chapter aims to make an analysis of the policies, particularly inquiring in the transversal scopes of interculturality in the extent of this regulation, and proposing recommendations in this matter. This is of special relevance since the implementation of intercultural health actions with the migrant population is short-lived in our country, which makes it essential to critically observe the progress made to date, and generate learnings that allows us to advance towards a more inclusive, equitable and fair health systems, where everyone has a room in health and where differences and particularities are respected, recognized and validated.

Keywords: Health Policy; International Migration; Intercultural Health.

La actual Política de Salud de Migrantes Internacionales de Chile representa un avance sustantivo en materia de protección de los derechos en salud de personas migrantes internacionales de nuestro país. La política se enmarca en un contexto internacional que, dadas las características que han ido adoptando los procesos migratorios en las últimas décadas a nivel mundial (en el año 2017, se estimó que el número de migrantes internacionales alcanzó los 258 millones de personas en todo el mundo) (1), en los últimos años ha centrado su atención en este grupo humano, principalmente en los desafíos a las que se enfrentan las personas en las distintas etapas del proceso migratorio, así como los países de acogida. Esto ha llevado a la inclusión de la temática de la migración internacional en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas, como una manera de visibilizar la problemática y generar planes de acción globales en la protección de esta población (2).

Desde la perspectiva de salud, la migración internacional puede ser entendida como una oportunidad para las poblaciones a mejores condiciones socio ambientales, mayor acceso a servicios y mejores condiciones de salud; o bien puede generar mayor vulnerabilidad social en ciertos grupos de personas migrantes y sus familias, produciendo en ellos y ellas peores condiciones de salud. Cabe destacar que la migración en sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud de las personas, sino que son las condiciones experimentadas durante el proceso migratorio las que pueden generar una exposición a mayores riesgos para la salud (3). En este marco, la migración internacional se entiende como un determinante social de la salud, que incluye los más diversos ámbitos de la vida social, desde lo político estructural, hasta los estilos y condiciones de vida de las personas migrantes (3). Esto es de suma relevancia toda vez que la literatura evidencia que la salud de personas migrantes puede verse afectada durante todo el proceso migratorio, y más aún cuando no cuentan con una adecuada protección. Así, por ejemplo, se mencionan diversos riesgos derivados de los desplazamientos, entre ellos trastornos psicosociales, problemas de salud sexual y reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia, entre otros (4). Se entiende entonces que la salud de las personas migrantes internacionales está en directa relación con los contextos y las formas en que se vivencia la migración. En este proceso, el encuentro (o desencuentro) con los sistemas de salud por parte de migrantes internacionales en las sociedades receptoras es parte fundamental de dichas experiencias. En este marco, el acceso y uso que hacen de los servicios de salud los y las migrantes es un tema de relevancia internacional. Diversos estudios dan cuenta de una serie de barreras que debe enfrentar la población migrante en este ámbito. Estas barreras son de diversa índole, incluyendo la condición de migrante internacional como una barrera en sí misma (5). Entre las principales barreras identificadas por la literatura destacan las idiomáticas, falta de información sobre los servicios de salud, falta de documentación, barreras en el acceso a salud mental, barreras de acceso a salud sexual y reproductiva, barreras de acceso a tratamiento y prevención de VIH/Sida, barreras vinculadas a la “raza” y a las normas culturales, barrera de acceso a salud dental, entre otras. La evidencia ha mostrado que la presencia de dichas barreras generan peores resultados en salud por parte de personas migrantes, lo cual ha llevado a un menor uso y acceso a la atención de salud (6,7).

En las últimas décadas Chile se ha sumado a esta discusión toda vez que se ha visto enfrentado al desafío de constituirse en país receptor de una gran cantidad de población migrante internacional. A diciembre del 2019 se estimaba que el número de inmigrantes en Chile era de 1.492.522 personas (aproximadamente un 7% de la población total del país) (4,8). Desde el año 2003 el Ministerio de Salud ha desarrollado diversas iniciativas con el fin de generar medidas de protección de la salud de la población migrante del país. Estos esfuerzos han tenido como objetivo desarrollar estrategias de cuidado de la salud para este grupo, inicialmente focalizado en la atención de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas migrantes (9). Posterior a estas iniciativas emergentes, y en un intento por cambiar el enfoque en el tratamiento de la migración, en el año 2008 se promulgó el Instructivo presidencial N° 919 sobre Política Nacional Migratoria, donde Chile se declara “país de acogida”. El Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) por su parte, se plegaron al marco ético de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares de las Naciones Unidas, la cual en su artículo 28 establece que la población migrante tiene derecho a recibir toda la atención médica necesaria en caso de urgencia en base a la igualdad de tratamiento con las personas originarias del país receptor, no pudiéndoseles rechazar tal atención médica de urgencia por motivo de cualquier tipo de irregularidad en ámbitos de estadía o de empleo (10). Por otra parte, desde el marco de acción en salud para las Américas, en el año 2019 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó la Resolución CD55.R13 titulada “La Salud de los Migrantes”, en la cual se insta a los Estados

Miembros de la OPS a generar políticas y programas de salud que aborden las desigualdades de salud que afectan a los migrantes, y desarrollar intervenciones especiales para reducir los riesgos de salud de los migrantes. Así también, mejorar los marcos normativos y legales con el fin de abordar las necesidades específicas de salud de los migrantes, garantizando el acceso al sistema de salud sin importar el estatus migratorio; y crear propuestas en todos los niveles para la coordinación de programas y políticas sobre asuntos de salud en las zonas fronterizas (11).

Si bien las diversas acciones en materia de salud y migración desplegadas hasta la fecha en el país por la autoridad sanitaria, así como los marcos normativos internacionales de la OMS y la OPS -basadas en un enfoque de Derechos Humanos- apuntan hacia la integración de la población migrante internacional en los sistemas de salud desde el fomento de la equidad en salud, y homologando los derechos en salud de extranjeros y población local, en Chile aún se evidencian una serie de factores que impiden el pleno cumplimiento de los derechos en salud de la población migrante internacional. Estos factores obedecen tanto a dificultades asociadas a los procesos de inserción en las comunidades, como a temas legislativos en materia de migración, y de acceso y uso del sistema de salud. Como mecanismo para superar estos obstáculos y aspirar a hacer realidad el derecho a salud de toda la población que habita el país, en el año 2018 se publicó la Política de Salud de Migrantes Internacionales. Esta política representa un avance significativo en la región, toda vez que son escasas las iniciativas en materia de normativas en salud de este tipo, tal como se observa en el capítulo de este libro referido a evidencia de literatura gris de países de Latinoamérica en materia de interculturalidad en salud aplicables a poblaciones migrantes internacionales.

Uno de los mayores desafíos en materia de salud y migración, tanto a nivel internacional como nacional, hace referencia respecto a la capacidad de los sistemas de salud de acoger a la población migrante desde el respeto y la valoración de la diversidad inherente a los diferentes grupos humanos. Este desafío no es nuevo, sino que es un tema que viene retando a los sistemas de salud en los más diversos ámbitos, entre ellos, el reconocimiento de las medicinas de los pueblos originarios, las particularidades generacionales en la atención de salud, el acceso y uso del sistema de salud por parte de la diversidad sexual, entre otros (12). El panorama social migratorio se incorpora en esta discusión, toda vez que conlleva un encuentro intercultural en materia de salud entre los y las usuarios extranjeros con sus bagajes culturales particulares y específicos; y el personal de salud, el cual opera desde una lógica cultural biomédica propia del contexto de salud oficial nacional, la cual difiere en muchas ocasiones del quehacer biomédico que se despliega en otros países y regiones del mundo. El enfoque de interculturalidad en salud, que se viene desarrollando hace varias décadas en la región, busca generar estrategias en salud que mitiguen estas diferencias. El concepto hace referencia a un conjunto de acciones y políticas que tienden tanto a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas (13). Es, como dicen Martínez y Larrea (14), una propuesta por relacionar, de manera armónica y humana, los sistemas biomédicos y tradicionales, que en la práctica la población utiliza.

La Política de Salud de Migrantes Internacionales incorpora dentro de sus enfoques el de interculturalidad, lo cual representa un importante avance en materia de valoración y reconocimiento de la diversidad en los ámbitos de salud. El presente capítulo tiene por objetivo realizar un análisis de la política, indagando particularmente en los alcances que el enfoque transversal de interculturalidad en salud tiene en el quehacer de esta normativa, y proponiendo recomendaciones en esta materia. Esto resulta de especial relevancia ya que la implementación de acciones de salud intercultural con población migrante internacional es de corta data en nuestro país, lo que hace indispensable observar críticamente los avances realizados hasta la fecha, y generar aprendizajes que permitan avanzar hacia sistemas de salud más inclusivos, equitativos y justos, donde todos y todas tengan un espacio en salud donde se respeten, se reconozcan, y se validen las diferencias y particularidades.

Para la escritura de este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica desde tres ópticas: desde las ciencias sociales y en especial desde lo socioantropológico; desde el mundo de la salud; y en lo referido a políticas públicas, con énfasis en políticas públicas en salud y migrantes internacionales. Para la recolección del material bibliográfico socioantropológico y de salud se usaron buscadores de literatura especializada académica, en particular Google Scholar, Jstor, Pubmed y Scielo prefiriendo el material de libre acceso. Los documentos fueron leídos y seleccionados manualmente de acuerdo a su pertinencia con el tema a explorar. Las palabras que orientaron la búsqueda en estos repositorios fueron: “salud intercultural políticas públicas”; “salud intercultural políticas públicas Chile”; “salud intercultural políticas públicas Latinoamérica”; “salud intercultural”; “salud intercultural pueblos originarios”; “salud intercultural migrantes”; “políticas públicas salud Chile”; “migración internacional determinantes sociales de la salud”; “vulnerabilidad social migrantes salud”; “antropología de la salud”.

Por otra parte, se realizó una búsqueda en páginas web de instituciones y organizaciones internacionales y nacionales relevantes para el capítulo: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Chile, documentos legislativos del Ministerio del Interior de Chile, Ministerio de Desarrollo Social, y el Instituto Nacional de Estadística.

Luego de la recolección del material y su lectura, se seleccionaron en total 58 fuentes. Para organizar los contenidos que estructuraron este capítulo, se realizó un análisis temático simple que dio como resultado la construcción de los siguientes apartados en el desarrollo del capítulo: i) Paradigmas de gestión de la diversidad de migrantes internacionales y su impacto en salud; ii) Antecedentes de la Política de Salud de Migrantes Internacionales; iii) ¿Por qué la importancia de contar con una política de salud de migrantes internacionales en el país?; iv) La inclusión de la interculturalidad en salud en los enfoques, principios rectores, objetivos y lineamientos estratégicos de la política; v) La interculturalidad como estrategia para abordar la salud de migrantes internacionales; vi) La inclusión de la migración internacional en las acciones de interculturalidad en salud en Chile; vii) Mirada crítica respecto a las políticas de salud intercultural; viii) Desafíos en la construcción de políticas interculturales en las sociedades actuales.

Antecedentes de la Política de Salud de Migrantes Internacionales

Todo el quehacer de acciones, programas y políticas en salud dirigidas a población extranjera en el país está estrechamente ligado a las normativas y conceptualizaciones a nivel de políticas públicas y de vinculación social que se han ido construyendo en torno a la migración en Chile. En este marco, históricamente se han establecido diferentes criterios de ingreso para personas extranjeras al país. El Decreto con Fuerza de Ley N°69 del año 1953 establecía como criterios de ingreso el mejoramiento técnico, mano de obra calificada, e incluso la idea de “perfeccionar las condiciones biológicas de la raza” (15). Este decreto perduró por varias décadas, y tuvo un impacto no solo en los ámbitos administrativos, sino también en los valores sociales que se fueron estableciendo en la relación con los migrantes, así como las nociones con las que se fue asociando a la migración internacional.

Posteriormente, en el año 1975 entró en vigencia el Decreto Ley N° 1.094 (16), conocida como Ley de Extranjería, la cual se mantiene hasta a actualidad (con una serie de modificaciones y transformaciones respecto al documento original). La citada Ley de Extranjería generó un nuevo marco normativo, donde se concibe al extranjero y la migración como una amenaza, desde una perspectiva racial, y pone énfasis en el control de fronteras (17). Esta ley correspondió a la implementación de una política de seguridad nacional, con una fuerte raigambre racista y de selección, la cual no contemplaba el derecho de las personas a asentarse permanentemente en el país, ni el acceso a beneficios del estado, ni a derechos básicos como la salud, educación, trabajo, vivienda y la regularización administrativa (18). Desde el retorno a la democracia, dicha ley de extranjería ha sufrido una serie de modificaciones, en tanto intentos por garantizar los derechos de las personas migrantes internacionales, de acuerdo con lo estipulado en los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por Chile. Esto se ha hecho a través de instrumentos de carácter administrativo, como circulares, oficios o decretos en materia de salud, trabajo, educación, entre otras. Todas estas estrategias políticas, si bien representan un avance en materia de derechos de migrantes internacionales, corresponden a acciones aisladas más que una nueva

política integral de migración, lo que ha dado como resultado el que la legislación vigente en el país por décadas no se corresponda con la realidad migratoria reciente en Chile, ni a los estándares internacionales en materia de protección de derechos (9,19). La Ley de Extranjería antes nombrada, y el tratamiento que esta ha dado a la migración internacional en Chile por décadas, han generado acciones de carácter asimilacionista en relación con la gestión de integración de los y las migrantes internacionales en el país, tanto desde el ámbito de las políticas públicas, como desde el quehacer de las diversas reparticiones del Estado. Si bien se sostiene que el Estado en diversos momentos ha intentado adscribirse a la tendencia de fórmulas multiculturales en materia de migración, esto no ha tenido sustento en la institucionalidad dada la normativa general vigente (18,20).

Por parte del quehacer de la autoridad sanitaria, a partir del año 2003 desde el Ministerio de Salud se comenzaron a generar acciones en la temática de migración y salud, llevando a cabo algunas medidas de protección para la población migrante internacional, específicamente en lo relativo a mujeres embarazadas. Posterior a eso, de acuerdo con la Resolución Exenta 1914 del Ministerio del Interior del año 2008, se dispuso que cualquier extranjero residente en el país, independiente de su situación legal, puede acceder a los beneficios de la provisión de salud que señala la Ley de atención universal en Chile, en casos de emergencias, del control prenatal y de salud infantil y adolescente para menores de 18 años, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos. Mediante el ordinario 3229 del 11 de junio de 2008 se permitió regularizar a niños y embarazadas migrantes en Chile, independiente del estatus migratorio de los padres. Esta normativa tuvo reconocimiento de Naciones Unidas en el informe de Derechos Humanos del año 2009 (28). Junto con lo anterior, en el año 2016 entró en vigencia el decreto 67, el cual autoriza el acceso a salud en igualdad de condiciones a migrantes con visa en trámite y que acrediten carencia de recursos en el mismo sistema de salud.

En lo relativo a la migración internacional en los planes nacionales de salud, en la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020 el tema de migración y salud estuvo planteado desde la perspectiva de superación de las inequidades en salud, apuntando al mejoramiento del acceso a salud de personas migrantes como parte del Objetivo Estratégico 5. Posteriormente, en el año 2014, se constituyó, desde el Ministerio de Salud, el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes, compuesto por representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud. En el año 2017 se ejecutó el Piloto de Salud de Inmigrantes en las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago (21). A partir de la experiencia acumulada en el Piloto, y la sistematización y evaluación de la misma desarrollada para el Ministerio de Salud por un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo junto a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, sede Chile), se publica en el año 2018 la Política de Salud de Migrantes Internacionales (9). Esta política se enmarca en el Instructivo N° 5 sobre Lineamientos e instrucciones para la Política Nacional Migratoria del año 2015, donde se establecen como ejes de la Política los enfoques de derechos humanos, género y el principio de no discriminación, planteando una política basada en la promoción y aplicación de los convenios internacionales suscritos por el país en la materia (9).

■ ¿Por qué la importancia de contar con una política de salud de migrantes internacionales en el país?

La política nace con la intención de hacerse cargo de la necesidad que existe a nivel mundial y nacional por generar instrumentos de protección de los derechos, y particularmente en lo referido a los derechos en salud de la población migrante internacional. En Chile esto se hace imprescindible dadas las brechas en salud que presenta esta población respecto a los nacionales. Al respecto, Cabieses y Oyarte dan cuenta, a través de un análisis secundario realizado de la encuesta poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, que los y las inmigrantes en Chile presentan 7,5 veces más posibilidades de no tener previsión de salud que los locales. Además, se sostiene que presentan una menor necesidad sentida que la población nacional, en conjunto con una mayor falta de consulta al sistema de salud (OR: 1,7 IC95%: 1,2–2,5), cobertura en salud (OR: 2,7 IC95%: 2,0–3,7) y una mayor insatisfacción de necesidades en salud (4). En este contexto, la Política de Salud de Migrantes Internacionales se posiciona como un instrumento que busca abordar las problemáticas de salud de la población migrante en el país, alineándose con los organismos internacionales (22,23) al establecer su quehacer desde un enfoque de derechos humanos y de inclusión de la población migrante al país. El objetivo que declara la política es homologar progresivamente los derechos en salud entre chilenos y extranjeros mediante el

mejoramiento en el acceso a salud para migrantes, y promoviendo un sistema más sensible con las población migrante internacional, a través de acciones que disminuyan las barreras culturales, administrativas, de género, entre otras (9).

Llama la atención el énfasis que pone la política en dar reconocimiento y valor a la diversidad desde la que se constituye el colectivo migrante internacional en el país, poniendo foco en el respeto hacia los saberes y prácticas de los diferentes grupos humanos en lo relativo a los ámbitos de la salud. Esto se ve reflejado de distintas maneras en la política, por ejemplo, en la inclusión de la interculturalidad dentro de los enfoques transversales de la política; en la metodología participativa desde la que se declara se construyó la política, donde destacan el Piloto de Salud de Inmigrantes, las Jornadas Nacionales de Migración y Salud, y los diálogos ciudadanos, todos ellos mecanismo a través de los cuales se buscó levantar las necesidades de la población migrante internacionales desde la visión de diversos actores sociales, buscando con ello democratizar la toma de decisiones en salud. Si bien estos aspectos declarativos de la política significan un avance en la construcción de una nueva mirada respecto a la población migrante internacional desde el sistema de salud, se necesita discutir críticamente la lógica desde la cual se realizan los abordajes de inclusión, respeto por la diferencia y la participación, en los planteamientos de la política. Para esto, se requiere tomar en consideración diversos aspectos centrales a la hora de plantear un enfoque de interculturalidad para abordar las temáticas de salud con población migrante internacionales, entre ellos: los paradigmas desde los cuales se están abordando los procesos migratorios, y las lecciones aprendidas a la fecha de lo que ha sido la implementación de programas y políticas de interculturalidad en salud con pueblos originarios en el país, principal referente en esta materia en Chile.

Modelos de gestión de la diversidad con relación a migrantes internacionales y su impacto en salud

El continente americano es una de las regiones de mayor movilidad humana del mundo, con poblaciones que migran por diversas razones y en diferentes condiciones, siendo la exposición a situaciones de riesgo y vulnerabilidad una característica recurrente en las experiencias migratorias. Diversos estudios dan cuenta de la situación de vulnerabilidad en salud a la que se enfrentan muchos grupos migrantes durante todo el proceso migratorio, es decir, origen, tránsito, destino y retorno, lo que repercute en el bienestar físico y psicológico de migrantes y sus familias, y tiene un impacto en todas las dimensiones de la vida de las personas (3). De esta manera, y tal como sostienen diversos autores, la migración en sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud de las personas migrantes, sino que son las condiciones que se experimentan durante todo el proceso migratorio las que exponen a las personas a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad social en diversos ámbitos, lo cual impacta directamente en la salud (24,25). En el caso de Chile, estudios reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile, lo que significa que los y las inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena. A pesar de esto, la evidencia da cuenta de la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica, quienes reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes, y cifras muy similares a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, población más joven que la chilena (26–28).

Hay estudios también que evidencian las malas condiciones de vida y su relación con problemas de salud mental en grupos específicos de migrantes internacionales en Chile. Esto se debe tanto a condiciones de vida como de acceso y uso del sistema de salud, lo que queda reflejado en el país a través de un grupo de migrantes internacionales que no tienen ninguna previsión de salud, en especial el grupo de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 14 años (29,30). En este escenario se entiende la migración internacional como un determinante social de la salud y, por ende, se requiere que todas las políticas, programas y servicios dirigidos a población migrante lo hagan desde el marco de los determinantes sociales de la salud (considerando la migración como un determinante del modelo), adecuando las acciones a las necesidades específicas y variables socioculturales de los grupos migrantes (3).

Para poder realizar este desafío de manera exitosa, se requiere contar previamente con marcos normativos que entiendan la migración internacional, y el encuentro entre diversas culturas, como un valor social. Esto va a depender del modelo de incorporación que adopten los países para gestionar la forma en que los y las migrantes internacionales pasan a ser parte de las sociedades de destino. Así, por ejemplo, de acuerdo a Carrasco y Suárez (31) el modelo étnico define la pertenencia a la nación en términos

de etnicidad (descendencia, lenguaje y cultura comunes), mientras el modelo republicano define la nación como una comunidad política donde las personas migrantes son admitidas como ciudadanos en la medida que se adhieren a las reglas políticas y están dispuestos a adoptar la cultura nacional. El modelo multicultural, por su parte, si bien es similar al republicano, se diferencia con este en que las personas migrantes son incorporadas no solo como individuos, sino también como parte de una comunidad de origen, por lo que la reproducción de su cultura se constituye como un derecho. Finalmente, el modelo de políticas interculturales, las cuales se caracterizan por poner las relaciones entre población local e inmigrantes en el centro, enfatizando en las características que comparten las poblaciones, y evitando una categorización fija de la identidad del otro (32). Se sostiene que las políticas multiculturales e interculturales facilitan la integración, dado que las personas mantendrían su identidad y legado cultural de origen junto con adoptar e interactuar con los elementos propios de la sociedad de destino, mientras que el modelo republicano tiende a generar asimilación, dado que los individuos orientan sus prácticas a las normas, valores y tradiciones del país de destino, dejando de lado la identidad cultural de origen (31). En este contexto, cabe distinguir las diferencias entre los modelos multiculturales e interculturales. Zapata-Barrero (32) postula que la interculturalidad corresponde a un enfoque de intervención política sobre las dinámicas que se producen en contextos de diversidad que desafía la suposición multicultural de que la diversidad debe interpretarse solo en términos de origen, nacionalidad y cultura. El autor sostiene que la interculturalidad busca romper la visión esencialista de la diversidad que emerge de los enfoques multiculturales, dando prioridad a las preferencias y prácticas individuales, en lugar de explicar la diversidad solo desde los orígenes nacionales de las personas y grupos. De acuerdo al autor, el enfoque multicultural propicia miradas culturalistas frente a la diversidad, corriendo el riesgo de homologar lo cultural a aspectos genéticos, o que la cultura tiene raíces territoriales definidas. De acuerdo a Zapata-Barrero, dada la creciente diversidad presente en las sociedades occidentales contemporáneas, la interculturalidad se plantea como una estrategia política que apunta a consolidar procesos de interacción positiva entre los diferentes grupos que conforman las sociedades, promoviendo espacios de diálogo en las relaciones interpersonales, con el fin de generar una cultura social que apunte a la estabilidad, cohesión y un sentido de pertenencia. El autor sostiene que los desafíos que presenta la gestión de la diversidad implican un proceso de cambio, lo cual conlleva transformaciones en los comportamientos sociales e institucionales, e incluso en las tradiciones, en los sistemas de derechos y deberes, y en las formas de legitimar las sociedades occidentales.

En este marco, la instalación de un modelo intercultural, en tanto paradigma de gestión de la diversidad que implica la migración internacional, parece ser el camino más propicio para abordar la salud de los y las migrantes, desde el marco de los determinantes sociales, ya que toma en consideración las necesidades de los grupos migrantes, así como las variables socioculturales que están presentes en la salud de esta población. Diversos estudios (33–35) dan cuenta del rol central que adquieren estas variables en la temática de migración y salud. Así, por ejemplo, gran parte de las brechas de acceso a la atención en salud presentes en los y las migrantes internacionales están vinculadas a las variables socioculturales, ya sea que se manifiesten en las dimensiones de las condiciones de vida, condiciones laborales, de regularización y otras que impactan en la salud, como en el encuentro mismo entre la población y el sistema de salud. En esta línea, Juárez-Ramírez et., al. (36) recomiendan cambios urgentes en las políticas públicas con el fin de superar dichas brechas, entre las que destacan elaborar políticas públicas incluyentes, fomentar redes de apoyo social, medidas planificadas desde una perspectiva intercultural que garantice la disminución de los obstáculos culturales que limitan a los grupos vulnerables el acceso a los servicios de salud, y la implementación de políticas intersectoriales. Todas estas acciones van en la línea de fortalecer modelos interculturales en salud para la integración y protección de la población migrante.

¿Qué se ha hecho en el país en esta materia? Tal como se mencionó anteriormente, la normativa vigente respecto a la migración en el país dista de los principios que rigen a los modelos interculturales. Por el contrario, nos sitúan en un marco de comprensión y de acción respecto a la diversidad que promueve las distancias y los desencuentros. Esto se intensifica en el caso de la migración sur-sur que Chile viene experimentando con fuerza en las últimas décadas. Desde la teoría postcolonial (37) esto se explica debido a la jerarquía racial de lo “blanco”, situación que esta en la base de las desigualdades sociales de Chile y América Latina (38,39,40). Esta construcción de lo social sitúa al “otro no blanco” en el espacio de la subordinación, toda vez que interfiere con el argumento en el cual se ancla el relato nacional chileno, basado en el imaginario de un pueblo blanco y homogéneo en términos culturales, y que niega todo lo que desde dicho imaginario sea comprendido como inferior, es decir, aquello que se vincula a lo indígena, a los afrodescendientes, entre otras categorías subalternas (41). Esta base sociocultural hace que los esfuerzos por implementar acciones, programas y políticas en el país que vayan en la línea de los principios que promueve el modelo intercultural sean aún limitadas, ya que el marco social en el cual están insertas imposibilitan el pleno desarrollo de la interculturalidad. Por lo mismo, para pensar

en los alcances de una política de salud hacia migrantes internacionales desde un enfoque de interculturalidad, se hace necesario primeramente analizar el camino recorrido que el país tiene en materia de interculturalidad en salud, y reflexionar en torno a las lecciones que nos han dejado estos procesos.

Antecedentes de la interculturalidad aplicada a los ámbitos de la salud en Chile

En los años noventa, con el retorno a la democracia, comienzan las primeras iniciativas y estrategias de salud intercultural en el país, las que apuntaban hacia la generación de un modelo en salud que fuese capaz de articular las medicinas de los pueblos originarios del territorio nacional, y la medicina alopática. Las acciones de salud intercultural que emergieron en este contexto se generaron en un escenario social fuertemente verticalista y jerarquizado, donde la única posibilidad concedida a los pueblos originarios para acceder a los servicios del Estado (salud, educación, justicia, etc.) era a través de la adaptación a los patrones y formas culturales dominantes (42). En este marco, la interculturalidad aplicada a los ámbitos de la salud comenzó a articularse en Chile a partir de las demandas de los propios pueblos originarios en relación a la necesidad de preservación y valoración de la medicina indígena y del medio ambiente, la participación en las decisiones acerca de programas de salud orientados a pueblos originarios, entre otras. Con el inicio de estas iniciativas comienza también una visibilización y reconocimiento de la situación de subordinación de las poblaciones indígenas, lo que implicó la constatación de la existencia de una medicina de prestigio, con poder y reconocimiento (la biomedicina), y otras medicinas, como las indígenas y las populares, que no son reconocidas ni valoradas desde la hegemonía social. Se planteó entonces la necesidad de una política de interculturalidad en salud que favoreciera un proceso de revalorización y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas, fomentando la interculturalidad en tanto potenciación de los aspectos en común, que comparten el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, desde el respeto a la diversidad en salud (43,44).

Los primeros pasos en materia de institucionalización de la interculturalidad en salud en Chile se dieron en el año 1996, con la creación de una línea de trabajo ministerial en salud intercultural, la cual dio origen al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), el cual opera hasta la actualidad. Este programa está inserto en el quehacer del Ministerio de Salud, y vela por la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural a nivel nacional (44). Paralelo a esto, en el año 2001 se creó el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas -Programa Orígenes-, el cual buscaba contribuir a que las comunidades indígenas rurales de los pueblos Aymara, Atacameño y Mapuche mejoraran su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural, que estuvieran co-gestionados con los Servicios de Salud, y cuyas acciones se focalizaran en la valoración de los conocimientos y las prácticas en salud propios de los pueblos originarios.

Todo este quehacer en materia de salud intercultural, con foco en pueblos originarios, ha generado una serie de aprendizajes en relación a la planificación y ejecución de la interculturalidad en salud en el país, así como respecto a la institucionalización de estas materias. Desde el rescate de los aspectos positivos que ha implicado la implementación de la interculturalidad en salud se evidencian los siguientes aspectos: (i) La promoción del derecho a la diferencia en salud, entendiendo que es responsabilidad de los estados y sus instituciones el reconocer, respetar y proteger a los pueblos originarios respecto a las evidentes desigualdades que presentan en materia sanitaria respecto a la población no indígena. (ii) La elaboración y ejecución de estrategias de salud intercultural ha abierto el debate en torno a la necesidad de generar sistemas de salud culturalmente pertinentes, que reconozcan e incorporen en todos los niveles de atención de salud la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia sobre las dinámicas de poder que se producen en la atención de salud producto de las diferencias culturales, así como la necesidad de adaptación de los servicios de salud para satisfacer las necesidades culturales en materia de salud de los y las usuarios (33).

Comelles (45) sostiene que si bien existen diversas experiencias a nivel mundial de inclusión de los aspectos culturales en el quehacer de la biomedicina, estas inserciones no implican necesariamente un cuestionamiento de la racionalidad biomédica, sino que son más bien elementos que se añaden dentro de los protocolos clínicos, pero que no dialogan ni ponen en duda a la cultura biomédica. Es decir, operan como elementos periféricos, marginales dentro de los sistemas de salud y, en muchos casos, son funcionales a estos (46). En esta línea de pensamiento, diversos autores plantean una mirada crítica respecto a las estrategias

de implementación de la interculturalidad en salud en el país en relación a pueblos originarios, argumentando que, a través de las estrategias desplegadas por parte de la institucionalidad a cargo de la ejecución de planes y acciones interculturales, se ha producido una pérdida de la autonomía por parte de las agrupaciones indígenas en las acciones de salud intercultural. Se sostiene que varias de las agrupaciones indígenas involucradas en acciones de salud intercultural han tendido a alinearse a la cultura administrativa del estado con el fin de obtener los recursos ofrecidos por éste para el funcionamiento de las iniciativas de interculturalidad en salud. Junto con esto, se sostiene que gran parte de las estrategias de salud intercultural indígena han sido subsumidas por la cultura biomédica, la cual se caracteriza por basar su quehacer en un paradigma biologicista, individualista, a-histórico, mercantilista y de alta eficacia pragmática (47), en oposición a las medicinas indígenas las cuales operan a través de una visión holística de la salud y el cuerpo humano, y otorgan gran valor a la comunidad y al contexto social en los procesos de salud-enfermedad (42). En esta misma línea, Boccara (48) argumenta que gran parte de las estrategias de interculturalidad en salud representan una nueva estrategia de dominación del sujeto indígena por parte del estado, representado a través del sistema de salud. Se postula entonces que lo que ha sucedido en Chile y en otros países de América Latina con las estrategias de salud intercultural, con foco en poblaciones indígenas, ha sido un proceso de *burocratización de la salud intercultural*, la cual se ha preocupado de generar estrategias para la inclusión social de las poblaciones indígenas que han quedado excluidas del sistema económico actual, más que en desarrollar estrategias que permitan dar curso a las reivindicaciones étnicas en materia de salud (48,49). Bajo esta misma argumentación, Walsh (50) plantea que las acciones en los ámbitos de la interculturalidad desplegadas hasta la fecha corresponden a estrategias funcionales al sistema las que, desde una perspectiva liberal, buscan la inclusión de grupos e individuos históricamente excluidos, pero no abogan por transformar las causas de la asimetría y desigualdad social y cultural de base de los pueblos originarios, ni tampoco generan propuestas de cambios culturales respecto a las relaciones sociales entre las sociedades nacionales y los pueblos indígenas (48,49).

La inclusión de la migración internacional en las acciones y políticas de interculturalidad en salud en Chile

Knipper (51) sostiene una de las problemáticas presentes en la agenda de la salud pública del siglo XXI son las complejas relaciones entre salud y etnicidad. El autor apunta a que, si bien en las Américas, Asia, África, Oceanía y Australia la atención en materia de interculturalidad en salud ha estado concentrada en los pueblos indígenas, en Europa, el enfoque se ha volcado sobre la población migrante dado el creciente aumento de este grupo en el continente. Sin embargo, sostiene el autor, esta separación temática es superficial, ya que los procesos migratorios son relevantes a nivel global e involucran también a poblaciones indígenas. Además, las mismas definiciones de las categorías “indígena” e “inmigrante” son temas de debate, puesto que los criterios de identificación y su significado no son inequívocos, sino que dependen de varios factores sociales, políticos y también científicos en los contextos particulares de su aplicación. No obstante, sostiene Knipper, existe un denominador común entre ambos grupos, que es la inequidad, tanto en el estado de salud, como en relación al acceso a los sistemas de salud, lo que estaría mediado por categorías étnicas, y por los procesos migratorios involucrados en la población migrante, aspectos que no pueden ser explicados solamente por factores socioeconómicos, sino también, y principalmente, por elementos socioculturales.

En la misma línea de lo que plantea Knipper, a nivel mundial la evidencia da cuenta de acciones en torno al desarrollo de la interculturalidad, en tanto modelo de gestión de la diversidad en salud, focalizada ya no solo en pueblos originarios, sino también involucrando a población migrante internacional (52,53,54). Este panorama conlleva el desafío para Chile en cuanto a expandir la noción de interculturalidad en salud tal y como ha sido concebida hasta la fecha, para incorporar dentro de su quehacer ya no solo a grupos pertenecientes a pueblos originarios, sino considerando también las problemáticas específicas de las poblaciones migrantes internacionales. En esta línea, el Ministerio de Salud de Chile amplió el quehacer el Departamento Salud y Pueblos Indígenas, incorporando dentro de su trabajo la salud de migrantes internacionales como un eje de acción específico. Con esta incorporación, el Departamento cambio de denominación, pasando a llamarse Departamento de Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad. En lo que respecta a salud de población migrante internacional, esta unidad del MINSAL se ha focalizado en los siguientes ámbitos de acción: (i) normativas y legislaciones; (ii) sistemas sensibles a personas migrantes internacionales; (iii) monitoreo en salud; (iv)

alianzas y marco plurinacional (55). Desde su inicio en tanto eje de acción institucional, la línea de trabajo del MINSAL ocupada de la salud de migrantes internacionales ha llevado a cabo diferentes estrategias para el desarrollo de los ámbitos antes enunciados.

Reflexiones con relación a la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud en la política de salud de migrantes internacionales en Chile

Cada una de las acciones antes enumeradas en relación al quehacer ministerial en torno a la salud de migrantes internacionales carecían de un marco institucional desde el cual articular su trabajo. En el año 2018, la Política de Salud de Migrantes Internacionales viene a llenar dicho vacío, estableciendo los lineamientos y enfoques desde los cuales se van a concebir las estrategias y acciones en salud hacia la población migrante internacional desde dicha fecha en adelante. La política de salud de migrantes internacionales se construye a partir de un marco conceptual que prioriza enfoques específicos desde los cuales abordar las problemáticas de salud en población migrante. Estos enfoques transversales a toda la política son: derechos humanos, determinantes sociales de la salud, género, interculturalidad, curso de vida, y territorial (ver Anexo 1: Resumen enfoques transversales Política de Salud de Migrantes Internacionales). Estos enfoques, desde los que se basa la política, conllevan una visión integradora del sujeto migrante internacional, lo cual implica un avance en comparación a las acciones desplegadas en el país hasta la fecha, sobre todo considerando los principios que rigen la ya mencionada Ley de Extranjería. Aun así, la materialización de estos enfoques enunciados en la política implica enormes desafíos, tanto a nivel de ejecución de políticas públicas desde el nivel central, como desde los niveles locales.

Además de los enfoques transversales, la política se funda en principios rectores que tienen por objetivo orientar las acciones del sector salud, con el fin de contribuir a la salud de las personas migrantes internacionales. Estos principios rectores son: participación ciudadana, equidad, ética y bioética, igualdad y no discriminación, integralidad (intersectorialidad e integralidad en salud), cohesión social, calidad, y universalidad (ver Anexo 2: Resumen principios rectores Política de Salud de Migrantes Internacionales). Siguiendo los lineamientos internacionales, la política ha buscado basar su quehacer a partir de estos enfoques integradores y estos principios rectores para el trabajo en salud con población migrante internacional, incorporando las múltiples dimensiones que interactúan entre sí para el bienestar de la población migrante.

Cabe destacar que, en los principios rectores, también es posible identificar los lineamientos básicos que se proponen desde las definiciones de interculturalidad en salud. En el principio de participación ciudadana, los encontramos en la idea que “la participación es la base para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y de creación de capital social, orientado a conseguir bienestar e inclusión social, mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades a través de la incorporación de sus visiones, necesidades y opiniones en la gestión y en las políticas públicas de salud” (9). Estos principios apuntan hacia la generación de diálogos horizontales entre diversos, al encuentro entre diferentes, y apunta a la importancia de generar consensos entre diferentes visiones para lograr avances en salud. Por su parte, en el principio de equidad se encuentran las bases de la interculturalidad en salud, ya que el objetivo mismo de este enfoque es generar sistemas de salud equitativos y justos, donde las diferencias no conlleven a injusticias y desigualdades en salud. Esto nos lleva al principio de ética y bioética, y la reflexión en torno a la conceptualización que desde la atención en salud se realizar el “otro”, sobre todo aquellos grupos más vulnerables como algunos sectores de población migrante internacional. Asimismo, en el principio de igualdad y no discriminación, donde se apunta hacia la protección de los derechos de las personas sin que factores como la raza, el color de piel, el idioma, el origen nacional sean motivos de discriminación. A partir de estos enfoques transversales y principios rectores, la política se plantea como propósito general el contribuir al máximo estado de salud de migrantes internacionales, en equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos. Para lograr este objetivo general, se plantea ocho objetivos específicos, los cuales son:

1. Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren.
2. Garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales.
3. Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales.

4. Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración.
5. Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales.
6. Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.
7. Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales.
8. Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados, la política plantea diversos lineamientos estratégicos, estos son: Armonización y adecuación del marco normativo; Sistema sensible a las personas: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud; Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial; Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud; Monitoreo, seguimiento e información en salud; Trabajo, salud y migración; Comunicación y desarrollo de acciones en contra de la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes (ver Anexo 3: Resumen lineamientos estratégicos Política de Salud de Migrantes Internacionales).

Tanto los enfoques y principios rectores de la política recién enunciados, así como los objetivos que ésta se plantea y los lineamientos estratégicos enfrentan serios desafíos para su real ejecución. Uno de los principales retos se relaciona con el hecho de que la política busca materializar acciones en salud con población migrante internacional desde el modelo de la interculturalidad y los derechos humanos, en una sociedad que, como se mencionó anteriormente, basa su discurso nacionalista hegemónico en la idea de conceptualizar a Chile como una nación homogénea, negando todo aquello que desde dicho discurso es inferiorizado, es decir, lo que se escapa de la norma de un pueblo blanco, heteronormativo, y con un orden de género tradicional y conservador (41). Tal como sostienen Stefoni y Corvalán (41), desde este marco de construcción de la realidad, racismo y nacionalismo se superponen como matrices de significación para situar al migrante como alguien permanentemente alterizado y desvalorizado. Por lo mismo, si bien la incorporación del enfoque de interculturalidad en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile se considera un importante avance en materia de derechos humanos y de integración de la diversidad en la sociedad chilena, no debemos dejar de lado la reflexión respecto a la matriz político-ideológica antes mencionada en la cual se inserta esta política. En este sentido, las aprehensiones respecto a la posibilidad de poner en acción los enfoques y principios de la Política derivan de la tradición política y social del país, tanto desde lo legislativo como desde las interacciones entre las personas que se dan cotidianamente para abordar la temática migratoria. Dicha tradición ha estado históricamente marcada por relaciones de poder, con el objetivo de subordinar a los grupos migrantes, relaciones articuladas mediante acciones asimilacionistas, bajo el supuesto de que nuestro estado-nación corresponde a un grupo social homogéneo y monocultural. Esto se contradice con los principios de la salud intercultural, la cual se inserta en corrientes multiculturales e interculturales, que reconocen los derechos de la diversidad cultural y la formación de nuevas comunidades, vinculando esos derechos con la igualdad social y la no discriminación (56).

Cabe mencionar que las aprehensiones derivan también de la falta de un plan de acción que dé curso a las acciones específicas que se llevarán a cabo para materializar estos enfoques transversales y lineamientos estratégicos, desde una perspectiva intercultural, de género, de derechos humanos, y de participación. Sin dicho plan de acción resulta muy difícil poder materializar las definiciones abstractas que se proponen desde la política, ni evaluar el alcance de los lineamientos estratégicos. Para lograr acciones efectivas se requiere primero que nada de estrategias concretas de transformación de los mecanismos ideológicos que están en la base de la conceptualización que se tienen respecto a la diversidad social y cultural en general, y la migración internacional en particular en Chile.

Para el caso específico de las transformaciones que se requiere realizar en el sector salud para una efectiva inclusión de estos enfoques y principios rectores en el quehacer del sistema de salud, tomaremos el modelo de Tanahashi (57) países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia. MÉTODOS: Revisión

sistemática cualitativa de literatura publicada durante el período 2000-2010. Se consultaron seis fuentes internacionales: Fuente Académica, Medline en texto completo, Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo (Academic Search Complete en tanto matriz para analizar la manera en que estos aspectos operan en el acceso y uso de los sistemas de salud por parte de la población migrante internacional. El modelo considera cuatro dimensiones en el proceso de acceso y uso para obtener una cobertura efectiva en salud: (i) disponibilidad (disponibilidad de servicios o centros de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información); (ii) accesibilidad (accesibilidad física como la distancia, conectividad y existencia y tiempo de transporte; accesibilidad organizacional y administrativa); (iii) aceptabilidad (percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales, religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros); (iv) calidad. El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores u obstaculizadores que pueden ser identificados en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales -por lo general los grupos más vulnerables, entre ellos ciertos grupos de población migrante- que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con el sistema de salud.

Desde el modelo de Tanahashi, la posibilidad de generar acciones de salud intercultural se encuentra anclado principalmente en la dimensión de aceptabilidad, toda vez que desde la política se entiende como una obligación del Estado el entregar servicios de salud culturalmente pertinentes, considerando aspectos culturales de los y las usuarios, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles a otras variables como el género y ciclo de vida (9). Se entiende por sistemas culturalmente pertinentes, aquellos que reconocen e incorporan en todos los niveles la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia hacia las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión de la diversidad cultural, y el conocimiento y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades culturales únicas (7). Asimismo, se establece que la incorporación del enfoque de derechos humanos es un marco central de la política toda vez que el núcleo del enfoque es la eliminación de toda forma de discriminación, entendiendo a los migrantes como sujetos de derecho y al Estado y sus funcionarios como protagonistas de dicha obligación. Parece indispensable, para poner en práctica los principios de este enfoque, instalar los principios de la interculturalidad en el sistema de salud, de manera transversal en toda la orgánica del sistema, con el fin de generar transformaciones profundas en el sistema biomédico, facilitando el tránsito de las prioridades en salud desde lo individual a lo colectivo, comunitario, y poblacional, que incluya las especificidades culturales de los grupos como parte esencial de la atención en salud.

Esto requiere, tal como dice la política, un cambio en la cultura institucional del sector salud, que cuestione el modelo biomédico y reconozca y validen la existencia de otros sistemas de salud, de saberes y terapéuticas para resolver los problemas de salud-enfermedad-atención. En este marco, dentro de las acciones en salud intercultural para población migrante que requieren mayor urgencia se encuentra el contar con equipos de salud entrenados en cómo abordar contextos culturales diversos, con flexibilidad para acercarse a sus necesidades particulares por medio de habilidades de encuentro intercultural con población migrante internacional (58). Esta es una de las necesidades más reportada por parte de equipos de salud, así como de los mismos migrantes internacionales.

Otro aspecto importante y que se evidencia no solo en Chile, sino que a nivel internacional, son las barreras lingüísticas y culturales presentes en la atención de salud de población migrante internacional. Una de las acciones que se ha llevado a cabo en tanto estrategia para aminorar esta barrera ha sido la incorporación de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales en los servicios de salud. Esta función de facilitadores lingüísticos/mediadores interculturales en gran parte del mundo es realizada principalmente por familiares de los usuarios/as migrantes, y/o personas voluntarias (59-61). Siguiendo los lineamientos internacionales, en Chile se ha incorporado paulatinamente la figura de mediadores interculturales para la atención de salud de población migrante internacional ya no de manera voluntaria sino como un cargo laboral. La Política, en el eje de aceptabilidad, propicia la incorporación de estas figuras en el sistema de salud al subrayar la necesidad de incorporar servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural en la atención de salud. Si bien esto representa un avance en materia de interculturalidad en salud con migrantes internacionales, la política no especifica las características que conlleva este rol, así como tampoco las tareas que los/as mediadores/as interculturales deben cumplir en el sistema de salud. A esto se suma la carencia de evidencia tanto científica como técnica que permita avanzar en una definición estandarizada del perfil del mediador intercultural; así como la validación de esta figura tanto al interior de los equipos de salud como en las comunidades de migrantes internacionales. Asimismo, el grado de capacitación y formación que esta

figura debe tener, y su jerarquía dentro del sistema de salud; entre otros elementos que son centrales a la hora de oficializar este cargo en el sistema de salud.

Por otra parte, falta claridad respecto a los mecanismos de participación que serán promovidos desde la política de salud de migrantes internacionales, ya que por lo que se declara hasta la fecha las comunidades migrantes solo han ejercido un rol consultivo en la construcción de la política, pero no necesariamente resolutorio. Estas son transformaciones necesarias que llevar a cabo en la cultura nacional y de salud para el pleno ejercicio de una interculturalidad. De esta manera, si bien en la Política se declaran estrategias generales que se anclan en los principios de una interculturalidad en salud, no se establecen las prácticas específicas que se deben efectuar para lograr prestaciones con enfoque intercultural en salud.

Con esto, se corre el riesgo de que las acciones en salud con migrantes internacionales caigan en los mismos vicios que las experiencias de salud intercultural con pueblos originarios, llevando la interculturalidad en salud hacia una burocratización de su quehacer, más que hacia el ejercicio pleno de los derechos de todos y todas en materia de salud. Puntualizar estas aprehensiones no significa desmerecer los avances realizados en materia de salud y migración en el país hasta la fecha, sino detenernos y reflexionar en relación a las lecciones aprendidas como sociedad en esta materia, para evitar el riesgo de cometer los mismos errores y reproducir las relaciones jerárquicas y de poder propias del relato nacionalista hegemónico en las tentativas de interculturalidad en salud con población migrante internacional.

Para evitar caer en los mismos errores ya enunciados, y lograr el pleno desarrollo de una política intercultural en salud inclusiva de la diversidad, proponemos mirar la propuesta de Zapata-Barrero (32) en relación a los focos de intervención que debieran estar en la agenda política para lograr los fines antes planteados. Esto son: (i) Políticas interculturales con foco en la perspectiva social de la diversidad, las que tienen como propósito promover el contacto interpersonal, construcción de comunidad, y generar confianzas y entendimientos como mecanismo para mitigar las desigualdades sociales y derribar prejuicios, estereotipos e interpretaciones erróneas de los “otros”; (ii) Políticas interculturales con foco en las perspectiva política, las que tienen como propósito mejorar la estabilidad en sociedades constituidas desde la diversidad, velando por la sobrevivencia de la identidad nacional en paralelo al desarrollo de políticas de respeto hacia el derecho de las minorías; (iii) Políticas culturales de la diversidad, basada en la democratización de la cultura y la ciudadanía cultural, y tienen como propósito desarrollar el escenario social que propicie y motive la interacción entre las personas diversas, promoviendo la inclusión social y previniendo la segregación cultural y socioeconómica. De acuerdo con el autor, una mirada integral de la interculturalidad es aquella que entiende que las tres perspectivas enunciadas están interconectadas, y que las políticas interculturales deben abarcar los tres ámbitos de manera simultánea, aplicadas en diferentes momentos de acuerdo con los propósitos y necesidades específicas. De esta manera, la intersección entre tradición, cohesión e innovación cultural es el modelo que promueve el autor para el desarrollo efectivo de políticas interculturales (32).

Este modelo integral de interculturalidad propuesto por Zapata-Barrero plantea una serie de desafíos que pueden ser incorporados en los ámbitos de salud de la población migrante internacional en Chile. Permite generar una reflexión respecto a cuáles son los focos de atención en la Política de Salud de Migrantes Internacionales, e identificar aquellas dimensiones que no están siendo adecuadamente abordadas como puede ser, por ejemplo, la generación de espacios institucionales y sociales que promuevan el desarrollo y la innovación creativa para la población migrante en los ámbitos de salud.

Conclusión

En el capítulo se analizó la incorporación de la interculturalidad en salud dentro de los lineamientos básicos de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Se identifica la transversalización de este enfoque en la política, toda vez que está presente en las diversas propuestas teóricas, así como en los lineamientos estratégicos de ésta. La política de esta manera se constituye en una suerte de declaración formal de interés nacional en salud pública intercultural con foco en población migrante internacional. Lo que no se explicita en la política es el plan de acción concreto para materializar estos principios y no queden solo como un ideal a alcanzar. El enfoque de interculturalidad en salud que adopta la política tiene como antecedente la tradición que existe en el país en lo que respecta al desarrollo de la salud intercultural en el campo de la salud de los pueblos originarios de nuestro territorio. A partir

de esta experiencia existen una serie de aprendizajes que se espera la Política incorpore en su plan de acción, ya que de otro modo se corre el riesgo de repetir acciones que se han realizado a las políticas, planes y programas de salud intercultural implementados en el país y la región, las cuales han significado avances importantes en materia de interculturalidad en salud, pero a la vez han tenido a un proceso de burocratización de la salud intercultural, y la biomedicalización de los procesos interculturales.

Para enfrentar estos desafíos se propone analizar los modelos de gestión de la diversidad desde los cuales emanan las acciones implementadas, siendo conscientes que se está inserto en un contexto nacional donde ha primado un paradigma asimilacionista en lo que respecta a la concepción e integración de la diversidad, en este caso la migración internacional, construyendo al “otro” desde una mirada donde primar el miedo y la amenaza como estrategia de interacción social, y donde el imaginario social nacional mantiene el ideario blanco hegemónico como referente de ciudadanía. Generar cambios en esta materia resulta indispensable para la implementación de políticas interculturales reales en nuestra sociedad. Esto implica desafíos que trascienden las transformaciones que se pueden realizar dentro del sistema de salud, sino que también involucran cambios sociales y culturales de mayor escala, como son transformaciones en las normativas y estructuras del Estado (13). Esto conlleva el desafío no solo de instalar el enfoque de salud intercultural en el quehacer del sistema de salud, sino transversalizar un modelo de salud intercultural en todo el aparato estatal y en la cultura social.

Junto con lo anterior, resulta necesario potenciar enfoques y acciones que permitan superar las miradas que desde el multiculturalismo tienden a interpretar la diversidad solo en términos de origen, nacionalidad y cultura, propiciando enfoques culturalistas frente a la diversidad. El capítulo invita a enfrentar estos desafíos con el propósito de generar una cultura social en salud que apunte a la estabilidad, cohesión y un sentido de pertenencia en las poblaciones migrantes internacionales con relación a los ámbitos de salud. Para esto, se propone que las políticas interculturales incorporen de manera simultánea las perspectivas sociales, normativas y culturales involucradas en los procesos de interculturalidad, y que las comunidades migrantes tengan una participación real en dichos procesos en tanto agentes de promoción de la salud. Como resultado de todo esto se espera que la declaración formal de interés nacional en salud pública intercultural con foco en población migrante internacional que emana desde la Política se materialice e impacte positivamente en la salud de migrantes internacionales en el país, y no quede solo como un ideal a alcanzar. Para esto se requiere con urgencia de un plan de acción concreto que establezca metas claras con indicadores de verificación, lo cual permita dar cuenta del trabajo realizado, así como evaluaciones permanentes de este, aprendiendo de las experiencias y del trabajo acumulado.

El capítulo busca ser un aporte al quehacer de tomadores de decisión, autoridades nacionales y locales de salud, personal de salud, académicos y académicas de las áreas de las ciencias sociales, de la salud y disciplinas afines, así como a la sociedad civil que trabaja con población migrante internacional, y sobre todo para asociaciones de migrantes internacionales. El capítulo invita a todos ellos y ellas a reflexionar en torno a la instalación de la salud intercultural desde los marcos normativos en salud, los alcances que esto conlleva, así como los desafíos que implica que instalar una política de salud de migrantes internacionales desde un enfoque de interculturalidad en salud.

Recomendaciones

En base a los lineamientos estratégicos planteados en la Política, y tomando como base los enfoques transversales y principios rectores de la Política, se proponen las siguientes recomendaciones:

Marco normativo

- Revisión de las normativas en salud e incorporación del enfoque de salud intercultural en ellas, que permita la realización de acciones en salud intercultural con población migrante internacional que sean específicas y concretas, y culturalmente pertinentes en los diversos territorios a nivel nacional.

- Generar una guía conceptual y práctica sobre interculturalidad en salud con población migrante internacional para tomadores de decisión en salud y áreas afines, que sirva de base para la norma técnica en salud intercultural para migración internacional.

Accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud

- Generar estrategias comunicacionales a nivel central y en los territorios, con pertinencia cultural e involucrando a mediadores interculturales, que faciliten el acceso a salud a población migrante internacional en los diversos territorios del país.
- Generar un plan de acogida a nivel nacional, que tenga una representación en los Servicios de Salud y a nivel municipal, el cual tenga por objetivo ser una puerta de entrada para la integración de los y las migrantes internacionales al sistema de salud nacional, y detección de alteraciones para derivación temprana a especialidades, como por ejemplo salud mental.
- Cursos de capacitación dirigidos a trabajadores de la salud, de las ciencias sociales y otros profesionales y administrativos que formen parte de la red de atención de salud a nivel nacional.
- Creación del cargo de mediación intercultural en el sistema de salud, donde exista:
 - » Descripción de perfil del cargo de mediador/a intercultural;
 - » Descripción de las acciones específicas en salud que debe desarrollar el/la mediador intercultural;
 - » Descripción de las responsabilidades asociadas al cargo;
 - » Descripción de las jerarquías en salud y la inserción de la figura de mediadores dentro de dichas jerarquías.
- Capacitación y formación continua para mediadores interculturales.
- Creación de registro de mediadores interculturales a nivel nacional.

Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud

- Sensibilización y capacitación en interculturalidad y salud a los diversos Programas y Divisiones al interior de MINSAL y de SEREMIS de Salud a nivel nacional.

Referencias

1. Naciones Unidas. Migración [Internet]. 2018 [citado 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>
2. Naciones Unidas. Pacto Mundial sobre Migración: ¿a qué obliga y qué beneficios tiene? [Internet]. Noticias ONU. 2018 [citado 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447231>
3. Van Der Laet C. La migración como Determinante Social de la Salud. En: La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29–38.
4. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. Rev Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2020];54. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102020000100219&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Ministerio de Salud. Síntesis evidencia científica internacional parte 1. Acceso y uso de servicios de salud en población migrante internacional. Salud de personas migrantes Internacionales. Serie de reportes. 2018.
6. Luque JS, Soulen G, Davila CB, Cartmell K. Access to health care for uninsured Latina immigrants in South Carolina. BMC Health Serv Res. 02 de 2018;18(1):310.
7. Cabieses B, Alarcón A, Astorga S, Bernales M, Martínez F. Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. 757-13-LE17. 2018 [citado 27 de abril de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/2487>
8. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas; 2018.
9. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Políticas Saludables y Promoción. Política de salud de migrantes internacionales. Ministerio de Salud; 2017.
10. Concha NL, Mansilla MÁ. Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. Salud Colect. septiembre de 2017;13:507–20.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD55.R13. “La Salud de los Migrantes”. 2019.

12. Obach A, Bernaldes M, Cabieses B. Interculturalidad en salud de acuerdo a prácticas de medicinas indígenas y complementarias, y su introducción en el sistema de Salud Público en Chile: Hallazgos de un estudio etnográfico. *Rev Inst Salud Pública Chile* [Internet]. 29 de diciembre de 2017 [citado 24 de abril de 2020];1(1). Disponible en: <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/14>
13. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases. *Rev Méd Chile*. 2003;131:1061–5.
14. Martínez M, Larrea C. *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional*. Barcelona: Editorial UOC; 2010.
15. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social por parte de migrantes internacionales en Chile. En: *Vulnerabilidad social y su efecto en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 319–50.
16. Ministerio del Interior. DL-1094 [Internet]. *Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional*. 1975 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6483>
17. Sandoval R. Una política migratoria para un Chile cohesionado. En: *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Chile: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 39–50.
18. Torres Matus LR, Universidad Pontificia de Comillas. La integración de los migrantes en Chile. *Asimilación y retórica multiculturalista*. *Migr Int*. 1 de enero de 2019;10(0):1–22.
19. Pavez-Soto I. Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungará Arica*. diciembre de 2017;49(4):613–22.
20. Usallán Méndez L. El pluralismo cultural y la gestión política de la inmigración en Chile: ¿ausencia de un modelo? *Polis Santiago*. diciembre de 2015;14(42):277–302.
21. Cabieses B, Bernaldes M, Chepo M, Escobar MT, Bersano P. Proyecto Piloto. Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo, Dirección de Atención Primaria de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago; 2017.
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento de Orientación sobre Migración y Salud. 2019.
23. Organization WH. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2005 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43168>
24. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc*. 2013;22(2):283–97.
25. Nieto C, Rojas Pedemonte, N, y Koehlin, J. (2017). Migración Haitiana hacia el Sur Andino [Internet]. Universidad Pontificia Comillas; 2017 [citado 17 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6246877>
26. Cabieses B, Pickett K, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. - PubMed - NCBI. *BMC Public Health*. noviembre de 2012;21(12):1013.
27. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing Sociodemographic Factors Associated with Disability between Immigrants and the Chilean-Born: Are There Different Stories to Tell? *Int J Environ Res Public Health*. diciembre de 2012;9(12):4403–32.
28. Wilkinson R, Pickett K, Vidal L. *Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications; 2009.
29. Chepo M, Cabieses BB. Condiciones sociales de niños migrantes internacionales en Chile: Análisis CASEN 2017. *Medwave* [Internet]. 15 de marzo de 2019 [citado 27 de abril de 2020];19(SA). Disponible en: <http://link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/sp2018/MigMovilRefug/SP79.act>
30. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados encuesta CASEN 2017 [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
31. Carrasco I, Suárez JI. Migración internacional e inclusión en América Latina: Análisis en los países de destino mediante encuestas de hogares [Internet]. CEPAL, Naciones Unidas; 2018 [citado 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43947-migracion-internacional-inclusion-america-latina-analisis-paises-destino>
32. Zapata-Becero R. Interculturalism: main hypothesis, theories and strands. En: *Interculturalism in Cities Concept, Policy and Implementation*. Massachusetts USA. Edward Elgar Publishing; 2015. p. 3–19.
33. Carreño A, Obach A, Pérez C. Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuad Méd Soc Chile*. 2018;58(4):7–17.
34. Daguerre P, Falco P, Alonso P, Gimenez C, Sayegh FC, Sanz A, et al. Salud e interculturalidad; un estudio en una población migrante en mendoza. *Rev Médica Univ* [Internet]. 2014 [citado 16 de abril de 2020];10(1). Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=5878>
35. Gil García F, Vincente San Martín P. Medicinas y cuerpos en América Latina. Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad [Internet]. Abya Yala. Quito Ecuador; 2017 [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/33553315/MEDICINAS_Y_CUERPOS_EN_AMERICA_LATINA_Debates_antropologicos_desde_la_salud_y_la_interculturalidad
36. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. abril de 2014;35:284–90.
37. Quijano, A. Colonialidad del poder: Cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*, 51(24), 1999:137-148. <https://www.jstor.org/stable/41491587>
38. Barandiarán, J. Researching race in Chile. *Latin American Research Review*, 47(1), m2012:161–176. <https://doi.org/10.1353/lar.2012.0007>
39. Gaune, R. y Lara, M. (Eds.) *Historias de racismo y discriminación en Chile*. UQBAR, 2009.
40. Walsh, S. The Chilean exception: Racial homogeneity, mestizaje and eugenic nationalism. *Journal of Iberian and Latin American Studies*, 25(1), 2019:105–125. <https://doi.org/10.1080/14701847.2019.1579499>
41. Stefoni, C. y Corvalán, J. Estado del arte sobre inserción de niños y niñas migrantes en el sistema escolar chileno. *Estudios Pedagógicos*, 45(3), 2019:201-215. doi: 10.4067/S0718-07052019000300201.
42. Citarella L, Oyarce AM, Vidal A, Espinoza B, Jelves I, Conejeros AM, et al. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago, Chile: Pehuén Editores; 2000.
43. Oyarce AM. Política intercultural en salud: elementos de una propuesta. En: *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS-OMS; 1998. p. 54–62.
44. Ministerio de Salud, División de políticas saludables y promoción. Departamento promoción de salud y participación ciudadana. *La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena : Estudio de derecho comparado en cinco países de América*. Chile: Ministerio de Salud; 2006.
45. Comelles J. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XX. En: *Salud e interculturalidad en América Latina*. 1a ed. Quito Ecuador: Abya Yala; 2004. p. 31–52.
46. Obach A. Vulnerabilidad social y Salud en Pueblos Indígenas. En: *Vulnerabilidad social y su efecto en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 349–68.
47. Comelles J, Martínez A. *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema; 1993.
48. Boccara GB. Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará Arica*. diciembre de 2007;39(2):185–207.
49. Bolados P. Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará Rev Antropol Chil*. 2012;
50. Walsh C. Interculturalidad y (de) colonialidad: perspectivas críticas y políticas. *Visao Glob Joacaba*. 2012;15(1–2).
51. Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. marzo de 2010;27(1):94–101.
52. Flores Martos JA. Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGDN con proyectos de salud en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [Internet]. 31 de marzo de 2011 [citado 16 de abril de 2020]; Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/61232>
53. Dietz G. Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles Educ*. 2017;39(156):192–207.
54. Olmos Alcaraz A, Contini P, Olmos Alcaraz A, Contini P. Las ausencias del paradigma intercultural en España en contextos urbanos multiculturales. *Rev Mex Sociol*. diciembre de 2016;78(4):685–711.

55. Ministerio de Salud. Salud del Inmigrante. 2019.
56. Barabas AM. Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Config Rev Sociol.* 1 de diciembre de 2014;(14):11-24.
57. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública.* marzo de 2013;33:223-9.
58. Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. *Migr Publ Inst Univ Estud Sobre Migr.* 1997;(2):125-59.
59. Baird M. Lessons learned from translators and interpreters from the Dinka tribe of southern Sudan. - Abstract - Europe PMC. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc.* 2012;22(2):116-21.
60. Morina N, Maier T, Schmid Mast M. Lost in Translation? - Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010;60(3-4):104-10.
61. Zendedel R, Schouten B, van Weert J, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. - PubMed - NCBI. junio de 2016;99(6):1-7.

Anexos

Anexo 1: Resumen enfoques transversales Política de Salud de Migrantes Internacionales

Enfoque	Definición
Derechos humanos	"Es un marco conceptual para el desarrollo humano, basado en la dignidad intrínseca de todos los seres humanos. Se encuentra consagrado en normas internacionales que gozan de protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes y obligados de: respetar, absteniéndose de intervenir en el disfrute del derecho, proteger, adoptando medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho y cumplir, incorporándolos en su legislación y adoptando medidas positivas para dar plena efectividad del derecho [...] cuyo objeto, es propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias, que se traducen en barreras de acceso para que las personas migrantes y sus familias puedan ejercer efectivamente el derecho a la salud". (9) (pág. 22).
Determinantes sociales de la salud	"Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, y estas están definidas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiendo además de los sistemas políticos adoptados por los países [...] reúne los siguientes objetivos: (i) aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en la salud; (ii) establecer las formas en que diferentes factores determinantes se relacionan; (iii) establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas; y (iv) generar un mapa identificando claramente los lugares y niveles de acción e intervención en una población" (9) (pág.24).
Género	"Se resume en un conjunto de prescripciones sociales que construyen un orden de, para y entre lo masculino y lo femenino. Se dice entonces que el género es la construcción social del sexo, pues de acuerdo con este último, socialmente se determina un modo de ser y estar en el mundo, distinto para hombres y mujeres. [...] Desde esta perspectiva gran parte de las distinciones que se registran están ancladas en desigualdades, no de origen biológico sino social, y no son producto del azar, sino de lo que socialmente se construye en torno al hecho de ser hombres y mujeres en una sociedad y un momento histórico determinado" (9) (pág. 25).
Interculturalidad	"Una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a la hora de desarrollar acciones en relación con otro, indígena o extranjero en este caso, que tiene sus propias particularidades, como un espacio de aprendizaje común" (9) (pág. 27).
Curso de vida	"Secuencia de eventos y roles socialmente definidos, por lo que, un individuo transcurre a través del tiempo" [...] interpreta fundamentalmente cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones" (9) (pág. 28).

Territorialidad	“El territorio es una construcción histórica de apropiación de un espacio dotado de recursos, donde se cimienta la base para la construcción de redes comunitarias, sociodemográficas e institucionales particulares. En este proceso de construcción del territorio se establecen culturas y tradiciones, las cuales son el soporte de la identidad y territorialidad, y es en este espacio donde interactúan dimensiones de la vida social [...] En este espacio físico y simbólico que es el territorio, la población cuenta con determinadas condiciones de salud, donde las características físicas de su entorno forman parte de los elementos que interviene” (9) (pág. 29).
-----------------	---

Anexo 2: Resumen principios rectores Política de Salud de Migrantes Internacionales

Principio rector	Definición
Participación ciudadana	“El derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional, sin efectuar distinciones entre personas nacionales o extranjeras, por lo que debemos entender que se refiere a todas” (9) (pág. 30).
Equidad	“La equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales como la nacionalidad o la situación migratoria, complementando el enfoque de determinantes sociales de la salud”(9) (pág. 31).
Ética y bioética	“El respeto a todo ser humano, a sus derechos y su dignidad intrínseca [...] “objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes, pero muchos de los problemas ético- clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud – paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud” (9) (pág. 31).
Igualdad y no discriminación	“No puede existir una distinción, exclusión, restricción o preferencia que menoscabe el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas basado en motivos como por ejemplo la raza, el color, el idioma, el origen nacional y otros” (9) (pág. 32).
Integralidad (intersectorialidad e integralidad en salud)	“El abordaje de la integralidad encuentra sus posibilidades en el concepto de intersectorialidad, al convocar variadas instituciones de distintos sectores y áreas de conocimientos, que permiten responder a la multicausalidad de los complejos problemas sociales” de manera más adecuada, como los asociados a la migración y a sus complejos procesos de exclusión, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas migrantes” (9) (pág. 32).
Cohesión social	“El grado de consenso de los miembros de un grupo sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común. La cohesión social se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad, bajo el supuesto que en el caso de los migrantes internacionales esto significa valoración y respeto, no integración con asimilación” (9) (pág. 33).
Calidad	“La atención general de salud de la población, con sus características que les son propias, de competencia técnica, seguridad, eficacia, eficiencia, e infraestructura adecuada y, además, con especial énfasis, en el acceso a las prestaciones, en la oportunidad y en la continuidad en la atención, con procesos de evaluación permanentes y en un contexto de mejoramiento continuo” (9) (pág. 34).
Universalidad	“Todas las personas deben participar de los beneficios del sistema de salud, en la mirada de avanzar progresivamente en el acceso universal y cobertura universal de salud. Este principio no reduce la salud a un bien de consumo que sólo algunos pueden acceder, discriminando por clases sociales. Lo plantea como parte de la seguridad social, que es proteger al ser humano, dentro de una determinada colectividad social, constituyéndose en un derecho público” (9) (pág. 34).

Lineamientos estratégicos	Definición
Armonización y adecuación del marco normativo	“Es una revisión y adecuación en otras normativas que fueron desarrolladas en otro contexto social y demográfico donde la migración internacional no tenía la importancia que hoy tiene en nuestro país”. Esto incluye: revisión de normas, medidas y reglamentos, auditorías a Establecimientos de salud y SEREMI (9) (pág. 37).
Sistema sensible a las personas: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud	“Los aspectos más importantes en el eje de acción de accesibilidad están asociados a las dimensiones de información y no discriminación” Esto incluye: difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud y formación sobre migración y salud. El eje de aceptabilidad se define como “Las acciones para avanzar en aceptabilidad en el derecho a la salud de los migrantes están orientadas principalmente a los servicios y prestaciones de salud, en este contexto a la consideración de aspectos culturales y a la relación que se establece entre las personas migrantes y el sistema de salud”. Esto se refiere al “desarrollo e implementación de un instrumento de estándar de equidad en salud con enfoque intercultural para los establecimientos e instituciones de salud” (9) (pág. 38).
Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial	“Abordaje integral que considere el ciclo migratorio, los determinantes sociales de la salud y el sistema de salud como parte importante de estos últimos. El abordaje de la integralidad debe hacerse desde el enfoque territorial que permite relevar las particularidades de migración a nivel local y su impacto en la salud”. Esto incluye intersectorialidad e integralidad Sectorial: RISS y Modelo Integral de Salud” (9) (pág. 40).
Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud	“Corresponde a la necesidad de adaptación y fortalecimiento de programas e intervenciones, desde la función rectora, para poder dar una respuesta integral a las necesidades de las personas migrantes, pero también desde una mirada de salud pública, considerándolas en el diseño de intervenciones, en la reducción de los riesgos para la salud a los que están expuestos, como parte de la implementación de la cobertura universal” (9) (pág. 42).
Monitoreo, seguimiento e información en salud	“La información sobre la salud de los migrantes en Chile es escasa [...] Para abordar las desigualdades en salud en esta población es fundamental medir la magnitud de esta realidad, identificar brechas, evaluar las intervenciones e identificar las buenas prácticas/ experiencias significativas, avanzar en investigación y capacitar al personal en materia de determinantes sociales de la salud” (9) (pág. 42).
Trabajo, salud y migración	“En concordancia con el principio de integralidad y el concepto de Salud en Todas las Políticas y alineado con la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (PNSST)” se plantea: prevención de riesgos y difusión de derechos para las personas migrantes y vigilancia y fiscalización” (9) (pág. 43).
Comunicación y desarrollo de acciones en contra de la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes	“La salud es una construcción colectiva y deben desarrollarse acciones que disminuyan la xenofobia y la estigmatización que generan vulnerabilidad, para aportar a la integración de esta población en sus comunidades”. Esto incluye: promoción de la Salud, participación social y empoderamiento en salud y estrategias comunicacionales. (9) (pág. 44).



SECTOR
NARANJO

SECTOR
AZUL

Exige tus derechos

tus deberes



CAPITULO 11

Programa acceso a la atención de salud a personas migrantes internacionales: la experiencia de la atención primaria en Chile

Báltica Cabieses. Enfermera-matrona, epidemióloga social PhD, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl

En conciencia de procesos globales de flujos migratorios crecientes para Chile, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios y su Estrategia Nacional de Salud vigente del periodo 2011-2020 manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales. Dicho Plan Piloto tuvo como intervención principal el Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS (Atención Primaria en Salud). Este capítulo tiene como propósito dar a conocer en detalle y a cinco años de su gestación, el Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS, intentando reconocer adecuadamente sus diferentes momentos, aprendizajes y desafíos pendientes. El propósito de este programa es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos. Se recogieron los principales enfoques y orientaciones que estuviesen disponibles para ir construyendo un documento sólido y completo, que permitiese entregar el mayor detalle posible sobre este programa de cinco años de historia en nuestro país, así como informar elementos esenciales para países que quisiesen adaptar y replicar el programa en su conjunto o algunos de sus componentes principales. Se reconoce que este programa ha sido recibido de manera favorable por un amplio rango de equipos de salud de atención primaria en el territorio y que resulta una valiosa oportunidad para visibilizar poblaciones migrantes de diverso origen y perfil en comunas y regiones. La autoridad sanitaria ha construido un esfuerzo sostenido para el crecimiento de esta intervención, que parece consolidarse el 2020 con un salto de mayor cobertura. En paralelo, se identifican igualmente algunos desafíos y tensiones que se vuelven reales solo en la medida que este programa avanza y se consolida en territorios y equipos de salud que son diversos y tienen realidades particulares. Varias de las tensiones y desafíos descritos esperan ser resueltos en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, que se encuentra en elaboración desde el lanzamiento oficial de la política en octubre del 2017.

Palabras clave: acceso a la salud, nivel primario de atención de salud, migrantes internacionales, programa de salud.

Abstract

Recognizing the growing global migratory flows for Chile, the National Health Plan for Health Objectives and its National Health Strategy for the period 2011-2020 shows the importance of explicitly considering health goals for international migrant populations. With this precedent, in 2015 began the design and implementation of a Pilot Health Plan for International Migrants, which was carried out in 2016 and 2017 and gave way to the draft of the Health Policy for International Migrants. Said pilot plan had its center in the Access to Health Care for International Migrants in PHC (Primary Health Care) program. This chapter aims to show in detail, and five years after its gestation, the Access to Health Care for International Migrants in PHC program, trying to adequately recognize its different times, learnings and pending challenges. The purpose of this program is to contribute to the formulation of an articulated and specific response for the migrant population, guaranteeing their access to comprehensive health care and promoting equity within a frame of respect to national and international legislation related to migrants and human rights. We collected the main approaches and guidelines that were available to build a solid and complete document, allowing us to provide as much detail as possible about this five-year program in our country, as well as inform essential elements for countries that wanted to adapt and replicate the program as a whole or some of its main components. This program has been favorably received by a wide range of primary healthcare teams in the territory, it is a valuable opportunity to make visible migrant populations of diverse origin and profiles in communes and regions. The health authority has built a sustained effort for the growth of this program that seems to consolidate in 2020 with a jump of greater coverage. In parallel, some challenges and tensions are also identified and are recognized as this program progresses and is consolidated in territories and health teams that are diverse and have particular realities. Several of the challenges and tensions described here are waiting to be resolved in the Action Plan of the National Health Policy for International Migrants, which has been in preparation since the official launch of the policy in October 2017.

Keywords: access to health, primary level of health care, international migrants, health program

La atención primaria es un componente fundamental del sistema de salud de muchos países del mundo. En Chile, este corresponde a un elemento central de la propuesta de redes asistenciales integradas, aportando de manera sustancial al fortalecimiento global del sistema de salud. Se preocupa principalmente de promover la salud y prevenir que las personas se enfermen. La Atención Primaria de Salud (APS), representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público. Su objetivo es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, anticipándose a la enfermedad. Existen distintos tipos de establecimientos de APS en Chile, con diferencias en tamaño, capacidad, complejidad y función, y que se describen en la Tabla 1.

La APS en Chile se sustenta bajo dos modelos. El primero es el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que es un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y la comunidad. El segundo es el concepto de Redes Integradas de Servicio de Salud de la OMS (1), donde la Atención Primaria se constituye en el nivel de atención que cubre a toda la población siendo la instancia del sistema que integra, coordina y satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población a cargo.

Modelo de Atención Integral de Salud

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias, que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud (2).

El Modelo de Atención Integral de Salud fue definido el 2005 por el Ministerio de Salud como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (3). De acuerdo con el Manual de Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (2013) (4), si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud en Chile que se implementó el 2005 con un foco importante en equidad en salud, y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, este manual identificó la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así como el Modelo de Atención Integral de Salud, fue conceptualizado el 2013 de la siguiente forma:

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos

nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros). Los tres principios irrenunciables de este Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria corresponden a: centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado (5).

Para hacer realidad los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, los equipos de Atención Primaria deben definir su población a cargo, entendida como las personas beneficiarias con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud. Dentro de las características de su población a cargo, se incluye de manera explícita la dimensión de interculturalidad en salud y que a su vez forma parte de la Política de Salud y Pueblos Indígenas (6).

Redes Integradas de Servicio de Salud

La APS es la responsable de coordinar la continuidad de la atención en la red; con énfasis en su integralidad y con un enfoque preventivo y promocional, de anticipación al daño. Este principio fundamental debe traducirse en las medidas de coordinación administrativas, de recurso humanos y financieros pertinentes en cada red asistencial, que permitan consolidar los avances en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud de manera transversal. Un sistema de salud integrado se define como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para otorgar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. Desde esta definición, el enfoque poblacional y territorial es un elemento central para lograr la integración, en que la participación de la comunidad es fundamental en las etapas de diagnóstico, planes de acción y rendición de cuentas. De esta forma, el verdadero impacto de la atención primaria de salud dependerá del grado de articulación efectiva que exista en el trabajo en red, con integración y cooperación de los diferentes nodos y niveles, y considerando las características culturales, sociales, epidemiológicas y geográficas propias de cada red asistencial (7).

En este marco, cada año se redactan nuevas Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Siendo éste un Programa de APS, da un soporte de bases conceptuales, de integración de la red asistencial, acerca de la implementación del modelo de atención y elementos para la planificación y programación. De esta forma, se apoya a los equipos de salud para que los Programas de Salud estén al servicio de las Redes Integradas de los Servicios de Salud y no como entes apartes y fragmentados, desarticulados y poniendo en riesgo en enfoque de integración que propicia la ejecución efectiva del modelo de atención de salud integral. La orientación más reciente 2020 tiene por objetivo poner a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones técnicas que, en consistencia con las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación (8).

De esta forma, se busca optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial. Esta gestión fortalece la Atención Primaria, de tal forma que mejora el acceso y otorga satisfacción a las necesidades de salud de la población, de acuerdo con el marco normativo vigente, como así también, incluye actividades de salud que se ejecutan en la red sanitaria y que forman parte de los planes nacionales de salud mental, cáncer, obesidad y envejecimiento. La Programación en Red para el año 2020, recoge algunos desafíos fundamentales (8):

- Considerar la salud desde la perspectiva de curso de vida, con estándares de seguridad y calidad en la atención de salud.
- Incorporar una visión a corto plazo, a través de la Programación anual de la Red; y de mediano y largo plazo, mediante una Planificación de la Red Asistencial.
- Integrar las acciones del sector salud con las del intersector tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
- A partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los

Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década.

- Implementar una nueva estrategia de atención para pacientes con múltiples patologías crónicas, la cual aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo esto, en el marco de responder a las necesidades que genera la cronicidad en las personas, sus cuidadores, equipo de salud y población en general.

La APS y procesos migratorios recientes

La APS se ha visto desafiada en las últimas décadas por el aumento de personas migrantes internacionales, que especialmente en los últimos cinco años ha generado un cambio en el perfil demográfico, social y cultural de la población en muchas comunas del territorio nacional. Si bien la historia de Chile está marcada por flujos migratorios internos y externos, es posible identificar un aumento sostenido en la curva de ingreso de personas extranjeras desde la década de 1990, convirtiéndose paulatinamente en un país de destino de migración en el contexto latinoamericano.

Según el estudio efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (DEM) publicado en febrero de 2019, se estimaron 1.251.225 personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018, lo que representa aproximadamente un 7% de la población nacional. De esta cifra, 646.128 son hombres y 605.097 son mujeres. Cerca del 60% de la población estimada se concentra entre los 20 y 39 años. El grupo etario de 0 a 19 años corresponde a 183.315, equivalente al 14,7% de la población migrante. En relación con las personas estimadas según país de nacimiento, se puede observar que la comunidad más prevalente es la venezolana con 288.233 personas, seguida por la peruana con 223.923 personas, la haitiana con 179.338 y la colombiana con 146.582 personas. En cuanto a la distribución territorial, las tres regiones con el mayor porcentaje de personas extranjeras residentes habituales, son la Región Metropolitana, que concentra el 63,1% de los extranjeros residentes en el país, seguida por la Región de Antofagasta, con un 7,1% y la de Valparaíso, con un 6,4%. Por su parte, las regiones del norte del país: Tarapacá, Antofagasta y Arica, son las regiones donde la población extranjera tiene un peso mayor sobre el total poblacional regional, con 16,9%, 13,6% y 10,4% respectivamente (9).

El Ministerio de Salud, comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas. Progresivamente se ha ido avanzando en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa, ha significado la ampliación gradual de derechos de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctima de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros.

En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (10) y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (11) del Ministerio de Salud manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N°5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando Salud Intercultural, Equidad de Género, Salud para Inmigrantes y Salud para Personas Privadas de Libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales. Tanto el plan piloto como la política tienen como uno de sus ejes el acortar brechas de acceso formal al sistema de salud público chileno, siendo uno de sus programas principales el Programa Acceso a la Atención de Salud de personas Migrantes Internacionales, y del cual este capítulo tratará en detalle, a cinco años de su gestación e intentando reconocer adecuadamente sus diferentes momentos, aprendizajes y desafíos pendientes.

Tabla 1: Tipos de establecimientos de salud existentes en APS en Chile

Establecimientos de Atención Primaria	Centro de Salud Familiar (CESFAM)	Los CESFAM son centros que brindan los cuidados básicos que necesita la población, acompañando a las familias en los procesos de salud y de enfermedad, desde la gestación y durante todo el ciclo vital. En ellos, se entrega atención ambulatoria a unas 30 mil personas, incluyendo prestaciones como consultas, controles, tratamientos, curaciones, rehabilitación e incluso cuidados en los propios domicilios de las personas.
	Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	Los CECOSF son dispositivos que se encuentran insertos en un territorio determinado y muy cerca de la comunidad, atendiendo hasta 5 mil usuarios. Su propósito es mantener la salud de la población a través de acciones promocionales y preventivas. Todo ello, con un enfoque familiar y comunitario, que busca resolver los problemas de salud en conjunto con las personas.
	Postas de Salud Rural (PSR)	Brinda atención que cubre las necesidades de salud de sectores de población rural. Preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad. Cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata.
	Estaciones Médico Rurales (EMR)	Las EMR son espacios físicos para atención de salud, cedidos por la comunidad y que no cuentan con auxiliar permanente. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de una Posta de Salud Rural en sistemas de rondas mensuales o bisemanales.
Establecimientos Atención Primaria de Urgencia	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Los SAPU atienden urgencias de menor complejidad que los hospitales, siendo el primer contacto que tiene el sistema de salud con las emergencias de la población. Estos dispositivos acercan la atención de urgencia a la comunidad y trabajan de manera coordinada con los hospitales.
	Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	Los SAR son SAPU de Alta Resolutividad, que entregan atención de urgencia con mayor capacidad de respuesta, incorporando la toma de exámenes de laboratorio, mayor dotación de personal, imagenología y telemedicina. La atención de estos dispositivos se basa en la continuidad, trabajando de manera conjunta con los centros de salud y los hospitales.
Otros Establecimientos	Hospitales Comunitarios	Los hospitales comunitarios también forman parte de la APS y brindan atenciones ambulatorias, de urgencia y domiciliarias, además de servicios de hospitalización, trabajando de la mano de la comunidad para responder a sus necesidades. Estos establecimientos se centran en un Modelo de Atención Integral, que busca prevenir las enfermedades de la población.

Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una búsqueda de documentos en el sitio Web oficial del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Salud y de organismos de salud internacionales como la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Además, se realizaron múltiples consultas al referente de salud de migrantes internacionales de la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de Salud de Chile, quien facilitó material adicional y apoyó ampliamente en la resolución de dudas específicas. También se consideró el reporte de resultados del estudio de Licitación Pública de Sistematización y Evaluación del Plan Piloto de Salud de Migrantes de dicho ministerio y que fue ejecutado por el Programa de Estudios Sociales en Salud (ICIM, Universidad del Desarrollo) en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Todo este material fue revisado y organizado conforme a una pauta pre-diseñada que facilitó la extracción de información. La pauta de extracción estaba orientada a una detallada descripción de este programa de atención a poblaciones migrantes internacionales en el nivel primario en Chile, indicando las siguientes dimensiones:

- Contexto general del país en la situación de acceso a salud de parte de personas migrantes internacionales
- Definición de interculturalidad en salud en el marco de la APS y de este programa
- Propósito y objetivos del programa
- Componentes, líneas o acciones estratégicas
- Fuentes de financiamiento
- Formas de medición de resultados esperados e indicadores concretos
- Evaluación del programa
- Aprendizajes y desafíos pendientes

Se recogieron los principales, enfoques, modelos conceptuales y orientaciones que estuviesen disponibles para ir construyendo un documento sólido y completo, que permitiese entregar el mayor detalle posible sobre este programa de cinco años de historia en nuestro país, así como informar elementos esenciales para países que quisiesen adaptar y replicar el programa en su conjunto o algunos de sus componentes principales.

Contexto general de este programa desde el marco de acceso y de interculturalidad en salud

Brechas de acceso al sistema de salud formal en poblaciones migrantes internacionales en Chile

En el marco de la preocupación por la situación de acceso a la salud de los migrantes, se han desarrollado una serie de iniciativas, aunque aún persisten insuficiencias. Desde el Ministerio de Salud y del Ministerio del Interior, se han tomado medidas administrativas para ampliar el acceso a la atención. Respecto a las mujeres embarazadas en situación migratoria irregular, rige el oficio circular N° 1.179 de 2003 y el oficio circular N° 6.232 de 2007 del jefe del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior, que establece que se les brindará visa de residencia temporaria, si es que se controlan en el respectivo centro de salud. En caso de urgencia vital, los extranjeros, sin importar su situación migratoria, tendrán acceso a la atención de urgencia. Las inmunizaciones y tratamiento de enfermedades transmisibles se brindarán a toda la población, indistintamente de su situación migratoria (12).

Por otra parte, el decreto supremo N° 67, de 2016, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, incorpora a la persona migrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos, en relación al artículo 5° del decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, que establece los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud. Finalmente, y como ya se ha señalado, en el año 2017 el Ministerio de Salud dictó la resolución exenta N° 1.308 que aprueba la Política de Salud de Migrantes Internacionales, la que constituye el marco general del trabajo que hoy se desarrolla en materia de salud en relación con la población migrante. No obstante, aún persisten barreras de tipo cultural, lingüístico y existe información insuficiente y desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en la población migrante. Estas barreras justifican la implementación de acciones afirmativas, pertinentes a las realidades locales, basadas en el Modelo de Atención Primaria y en el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

La evidencia nacional da cuenta de brechas de acceso (inscripción formal a algún tipo de previsión de salud) entre población migrante internacional y chilena, situando a personas migrantes en una situación de desventaja sistemática. De ello da cuenta la Tabla 2, señalando que para el año 2017, año en que la política nacional de salud personas migrantes internacionales fue lanzada, habitaban en nuestro territorio al menos un 19% de personas migrantes que reportaban no tener o no saber si contaban con algún tipo de protección previsional de salud. Para el año 2015, año en que el plan piloto fue diseñado, este porcentaje correspondía a un 17,5%. Esta evidencia fundamenta y subraya la importancia de establecer estrategias y acciones concretas que permitan acortar brechas

formales de acceso al sistema de salud en Chile, como medida esencial para un uso efectivo de prestaciones de salud disponibles para toda la población que lo requiera en nuestro país.

La Tabla 3 a continuación excluye a los que “no saben” quedando el porcentaje de personas migrantes internacionales sin previsión en un 16%. El análisis de la encuesta CASEN 2017 de Cabieses y Oyarte (2020) sugiere que, tanto a largo como a corto plazo, personas migrantes internacionales presentaron una menor necesidad sentida en salud que los nacidos en Chile. A corto plazo, en inmigrantes un 15,12% (n=116.187) del total de la población reportó enfermedad o accidente en los 3 meses previos a la encuesta (vs 20,16% en chilenos). De estos 9,35 de cada 100 (n=10.720) no consultaron y 1,67 de cada 100 (n=1.904) no lograron satisfacer su necesidad en salud, al no consultar por motivos ajenos a su voluntad. En chilenos estos valores corresponden a 6,14 x100 y 0,71 x100, respectivamente, siendo significativamente menores que en personas migrantes internacionales. Por el contrario, migrantes internacionales y chilenos reportaron una proporción de similar de presencia de problemas durante la consulta (barreras de acceso), aproximadamente un 25% del total de consultantes por necesidades a corto plazo (25.179 inmigrantes, 774.792 chilenos).

A largo plazo, un 9,65% (n=74.216) de los migrantes internacionales se encontraba en tratamiento médico por alguna enfermedad durante el año previo a la encuesta (vs 26,25% en chilenos), de los cuales el 44,45% (n=32.987) era por otra condición de salud distinta a las 20 principales patologías AUGE-GES consultadas (garantías explícitas en salud, más de 80 patologías de amplia cobertura efectiva en el país), mientras que en nacidos en Chile este porcentaje corresponde al 27,21%. Análogo a lo ocurrido con las necesidades a corto plazo, los migrantes internacionales reportaron significativamente una mayor proporción de no cobertura (44,57% inmigrantes, 15,24% chilenos) y necesidades no satisfechas (15,05% inmigrantes, 3,20% chilenos), siendo específicamente 2,9 y 4,7 veces mayor en inmigrantes que en chilenos respectivamente.

Tabla 2: Tipo de previsión en población nacional y población migrante internacional en Chile, de acuerdo con el análisis repetido de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN.

	CASEN 2013		CASEN 2015		CASEN 2017	
	Población local Proporción IC al 95%	Población inmigrante Proporción IC al 95%	Población local Proporción IC al 95%	Población inmigrante Proporción IC al 95%	Población local Proporción IC al 95%	Población inmigrante Proporción IC al 95%
No sabe/ No tiene	2,5 (2,3-2,8)	8,9 (7,3-10,8)*	4,4 (4,2-4,6)	17,5 (14,4-21,1)*	4,2 (3,9-4,3)	18,6 (16,2-21,3)*
Público (FONASA)	78,6 (77,7-79,4)	68,7 (63,9-73,1)*	77,7 (76,8-78,5)	62,0 (57,5-66,4)*	78,7 (77,8-79,5)	65,1 (61,4-68,8)*
Privado (ISAPRE)	14,1 (13,4-14,9)	18,1 (14,7-21,9)*	15,0 (14,3-15,8)	17,6 (14,4-21,2)*	14,4 (13,6-15,1)	14,7 (12,1-17,6)*
Otro	2,9 (2,8-3,2)	2,3 (1,5 - 3,5)*	2,9 (2,7-3,2)	2,9 (1,8-4,7)*	2,8 (2,5-3,1)	1,6 (1,1-2,3)*

	CASEN 2020	
	Población local (% y IC95%)	Población inmigrante (% y IC95%)
No sabe/ No tiene	4,86% (4,7% - 5,1%)	12,21% (10,9% - 13,7%)
Público (Fonasa)	76,74% (75,9% - 77,5%)	74,52% (71,9% - 77,0%)
Privado (Isapre)	15,74% (15,0% - 16,5%)	11,86% (10,1% - 13,9%)
Otro y FFAA	2,66% (2,5% - 2,8%)	1,41% (1,1% - 1,8%)

* Denota diferencias estadísticamente significativas al 95% al comparar para cada año población inmigrante y población local. Fuente: B Cabieses, et al. 2019 (13)

Tabla 3: Esquema de necesidad sentida en salud a largo plazo, expresión de demanda, cobertura por el sistema AUJE-GES y satisfacción de necesidad sentida. CASEN 2017

	Inmigrante		Nacido en Chile		Razón Inmigrante: Chileno	
	cantidad	indicador	cantidad	indicador		
Sin previsión de salud	123.013	16,28	378.239	2,29	7,1	*
Necesidad sentida (Corto plazo)	116.187	15,12	3.361.433	20,16	0,8	*
Demanda no expresada	10.720	9,35	203.530	6,14	1,5	*
Motivos de no consulta:						
Voluntaria	8.042	80,86	158.604	87,12	0,9	
Involuntaria	1.904	19,14	23.449	12,88	1,5	
Necesidad no satisfecha	1.904	1,67	23.449	0,71	2,4	*
Barreras de acceso	25.179	24,75	774.792	25,39	1,0	
Problemas para:						
Llegar a la consulta	4.105	4,02	218.147	7,14	0,6	*
Conseguir una cita/atención	14.724	14,43	390.782	12,80	1,1	
Ser atendido en el establecimiento	13.186	12,96	501.580	16,42	0,8	
Pagar por la atención	5.585	5,47	171.711	5,62	1,0	
Entrega de medicamentos	7.403	7,47	227.843	7,25	1,0	
Necesidad sentida (Largo plazo)	74.216	9,65	4.374.959	26,25	0,4	*
No cobertura	16.878	44,57	450.398	15,24	2,9	*
Motivos de no consulta:						
Voluntaria	6.974	44,16	230.410	55,29	0,8	
Otra razón, no especificada	3.865	24,47	96.017	23,04	1,1	
Involuntaria	4.953	31,36	90.330	21,68	1,4	
Necesidad no satisfecha	4.953	15,05	90.330	3,2	4,7	*

* Indicador no independiente de la condición de inmigrante ($\alpha=0,05$). Test F, corrección de segundo orden Rao y Scott. Fuente: Cabieses y Oyarte, 2020 (14).

APS e interculturalidad en salud desde el Ministerio de Salud

Dentro de las dimensiones esenciales a considerar respecto de la población a cargo en el nivel primario de atención en salud, está la dimensión explícita de interculturalidad en salud. La incorporación del enfoque intercultural en las acciones de salud de la Red Asistencial es un proceso que comenzó en la Región de la Araucanía por el año 1996 y que se vio fuertemente respaldado con la Reforma del Sector que data del año 2005. La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran (8).

Para el Modelo de Atención Integral de Salud, así como para el conjunto de las áreas de la reforma, hay principios orientadores como la equidad y la participación social. Este modelo está orientado fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades. Si a estos principios se agrega el de interculturalidad, se debieran entonces incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población migrante internacional que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas,

ejecutadas y evaluadas participativamente. Si bien sigue latente la discusión sobre la propuesta de interculturalidad, entendida más allá de la existencia de contacto entre dos culturas diferentes, todos seríamos interculturales en la medida que nuestra cultura es producto de aportes que se han mezclado, confrontado, separado y unido (15).

Así, por ejemplo, el manual de Orientaciones para la Planificación y Programación en Red del 2013 (2) desarrollado por el Ministerio de Salud junto a la Organización Panamericana de Salud Pública señala que se pueden entender la interculturalidad como un desafío, y por lo tanto una voluntad, en favor de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales. Esto debería entenderse como una posibilidad para seguir en la comprensión y colaboración en los modelos médicos en interacción. Para Cunningham por su parte (2002) (16) en el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, experiencias y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

En el entendido que el enfoque intercultural no solo aplica a los pueblos originarios, desde el Ministerio de salud se define la interculturalidad en salud como un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural (6).

El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de salud indígena), deben incorporarse en el diseño e implementación de las políticas públicas. Es por ello que la incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene relevancia en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan el modelo de atención propio de grupos sociales diversos y los aportes de las culturas que co-existen en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.

La incorporación del enfoque intercultural en salud en el Modelo de Atención Integral de Salud debe conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud (17). Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de Mesas Comunes de Salud Intercultural para abordar reflexivamente las discusiones y propuestas de trabajo (6,18).

Descripción del programa

Propósito

Contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos.

Descripción

El Programa se orienta a disminuir brechas en el acceso a la atención integral de salud a personas migrantes y fomentar la entrega de prestaciones de salud con pertinencia cultural. Para tal efecto, el Programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a: a) difundir mecanismos para acceder a la atención de salud y sobre deberes y derechos de población migrante; b) promover actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante; c) detectar la

caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes; d) implementar un plan de acceso y calidad de la atención a población migrante; e) monitorear e incentivar el control del embarazo precoz en mujeres migrantes en establecimientos de atención primaria; f) capacitar a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de las personas migrantes.

Objetivo general

Implementar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención, prevención y promoción de la salud que afecta a la población migrante, en especial la más vulnerable.

Objetivos específicos

1. Ampliar la información sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación en las instancias correspondientes.
2. Mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, con pertinencia cultural y con énfasis en los grupos más vulnerables.
3. Vincular la migración e interculturalidad en todos los programas y temas de salud, tanto del curso de vida como transversales (Chile Crece Contigo, salud sexual y reproductiva, adolescentes, programa de salud cardiovascular, inmunizaciones, salud mental, entre otros).

Componentes

Componente 1: Difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de la población migrante, considerando estrategias que incluyan su participación.

Componente 2: Acceso y calidad de la atención en población migrante.

Productos esperados

Productos esperados al Componente 1:

1. Actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante implementadas.
2. Actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de la población migrante.

Productos esperados al Componente 2:

1. Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes.
2. Plan local para mejorar el acceso a la atención de salud de la población migrante, especialmente la contratación de mediadores interculturales/facilitadores lingüísticos en caso de que corresponda.

3. Reporte de gestantes embarazadas informado (REM P1 sección B).
4. Capacitación(es) y difusión(es) realizadas a funcionarios de la red para reforzar habilidades interculturales y el marco normativo de derechos de salud de las personas migrantes.
5. Protocolos de atención de salud a migrantes (locales y en la red asistencial) diseñados e implementados.

Monitoreo y evaluación

Para el adecuado monitoreo y evaluación del programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

Servicios de Salud:

- 1) Asignar los recursos comunalmente de acuerdo con los criterios generales, a los diagnósticos y condiciones locales, y en base al marco presupuestario asignado a cada Servicio de Salud por Resolución Exenta del Ministerio de Salud.
- 2) Realizar observaciones y aprobar programa de trabajo (cronograma y plan de actividades) de la comuna en el marco del Programa.
- 3) Suscribir y tramitar los convenios para transferencia de recursos con los municipios.
- 4) Evaluar los resultados del Programa.
- 5) Monitorear en terreno la ejecución de las acciones comprometidas.
- 6) Auditar el uso de los recursos del Programa por parte de los municipios y establecimientos, según corresponda.
- 7) Informar los resultados del Programa oportunamente al Ministerio de Salud, de acuerdo a los formatos de informes, plazos e indicadores establecidos para el efecto.
- 8) Entregar asesoría y asistencia técnica a los municipios y departamentos de salud municipal, o establecimientos, según corresponda, para una adecuada ejecución del Programa.

Municipios y entidades administradoras de salud municipal:

- 1) Aportar información sobre la situación de la población migrante para la elaboración de línea base del programa.
- 2) Suscribir convenios.
- 3) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- 4) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes.
- 5) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos transferidos.
- 6) Rendir cuentas de los recursos transferidos, de conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte.

Financiamiento según tipo de establecimiento

Para establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financia con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, los recursos para el financiamiento del Programa, los que serán transferidos por el Servicio de Salud respectivo, en dos cuotas, mediante un convenio. Cada Servicio de Salud puede determinar la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financian exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes).

Establecimientos de dependencia municipal

El Programa se financia con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02. La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios, los recursos para el financiamiento del Programa, los que serán transferidos por el Servicio de Salud respectivo, en dos cuotas, mediante un convenio. Los recursos asociados a este Programa financian exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). Cada Servicio de Salud determina la pertinencia de la compra de servicios o adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

Indicadores y medios de verificación

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1

Ampliar la información sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación en las instancias correspondientes. Este objetivo específico cuenta con dos indicadores, que corresponden a:

1. Cumplimiento de plan de actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de población migrante.
2. Cumplimiento de actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2

Mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, con pertinencia cultural y con énfasis en los grupos más vulnerables. Este objetivo específico cuenta con cuatro indicadores, que corresponden a:

1. Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta, y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes
2. Porcentaje de cumplimiento de plan de acceso y calidad de la atención a población migrante (incluye diseño e implementación de protocolos de atención)
3. Porcentaje de controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria
4. Cobertura de capacitación a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de las personas migrantes (solo funcionarios no capacitados anteriormente)

Tabla 4: Resumen de componentes, productos esperados e indicadores del programa

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES
Componente N° 1 Difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de la población migrante, considerando estrategias que incluyan su participación.	Actividades de difusión realizadas	Cumplimiento de plan de actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud para la población migrante (<i>N° de actividades de difusión implementadas / N° de actividades comprometidas</i>) * 100
	Actividades comunitarias implementadas	Cumplimiento de actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante (<i>N° de actividades comunitarias implementadas / N° de actividades comunitarias programadas</i>) * 100
Componente N° 2 Acceso y calidad de la atención en población migrante	Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes	Diagnóstico participativo <i>Dicotómico (posee diagnóstico Sí-No)</i>
	Plan local para mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, de acuerdo con el diagnóstico (incluye diseño e implementación de protocolos de atención de salud a migrantes).	Plan local de mejora de acceso y calidad de la atención (<i>N° de actividades implementadas / N° de actividades programadas</i>) * 100
	Controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria.	Porcentaje de controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria (<i>N° total de gestantes migrantes en control / N° total de gestantes en control</i>) * 100
	Funcionarios/as de salud capacitados/as (sólo funcionarios no capacitados anteriormente)	Cobertura de capacitación a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de personas migrantes (<i>N° de funcionarios/as capacitados/as con curso o jornada de a los menos 8 horas / N° total de funcionarios/as de establecimientos de salud incluidos en el Programa</i>) * 100

Fases del programa a cinco años de implementación

De acuerdo con los documentos disponibles y a lo sugerido por actores clave, se pueden identificar tres etapas o fases principales de desarrollo de este programa en nuestro país. Estas fases surgen de impresiones subjetivas del camino recorrido, en la mirada retrospectiva, más que a un plan estructurado que hubiese deseado conducirse de esta o de otra manera. Hubo mucho trabajo y esfuerzo que se llevó a cabo “en la trincheras”, en la vida cotidiana del nivel primario de atención de salud en todo nuestro territorio nacional, primero en cinco comunas seleccionadas y luego en un proceso de escalamiento progresivo y secuencial.

Primera fase. Esta sería la del diseño original y su implementación como Piloto de Salud de Migrantes Internacionales. Fue diseñado el 2014 e implementado como pilotos el 2015 y 2016 en cinco comunas de Chile, tres de la región metropolitana y dos de la zona norte del país. Durante este último año se ejecutó la licitación pública del estudio de sistematización y evaluación del plan piloto, para formalizar la evidencia comunitaria y de equipos de salud respecto de los potenciales beneficios y desafíos de implementar este programa de atención y otras acciones a todo el territorio nacional a través de una política de salud integral para personas migrantes internacionales.

Segunda fase. Esta correspondería a la fase de consolidación del programa, comprendida entre los años 2017 y 2019. En este momento tanto el programa como otras acciones relacionadas dejan de llamarse Pilotos, puesto que emanan de la Política de Salud de Migrantes Internacionales que fue lanzada en octubre del 2017. En esta etapa se consolidan las acciones con la comunidad, destacándose como componente relevante de este programa la figura del Facilitador Intercultural. Esta figura fue ampliamente valorada por los equipos de salud, pero no cuenta en esta fase con una clara definición de requisitos para el cargo, rol y funciones, ni mecanismos de contratación o de evaluación de desempeño. En esta fase de mayor solidez de implementación del programa en diversos centros de salud familiar en Chile, surgen nuevas complejidades asociadas a dificultades administrativas de acceso y también asociadas a un nuevo cuestionamiento sobre el concepto de interculturalidad en la atención de salud, que está hasta la fecha en revisión y diálogo.

Tercera fase. Esta correspondería a la fase más reciente de expansión del programa, fundamentalmente referida al año 2020. En este momento el programa alcanza un salto cualitativo en expansión de recursos y expansión territorial en cuanto a Servicios de Salud involucrados. Expansión territorial especialmente marcada hacia el sur, puesto que ya existía atención a la zona norte del país desde su diseño e implementación inicial. Esta fase es promisoriosa y desafiante, puesto que ha catalizado en los Servicios de Salud la revisión del programa de manera integral. Esto está permitiendo la posible re-definición de líneas de acción, componentes o resultados esperados, conforme a la experiencia viva de diversos equipos de salud de la implementación de escalamiento de este programa a mayor cobertura del territorio nacional. Surgen además nuevas tensiones en torno a aspectos propios de la gestión administrativa, por ejemplo, las fechas y formatos de rendición, la dificultad de algunas comunas de ejecución y rendición presupuestaria, o la dificultad aún de algunas comunas de entender el propósito del Programa. Esta nueva fase también ha implicado un cuestionamiento de fondo sobre la Interculturalidad en salud desde lo conceptual y también desde lo práctico para la atención de salud en APS en nuestro país.

Evaluación de la fase piloto

Tal y como fue señalado previamente, el año 2014 el Ministerio de Salud impulsó la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, el cual buscaba mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la creciente población inmigrante que reside en nuestro país. Una vez finalizado este pilotaje, se ejecutó un estudio de licitación pública referida a sistematizar y evaluar dicha intervención. Uno de los componentes de este estudio de licitación pública fue el desarrollar un

estudio de enfoque cualitativo como propósito develar y sistematizar experiencias, percepciones y opiniones de diversos actores clave vinculados a la implementación y evaluación a nivel central y local del Programa Piloto de Migrantes (19).

Desde un paradigma constructivista de investigación, se realizó un estudio de caso múltiple, cuyo foco fue la “implementación del Programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales”. Se realizaron 29 entrevistas individuales con actores clave del sistema de salud -incluyendo autoridades de nivel central y sus representantes, autoridades de perfil directivo con énfasis en nivel de gestión (denominadas autoridades nivel gestión a lo largo del informe) y funcionarios de salud- y 10 grupos focales, 5 con funcionarios del sistema de salud y 5 con grupos de migrantes internacionales. Los participantes representaron las 5 comunas en las que fue implementado el Plan Piloto: Arica, Iquique, Antofagasta, Recoleta y Santiago. El análisis de los datos se realizó a través de análisis temático de información utilizando el software cualitativo NVivo 11. Los criterios de rigurosidad del presente estudio fueron los de triangulación, confirmación de hallazgos, registro de campo y reflexividad. El proyecto fue ejecutado por la Universidad del Desarrollo en conjunto con la OIM. Fue aprobado y monitoreado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Los hallazgos de este estudio fueron organizados entre 3 abordajes y 3 síntesis de hallazgos focalizadas en temáticas específicas.

Abordaje 1: Este abordaje contempla las percepciones y experiencias de actores clave en la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, incluyendo las perspectivas de autoridades de nivel central o sus representantes, autoridades de nivel gestión y funcionarios de salud. En este último grupo se incluyeron las perspectivas de los facilitadores/mediadores interculturales, quienes trabajaban directamente con la población migrante. De acuerdo con la percepción de estos actores, la implementación del Plan Piloto ha permitido, a nivel general, relevar la temática de salud de la población migrante en todos los niveles del sector salud y en los funcionarios que tienen contacto directo con los usuarios. Este logro se ha obtenido a través de la coordinación de mesas de trabajo que se han enfocado en esta temática y a través de distintas instancias de sensibilización y capacitación.

Las principales barreras reportadas en torno a la implementación del Piloto tienen relación al nivel macro con la ausencia de una política nacional de migración que facilite el trabajo de los distintos sectores y con las dificultades en la coordinación del trabajo intersectorial. En relación con las barreras territoriales que han surgido, se destaca el rechazo inicial por parte de algunos funcionarios de salud en relación con la integración de la comunidad migrante, barreras lingüísticas específicas que dificultan la comunicación especialmente con la comunidad haitiana, y escaso tiempo para asistir a las capacitaciones que han surgido en el contexto del Programa Piloto.

Los facilitadores para implementar este programa en APS hacen referencia al consenso a nivel de autoridades respecto a la importancia de incluir a la población migrante en las estrategias de salud, destacando que el sector salud ha liderado el trabajo con esta comunidad. En relación con los facilitadores que surgen en el terreno de lo local, la incorporación de facilitadores-mediadores interculturales se reconoce como un gran aporte a la atención en salud. Uno de los principales logros surgidos a partir de la implementación del Plan Piloto es que existe ahora un consenso entre los actores clave y los funcionarios de salud acerca de que la salud es un derecho, y que todos los migrantes tienen derecho de acceder a los servicios de salud.

Abordaje 2: Este segundo abordaje contempla las percepciones y experiencias de la comunidad migrante internacional en relación con la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en sus comunas de residencia. Si bien muchos de los participantes no conocen por su nombre el Plan Piloto o incluso la nueva normativa -Decreto 67- que asegura su acceso a salud, hay un consenso en manifestar que el acceso a salud en los centros de salud ha mejorado para ellos en el último tiempo, si bien siguen existiendo algunas barreras administrativas de acceso, éstas son menores. Persisten algunas temáticas relativas al acceso a especialistas y a tiempos de espera que en ocasiones son muy prolongados. Las principales recomendaciones que emergen de este grupo es que se continúe trabajando con algunos funcionarios para que mejoren la calidad de sus atenciones y que haya mayor difusión de beneficios de salud entre la propia comunidad migrante.

Abordaje 3: Este tercer abordaje contempla la perspectiva de grado de intervención comunal del Plan Piloto, explorando encuentros y divergencias de actores clave entre comunas que sí fueron y que no fueron intervenidas por el Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes del MINSAL. De esta forma, la información recolectada en los dos abordajes anteriores de las 5 comunas piloto se

contrastó con información de otras 2 comunas que no forman parte de este grupo: Maipú y Calama, las cuales fueron parte del estudio Fondecyt 11130042, realizado por el mismo equipo de investigación que ejecutó la licitación pública de evaluación de este programa piloto.

La síntesis de los hallazgos obtenidos en este estudio, a la luz de los hallazgos obtenidos por el proyecto Fondecyt permiten concluir que el Plan Piloto Migrante ha sido altamente exitoso en la consecución de sus objetivos centrales ligados a garantizar el acceso a salud de la población migrante. No obstante, persisten algunos desafíos en torno a esta temática que no tienen que ver con la normativa, sino con la desinformación de algunas comunidades, desafíos que desde ya han comenzado a ser abordado por algunos actores clave en salud. En cuanto a las temáticas que aún persisten destacan las siguientes:

- Capacitación a los equipos en relación con trato culturalmente pertinente
- Condiciones de vida deficientes, que sitúan a la población migrante en una posición de vulnerabilidad
- Segregación geográfica de la comunidad migrante, la cual se convierte en un desafío para la integración real de la comunidad migrante a nuestro país

Adicionalmente, se incorporaron como hallazgos principales de este estudio las siguientes temáticas:

- Síntesis de hallazgos con foco en evaluación de la implementación de la normativa decreto 67, la cual ha tenido amplia difusión e impacto de acuerdo con los actores clave del área de la salud
- Síntesis de hallazgos con foco en el concepto y manejo de la interculturalidad en salud incluyendo facilitadores lingüísticos y mediadores culturales, surgiendo la necesidad de establecer consensos conceptuales que orienten las acciones de estos funcionarios
- Síntesis de hallazgos con foco en difusión de derechos, participación, capacitación e información por niveles de acción: Atención Primaria, Hospitales, FONASA y SEREMI de Salud.

El estudio cualitativo recién descrito permitió sistematizar las experiencias y percepciones en torno a la implementación del Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Retomando el propósito central trazado por este programa, el cual buscaba mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la población inmigrante que reside en nuestro país, es posible establecer que el plan piloto ha sido en general exitoso en permitir sortear las principales barreras de acceso al sistema de salud, dejando emerger nuevos desafíos, los cuales permiten trazar acciones futuras que apunten a mejorar aún más la integración de los migrantes al sistema de salud en nuestro país.

Algunos desafíos y tensiones identificadas

A partir de esta relevante experiencia de alcance nacional, se reconoce de manera general que ha sido recibida de manera favorable por un amplio rango de equipos de salud de atención primaria en el territorio y que resulta una valiosa oportunidad para visibilizar poblaciones migrantes internacionales de diverso origen y perfil en comunas y regiones. La autoridad sanitaria ha construido un esfuerzo sostenido para el crecimiento de esta intervención, que parece consolidarse el 2020 con un salto de mayor cobertura en el territorio nacional.

En paralelo a este reconocido valor positivo, se identifican igualmente algunos desafíos y tensiones que se vuelven reales solo en la medida que este programa avanza y se consolida en territorios y equipos de salud que son diversos y tienen realidades locales particulares y no necesariamente comparables. A continuación, desarrollaremos algunos de estos.

La intervención como programa. Una idea que surge en los equipos de salud es la de reflexionar sobre qué significa en la práctica que

esta intervención sea un programa (en lugar de otro posible formato). En este sentido, está el desafío de gestionar este programa focalizado a poblaciones migrantes internacionales junto a otros programas que son transversales y comunes a toda la población a cargo del centro de salud. La otra dimensión interesante es que este programa esté solo focalizado en APS en lugar de que funcionase de manera mucho más amplia e integral, como sucede con otros programas como el PRAPS (Programa de Reforzamiento de la APS), que incluye el trabajo con hospitales, CDTs, CRSs, COSAM y otros centros dispuestos en la red asistencial.

La intervención y su vínculo a modelos de base. Han surgido inquietudes y cuestionamientos de posibles mejoras de vinculación entre el programa y los modelos conceptuales y modelos de atención que están co-existiendo a la base de su implementación, pero cuya conexión no es siempre evidente o sinérgica. Esto trae a la vista algunos desafíos que son propios de los modelos aplicados en APS y que posiblemente se complejizan más con la introducción de este programa. Por ejemplo, el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario ya está claramente definido, pero persisten diferencias de implementación entre un territorio y otro. Esto, naturalmente, denota una interesante reflexión acerca de estos modelos en la práctica de APS, en general y en cada territorio local, y resurge también el tema de inequidades en el acceso a esas redes por parte de los usuarios. Respecto del Modelo de Gestión en APS, este se refiere al arte administrativo de gestionar un Programa de Salud. Engloba las dimensiones de financiamiento, evaluación, revisiones metodológicas, orientaciones técnicas, recurso humano, registros, elaboración de convenios, por mencionar algunos. El modelo de gestión en APS es un aspecto esencial de su funcionamiento, y si bien no ha sido articulado en un único documento, requiere de mejoras constantes para mantenerse al servicio de la realidad de salud de la población a cargo del país. A esto se suman desafíos de diferencias de funcionamiento desde los niveles de la autoridad central, los servicios de salud y los centros de atención primaria de variado tipo con su vinculación comunal.

El programa y el concepto de interculturalidad. En algunos equipos ha surgido la inquietud de redefinir o repensar el concepto de interculturalidad, no solo en el plano teórico, sino que también en lo referido a su implementación práctica en general y para el programa atención a migrantes internacionales en APS. Este es un espacio de construcción, deconstrucción y co-construcción constante y dinámico, sobre el cual muchos autores reconocen su dimensión de “algo que se espera alcanzar” más que un objeto concreto, tangible e inamovible para su uso cotidiano.

El programa y la introducción de los facilitadores interculturales. Uno de los componentes distintivos de este programa ha sido la introducción de esta figura en los equipos de salud de APS. Estos son con frecuencia personas de origen haitiano que hacen de traductores lingüísticos a la vez que median o facilitan la relación entre el personal de salud y la población usuaria migrante internacional. No existen de manera pre-definida requisitos para el cargo, ni inducción o entrenamiento previo. Muchas veces operan desde las competencias técnicas o profesionales que traigan de su país de origen, siendo en algunos casos, por ejemplo, técnicos en enfermería, sociólogos u otra profesión, pero no siendo este un requisito. Tampoco se han desarrollado roles y funciones pre-determinadas, con lo que estas figuras pueden variar en sus tareas entre centros de salud. Un elemento especialmente interesante es que no está completamente claro si pertenecen al equipo de salud o más bien son líderes reconocidos de su propia comunidad, con lo que las relaciones interpersonales pueden a veces tensionarse. Por último, no se conoce una forma única y estructurada de evaluar el trabajo que estas personas desempeñan y en muchos casos se conoce la sensación de sobrecarga laboral y emocional al actual no solo como traductores, sino que también como educadores, puntos informativos, intervencionistas en crisis emocionales de los usuarios, gestores de trabajo en red, entre muchos otros posibles roles.

El programa y las mesas de trabajo territoriales. Un elemento digno de destacar corresponde a las mesas de trabajo de los servicios de salud y otros espacios en cada territorio local donde, por ejemplo, participa la SEREMI, que son muy útiles en la integración de aspectos técnicos, administrativos y de coordinación intersectorial. Estas mesas no son vinculantes a la toma de decisiones de la autoridad del central, pero tienen la capacidad de autonomía para aportar de manera real a la definición de acciones que apoyen y construyan a la implementación y evaluación de este programa y de otros ejes estratégicos para dichos territorios.

Varias de las tensiones y desafíos descritos esperan ser resueltas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, que se encuentra en elaboración desde el lanzamiento oficial de la política en octubre del 2017.

Conclusión

En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (10) y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (11) del Ministerio de Salud manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N°5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando Salud Intercultural, Equidad de Género, Salud para Inmigrantes y Salud para Personas Privadas de Libertad. Con este antecedente, el año 2015 de inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales. Dicho Plan Piloto tuvo como intervención principal el Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS.

Este capítulo tuvo como propósito dar a conocer en detalle y a cinco años de su gestación, el Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS, intentando reconocer adecuadamente sus diferentes momentos, aprendizajes y desafíos pendientes. El propósito de este programa es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos. Se recogieron los principales, enfoques, modelos conceptuales y orientaciones que estuviesen disponibles para ir construyendo un documento sólido y completo, que permitiese entregar el mayor detalle posible sobre este programa de cinco años de historia en nuestro país, así como informar elementos esenciales para países que quisiesen adaptar y replicar el programa en su conjunto o algunos de sus componentes principales.

El programa fue diseñado el 2014 e implementado como pilotos el 2015 y 2016 en cinco comunas de Chile, tres de la región metropolitana y dos de la zona norte del país. Durante este último año se ejecutó la licitación pública del estudio de sistematización y evaluación del plan piloto, para formalizar la evidencia comunitaria y de equipos de salud respecto de los potenciales beneficios y desafíos de implementar este programa de atención y otras acciones a todo el territorio nacional a través de una política de salud integral para personas migrantes internacionales. Luego hubo una fase de consolidación del programa, comprendida entre los años 2017 y 2019. En este momento tanto el programa como otras acciones relacionadas dejan de llamarse Pilotos, puesto que emanan de la Política de Salud de Migrantes Internacionales que fue lanzada en octubre del 2017. En esta etapa se consolidan las acciones con la comunidad, destacándose como componente relevante de este programa la figura del Facilitador Intercultural. La fase más reciente de expansión del programa está referida al año 2020. En este momento el programa alcanza un salto cualitativo en expansión de recursos y expansión territorial en cuanto a Servicios de Salud involucrados.

Se reconoce de manera general que este programa ha sido recibido de manera favorable por un amplio rango de equipos de salud de atención primaria en el territorio y que resulta una valiosa oportunidad para visibilizar poblaciones migrantes internacionales de diverso origen y perfil en comunas y regiones. La autoridad sanitaria ha construido un esfuerzo sostenido para el crecimiento de esta intervención, que parece consolidarse el 2020 con un salto de mayor cobertura en el territorio nacional. En paralelo a este reconocido valor positivo, se identifican igualmente algunos desafíos y tensiones que se vuelven reales solo en la medida que este programa avanza y se consolida en territorios y equipos de salud que son diversos y tienen realidades locales particulares y no necesariamente comparables. Varias de las tensiones y desafíos descritos esperan ser resueltas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, que se encuentra en elaboración desde el lanzamiento oficial de la política en octubre del 2017.

Recomendaciones

- Un programa que tenga como propósito acortar brechas de acceso formal al sistema de salud por parte de personas migrantes internacionales es una intervención que podría ser de gran utilidad en países que no incluyen a esta población, en cualquiera de sus categorías incluyendo en situación irregular y refugiados, en el sistema de protección social en salud de manera amplia e inclusiva.

- Se recomienda desarrollar una nueva sistematización y evaluación de este programa, que idealmente compare comunas que partieron su implementación hace cinco años, comunas que lo implementaron hace menos tiempo, comunas que recién parten su implementación y comunas que aún no lo implementan, de manera de poder investigar en profundidad la oportunidad, pertinencia, necesidad sentida e impacto de esta intervención en su propósito principal de acortar brechas de acceso.
- Este tipo de programas identifican propuestas de acciones estratégicas amplias, pero con suficiente flexibilidad para la autonomía de equipos de salud en cada realidad local. Esto significa que cada realidad particular puede generar, articular y evaluar acciones propias que sean pertinentes y relevantes a los diagnósticos locales que se hayan realizado, en cercana sintonía con la realidad de su población a cargo.
- Cualquier intervención específica para poblaciones migrantes internacionales corre el riesgo de tensionar a los equipos de salud y a los usuarios, en el entendido de que pueden generar trato diferenciado a favor de algunos y no de otros. Clarificar el rol y sentido de este tipo de programas es fundamental para su adecuación territorial y sentido de urgencia y utilidad.
- Es importante revisar permanentemente la forma en la cual este tipo de intervenciones se integra en espacios de salud tan complejos y diversos como la APS, tanto en sus marcos y definiciones primordiales como en su operatividad concreta.
- Programas de esta naturaleza requieren con frecuencia de entrenamiento y capacitaciones para los equipos de salud, que tanto sensibilicen en la temática migratoria como al mismo tiempo entreguen competencias concretas interculturales y de integración a poblaciones migrantes a su realidad de atención de salud. La mirada de largo aliento busca, finalmente, un nuevo paradigma de abordaje de la atención en salud que va más allá de poblaciones migrantes u otras establecidas, y hacia un genuino encuentro humano en salud con enfoque intercultural.
- Este programa permite revisitarse la definición de interculturalidad en salud, desde su base teórica y también desde su uso en el trabajo cotidiano de atención de salud. Esto debe ser algo que permita una reflexión amplia a nivel nacional, inclusiva y respetuosa de la diversidad social y cultural que hoy representa nuestro tejido social en todo el territorio nacional. La figura de facilitador intercultural puede ser revisada, evaluada, fortalecida y monitorizada a futuro, para mayor comprensión del rol, su función, necesidades y competencias, así como la forma de articularse armónicamente con los equipos de salud y los usuarios.

Referencias

1. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/es>
2. MINSAL. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigida a Equipos de Salud [Internet]. 2003 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
3. Ministerio de Salud. Modelo de atención de salud integral. División de gestión de la red asistencial. Serie Cuadernos de Modelo de Atención 1. 2005.
4. MINSAL y OPS. Manual de Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. 2012.
6. Ministerio de salud. Política de salud y pueblos indígenas. 2006.
7. Salud Primaria. Atención Primaria de Salud - Servicio de Salud Concepción [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://saludprimaria.cl/atencion-primaria-de-salud/>
8. Ministerio de salud. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2020 Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2020.
9. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Depto. de Extranjería y Migración (DEM). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018. 2019.

10. Miniterio de Salud. PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2020 [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.ssmaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/PlandeSalud2016/Plan Nacional de Salud 2016.pdf>
11. Gobierno de Chile. Estrategia nacional de salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
12. Ministerio de Salud. PROGRAMA ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS MIGRANTES 2020. 2020.
13. Cabieses B, Chepo M, Obach A, Espinoza M. Towards universal coverage for international migrants in Chile: accessibility and acceptability indicators from a multi-methods study. *Med Res Arch*. 2019 Jan 16;7(1).
14. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*. 2020;54:20.
15. Chiodi, F. y Bahamondes M. Una Escuela, Diferentes Culturas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena – Temuco. Santiago: LOM; 2001.
16. M C. Etnia, cultura y Salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. In: Conferencia magistral en homenaje al centenario de la OPS. 2002.
17. Toledo V. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile; Una aproximación. 1997.
18. Miniterio de Salud. Orientaciones técnicas para las Redes Asistenciales. Programa especial de Salud y Pueblos Indígenas. 2009.
19. Ministerio de Salud. Sistematización de experiencias del plan piloto nacional de salud de inmigrantes [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 15].



CAPITULO 12

Plan de atención inicial de salud a migrantes internacionales en atención primaria en Chile

Báltica Cabieses. PhD, enfermera-matrona, epidemióloga social, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar de la University of York, bcabieses@udd.cl

Herleyn Agurto. enfermera docente e investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina y carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, hd.agurto@udd.cl

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014 y a cerca del 7% el 2019. Existe una reconocida brecha sistemática de falta de acceso potencial (tener previsión) y de acceso realizado (uso efectivo) de prestaciones de salud en poblaciones migrantes internacionales en todo el mundo y en Chile. Desde esta evidencia surge el interés por desarrollar alguna estrategia concreta que acercase a migrantes internacionales al sistema de salud formal en Chile. El propósito de este proyecto, que se inició el año 2015 y actualmente sigue en ejecución, fue contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile, por medio del diseño, implementación, evaluación y mejora continua de un Plan de Atención Inicial de salud a personas migrantes internacionales. Este programa pretende: (i) brindar un servicio de acogida y bienvenida al sistema de salud en Chile a la población migrante recién llegada, esto es, con menos de un año en Chile o que nunca se hubiese acercado al sistema de salud público chileno; (ii) Recabar información esencial de proceso migratorio, condiciones de vida y de resultados generales de salud de los individuos y sus familias, así como sus necesidades sentidas en salud en concordancia con sus creencias culturales; (iii) Informar sobre aspectos básicos del funcionamiento del sistema de salud y otros servicios básicos de acuerdo con las necesidades de cada individuo; y (iv) Derivar, de acuerdo con las necesidades de salud reportadas por los individuos sobre sí mismos y sus familias en Chile, a prestaciones de salud disponibles en atención primaria por medio de derivaciones formales propias del sistema de salud.

Este intenso trabajo de cinco años ha permitido atender a más de 2.500 familias migrantes internacionales residentes en las comunas de Santiago y La Granja, de la Región Metropolitana. Logró instalarse y quedar apropiado ampliamente en la comuna de Santiago, dando así espacio y visibilidad a necesidades de salud y acortamiento de brechas formales de acceso al sistema público de salud por parte de personas migrantes internacionales. Todo el material de este programa es de uso público y está disponible en el repositorio institucional de la Universidad del Desarrollo para mayor profundización. Este capítulo aporta con una mirada renovada de este programa, puesto que revisa cinco años ininterrumpidos de trabajo, da cuenta de sus logros, aprendizajes y desafíos pendientes.

Palabras clave: acceso a salud, uso efectivo de servicios de salud, migración, equidad en salud, intervenciones de salud, atención primaria de salud.

Abstract

In recent years the international migration in Chile has increased reaching 2.7% of the total population in 2014 and close to 7% in 2019. There is a recognized systematic gap of potential access (prevision of demand) and effective access of health services in international migrant populations around the world and in Chile. From this evidence emerges the interest in developing a strategy that would bring international migrants closer to the formal health system in Chile. The purpose of this project, which began in 2015 and is currently underway, was to improve the health and well-being of the international migrant population in Chile, through the design, implementation, evaluation and continuous improvement of a Plan of Initial Health Care for international migrants. This program aims to: (i) provide a welcoming service to the Chilean health system to the recently arrived migrant population, that is, with less than a year in Chile or who had never approached the Chilean public health system; (ii) Gather essential information on the migration process, living situation and general health conditions of individuals and their families, as well as their perceived health needs in accordance with their cultural beliefs; (iii) Report on basic aspects of the operation of the health system and other basic services according to the needs of each individual; and finally (iv) Refer, according to the health needs reported by individuals about themselves and their families in Chile, to health centers available in primary care through formal referrals from the health system.

This five-year work has made it possible to serve more than 2,500 international migrant families residing in the municipalities of Santiago and La Granja, in the metropolitan region. It managed to be widely settled in the Santiago region, giving space and visibility to health needs and reducing formal gaps in access to the public health system by international migrants. All the material in this program is for public use and is available in the institutional repository of the Universidad del Desarrollo for further study. This chapter provides a renewed view of this program, since it follows five uninterrupted years of work and gives an account of its achievements, learnings and pending challenges.

Keywords: access to health, effective use of health services, migration, health equity, health interventions, primary health care.

Descripción general

Existen diversos grupos sociales que, por sus características particulares de vulnerabilidad humana y de contexto de vida, presentan importantes inequidades en los resultados en salud y que deben ser considerados para un abordaje especial. Uno de ellos corresponde a personas migrantes internacionales. La inmigración es un reconocido determinante social (1). Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que parte de esta población enfrente riesgos en salud asociados a experiencias de tránsito y de llegada desafiantes, y como consecuencia, su movimiento transfronterizo tiene un importante impacto en la salud pública de los distintos países (2-5). Recuentos de movilidad humana de más de un siglo en el mundo estiman que, en promedio, unos 200 millones de personas migran cada año (6). No obstante, ha habido un marcado aumento en el número de personas migrantes entre el 2000 y el 2017, con casi un 50% más de personas en esta condición de acuerdo a reportes actualizados de Naciones Unidas (6,7). En América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país en el 2011 (8). En general, Estados Unidos es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (9).

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014 y a cerca del 7% el 2019. Existen varias razones que podrían justificar que algunos grupos de personas migrantes internacionales en Chile sean más vulnerables que otros migrantes o incluso que la población local general: (i) Los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo y hay en nuestro país grupos de ellos que no consiguen ingresar en forma regular, que viven pobreza, hacinamiento y exclusión social; (ii) Existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular y viven al margen de cualquier forma de protección social; (iii) Muchos migrantes internacionales realizan remesas de sus ingresos en Chile lo que puede empobrecerlos en la práctica, puesto que sus ingresos reales de vida en Chile disminuyen luego de sus aportes al país de origen. Todo migrante internacional, además, experimenta el desafío de integrarse a una nueva sociedad, sistema social, político y cultural, incluyendo al sistema formal de salud que cada sociedad haya conformado.

De acuerdo con evidencia científica desarrollada por diversos autores en Chile (10-16), similar a otros países del mundo, las personas migrantes internacionales en Chile auto-reportan, en promedio, menores problemas de salud que la población local. Esto se conoce como “efecto de migrante sano” y podría explicarse por diversas razones, tales como por un proceso de selección natural (migran quienes pueden hacerlo desde el punto de vista físico), por ser en promedio más jóvenes que la población nacional (muchas veces de países desarrollados y envejecida) y por fallas de selección o de medición de encuestas que buscan identificar y comparar resultados de salud entre poblaciones, en especial si son a través del auto-reporte. No obstante, el aparente efecto del “migrante sano” desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile. Esto se refiere a que personas migrantes internacionales de nivel socioeconómico bajo no reportan menores problemas de salud que los nacionales, pese a ser más jóvenes que la población con la que se les compara.

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportados en caso de estar en situación irregular (17, 18). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2017, el 18% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo con un estudio realizado en Chile en las últimas décadas (19).

El derecho a la salud es un derecho humano universal e inalienable. Fue reconocido de forma global por la mayoría de los países del mundo en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. En 2002, países de América Latina y el Caribe acordaron iniciar esfuerzos para extender la protección social en salud. La protección social aparece también como una de las ocho Áreas de Acción definidas en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017. En dicha agenda, todos los Ministros de Salud de Iberoamérica se comprometieron a combatir la exclusión en salud y construir sistemas integrados de protección social con la firma de la declaración de Iquique en julio 2007 (20).

La protección social en salud es una medida concreta de garantía del derecho humano en salud. Se desarrolla a través de tres dimensiones principales y complementarias entre sí: (i) Cobertura horizontal (acceso al sistema de salud); (ii) Cobertura vertical (acceso a prestaciones); y (iii) Protección financiera (21). Cada dimensión es esencial para que un Estado otorgue y garantice el derecho a la salud en sus aspectos fundamentales. Dentro de la cobertura vertical, está el indicador de uso/utilización efectiva de servicios o prestaciones de salud (22,23), de especial relevancia para la identificación de brechas de acceso a salud por parte de población general y grupos vulnerables (24). Diferencias de uso efectivo de prestaciones de salud entre grupos sociales, ante igual necesidad sentida, corresponden a diferencias injustas y prevenibles (inequidades sociales en salud) que requieren de constante atención y reparación.

En Chile, aún está presente el debate de reposicionar la protección social en salud como un derecho humano para toda la población residente en el territorio nacional, independientemente de su condición de género, etnia, edad, nivel socioeconómico o estatus de regularización migratoria (25). Chile cuenta con un sistema de salud mixto, con un componente público (cerca del 75,0% de la población) que protege a los más enfermos y a los más pobres, un componente privado (cerca del 20,0% de la población) que protege a los más jóvenes y adinerados, y un componente menor de fuerzas armadas y del orden público (5,0%). La Constitución de Chile indica que se debe brindar acceso libre e igualitario a la salud, pero esta premisa ha fallado al demostrarse profundas desigualdades en salud entre grupos sociales, en desmedro de los menos aventajados en su posición socioeconómica. La población migrante internacional cuenta con el derecho al uso del sistema de salud público o privado si cuentan con su visa de residencia vigente, seleccionando el tipo de previsión según la capacidad de copago. Para migrantes con visa en trámite, se creó la oportunidad de acceso a salud en igualdad de condición que los demás migrantes y chilenos si es que documentan situación de carencia de recursos a un testigo de fe, habitualmente trabajador social, en el mismo sistema de salud (Decreto 67, vigente desde junio del 2016).

De acuerdo con un reciente artículo de Cabieses y Oyarte (26) en el que analizan el uso de servicios entre migrantes internacionales y chilenos a partir de la encuesta CASEN 2017, un 16,3% de los inmigrantes del país afirmaban no pertenecer a un sistema previsional de salud, valor siete veces mayor en comparación con los nacidos en Chile (2,3%). Los inmigrantes presentaron significativamente una menor necesidad sentida en salud que los nacidos en Chile tanto a largo como a corto plazo. A corto plazo, en inmigrantes, un 15,1% del total de la población reportó enfermedad o accidente en los tres meses previos a la encuesta (vs 20,2% en chilenos), de estos el 9,3% no consultaron y 1,7 de cada 100 no logró satisfacer su necesidad en salud al no consultar por motivos ajenos a su voluntad. En chilenos, estos valores corresponderán a 6,1 y 0,7 de cada 100, respectivamente, valores significativamente menores que en inmigrantes. Por el contrario, inmigrantes y chilenos reportaron una proporción de similar de presencia de problemas durante la consulta (barreras de acceso): aproximadamente un 25,0% del total de consultantes por necesidades a corto plazo (25.179 inmigrantes, 774.792 chilenos). A largo plazo, un 9,6% de los inmigrantes se encontraba en tratamiento médico por alguna enfermedad durante el año previo a la encuesta (vs 26,2% en chilenos). El 44,4% de los casos en migrantes eran por otra condición de salud distinta a las 20 principales patologías AUGÉ-GES consultadas; este porcentaje correspondió al 27,2% en chilenos. Los inmigrantes reportaron significativamente una mayor proporción de no cobertura (44,6% inmigrantes, 15,2% chilenos) y necesidades no satisfechas (15,0% inmigrantes, 3,2% chilenos), siendo específicamente 2,9 y 4,7 veces mayor en inmigrantes que en chilenos, respectivamente. Tras ajustar por variables sociodemográficas, los inmigrantes presentan 7,5 veces

más chances de no tener previsión de salud que los chilenos. Esta chance fue 6,2 veces mayor en inmigrantes que en chilenos en mayores de 15 años y considerando la condición de actividad (ocupados, desocupados e inactivos).

Existe evidencia adicional en Chile y el mundo que sugiere que existen grupos de especial cuidado y atención, como son niños niñas y adolescentes, mujeres y gestantes migrantes, personas en riesgo vital, solicitantes de refugio y asilo y personas en situación irregular. Si bien existe evidencia de acceso a cuidado prenatal y de infancia y hasta los 18 años por parte de algunos migrantes en situación regular y en especial aquellos en situación irregular, se han reportado diferencias en acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren de un abordaje más integral y sostenido. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, esto es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular. Aspectos como el trato y sentirse discriminadas desde el personal de salud ha sido reportado por mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país (19).

De acuerdo con una revisión sistemática desarrollada por Almeida et al. el año 2013, las mujeres migrantes representan un grupo vulnerable, especialmente durante el periodo de embarazo (27). La evidencia internacional propone diversas razones que dan cuenta de la especial vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes embarazadas. Entre estas destaca el menor acceso a los cuidados prenatales en mujeres inmigrantes en situación irregular (28), acceso tardío a los controles del programa de salud sexual (29), dificultades de acceso a programas de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos (28), mayor riesgo de depresión postparto (30) y riesgo de enfermedades asociadas al embarazo (31). Respecto de los países de origen de migrantes internacionales con algún egreso hospitalario el 2012, destacan los de Perú y Bolivia. Dentro de las causas de egreso registradas ese mismo año destacaron los partos (48%), causas externas (9%), tumores (8%) y patologías asociadas al sistema digestivo (8%) (19).

Con todo, existe una brecha sistemática de falta de acceso potencial (tener previsión) y de acceso realizado o también llamado uso efectivo de prestaciones de salud en poblaciones migrantes internacionales en todo el mundo y en Chile. Desde esta evidencia surge el interés por desarrollar alguna estrategia concreta que acercase a migrantes internacionales al sistema de salud formal en Chile. Dicha estrategia se consolidó en un Plan de Atención Inicial de salud a Migrantes Internacionales, que se describe a continuación.

Metodología

El propósito de este proyecto, iniciado el 2015 y aún en ejecución, fue contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile, por medio del diseño, implementación, evaluación y mejora continua de un Plan de Atención Inicial de salud a personas migrantes internacionales. Este programa tiene como objetivos:

1. Brindar un servicio de acogida y bienvenida al sistema de salud en Chile a la población migrante recién llegada, esto es, con menos de un año en Chile o que nunca se hubiese acercado al sistema de salud público chileno.
2. Recabar información esencial de proceso migratorio, condiciones de vida y de resultados generales de salud de los individuos y sus familias, así como sus necesidades sentidas en salud en concordancia con sus creencias culturales.
3. Informar sobre aspectos básicos del funcionamiento del sistema de salud y otros servicios básicos de acuerdo con las necesidades de cada individuo.
4. Derivar, de acuerdo con las necesidades de salud reportadas por los individuos sobre sí mismos y sus familias en Chile, a prestaciones de salud disponibles en atención primaria por medio de derivaciones formales propias del sistema de salud.

Para el diseño de esta intervención, que fue creada durante el año 2015 por el Programa de Estudios Sociales en Salud (Proessa ICIM UDD), se trabajó en la definición de conceptos fundamentales, modelos de atención y de gestión en salud pertinentes para este programa, así como el diseño primordial del plan de atención inicial a migrantes internacionales, que luego pudiera ser implementado

y piloteado -esto es, puesto a prueba- en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) en alguna comuna de alta densidad de población migrante en la Región Metropolitana.

Para la implementación inicial, que se llevó a cabo entre el 2016 y 2017, se desarrolló un convenio especial de cooperación con municipalidades (corporación de la administración del estado, autónoma y de derecho público, cuenta con personalidad jurídica y la finalidad es resolver necesidades de una comunidad específica), desde sus direcciones de salud municipal, y luego con un Centro de Salud Familiar (CESFAM). En esta fase se trabajó en forma colaborativa con la Ilustre Municipalidad de Santiago, a través de su dirección de salud, y se ejecutó el programa piloto en el centro de salud familiar Ignacio Domeyko. El equipo creador de este proyecto reconoce muy especialmente la generosa y positiva respuesta de su directora de dicho CESFAM, quien siempre tuvo la disposición y el compromiso para dar inicio y darle viabilidad en el tiempo a esta idea. Este apoyo fue fundamental para su implementación inicial y éxito posterior.

En el año 2018, se implementó la fase avanzada del programa, cuyo objetivo fue ampliar el rango de alcance a uno mayor. Esto quiso decir, que el programa llegase a toda la comuna y a los cuatro CESFAM y que pudiese funcionar de manera independiente. Esta implementación implicó una serie de acciones llevadas a cabo en los CESFAM que incluyeron la entrega de material, el entrenamiento de trabajadores de la salud, así como asesorar, cuando fuese requerido, en la introducción y trabajo colaborativo con facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales. Además, se puso a disposición de la dirección de salud comunal los protocolos de salud en su versión mejorada, documentos informativos, educativos y de apoyo al trabajo del equipo de salud.

Luego de la expansión del programa a toda la comuna de Santiago, en 2019 y 2020 se decidió llevar el programa a la comuna de La Granja, debido a su cercanía con la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Este trabajo sigue en revisión y desarrollo a la fecha actual. El programa ha sido evaluado en sus distintas etapas con indicadores cualitativos y cuantitativos. En el año 2016, se realizó la primera evaluación anual completa. Posteriormente, y con la finalidad de mejoramiento continuo, se han realizado evaluaciones de menor escala a lo largo del tiempo, en especial evaluaciones de tipo cualitativo con informantes clave de los CESFAM, las comunidades migrantes internacionales atendidas y los equipos de atención.

De manera general, destacamos los siguientes logros principales en estos años de escalamiento y ampliación del programa:

- Reuniones permanentes de equipo.
- Actualización de protocolos de atención estandarizados.
- Protocolo de manejo de conflictos.
- Recomendaciones para la entrega de malas noticias y situaciones difíciles.

Este intenso de trabajo de cinco años ha permitido atender a más de 2.500 familias migrantes internacionales residentes en las comunas de Santiago y La Granja de la Región Metropolitana.

Todo el material de este programa es de uso público y puede descargarse del repositorio institucional de la Universidad del Desarrollo, en el caso que se desee, por ejemplo, replicar en otras comunas del país (<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/1902>). Este capítulo, además, permite una mirada renovada de este programa, puesto que revisa cinco años ininterrumpidos de trabajo, da cuenta de sus logros, aprendizajes y desafíos pendientes.

Descripción de la experiencia

Para presentar la descripción de la experiencia del Plan de Atención Inicial de Salud a Personas Migrantes Internacionales, se presentarán en primer lugar los apartados sobre los enfoques generales en que se basó el programa además de una clarificación de los conceptos propios de este, luego se ahondará en el modelo de atención en salud a nivel primaria del país. a continuación,

se explicarán los elementos que formaban parte de la ficha de evaluación del programa y finalmente se describirá el proceso de evaluación y mejoramiento de este plan de atención.

Enfoques generales

En el momento en que este Plan de Atención Inicial de Salud a Personas Migrantes Internacionales se gestaba, el Ministerio de Salud de Chile estaba simultáneamente iniciando la implementación de su Programa Piloto de Salud de Inmigrantes. Este programa ministerial también tenía foco en el acortamiento de brechas de acceso y uso efectivo de prestaciones de salud por parte de esta población y se sustentaba en cuatro enfoques principales, sobre los cuales el Plan de Atención Inicial también se fundó. Estos cuatro enfoques se describen a continuación:

1. Enfoque de Derechos Humanos: según el Programa Piloto de Salud de Inmigrantes “El desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes se enmarca conceptualmente en el Enfoque de Derechos Humanos, entendiendo a los inmigrantes como sujetos de derechos y al Estado como sujeto de obligación. Esta orientación está presente en el Instructivo Presidencial N° 9 de 2008 sobre Política Nacional Migratoria en Chile, que sienta las bases de la política migratoria. En dicho documento se expresa la voluntad de tratar la migración desde el enfoque de derechos humanos y facilitar el proceso de inserción social y económica de los inmigrantes en nuestro país” (32). Se reconocen en este sentido todos los derechos humanos inalienables, así como aquellos adicionales reconocidos en la Convención Internacional de Migrantes Laborales y sus familias.
2. Enfoque de participación: es fundamental incorporar a la sociedad civil y a los mismos inmigrantes en este proceso, fortaleciendo la cohesión y a través de procesos participativos, como también las consideraciones culturales respecto a la atención de salud (32).
3. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud: Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. La situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante relevante de la salud. La población migrante está expuesta a una situación de mayor vulnerabilidad, como abusos en materia de derechos laborales, discriminación, tienen menor acceso a la educación y a la vivienda, etc. (32).
4. Enfoque de interculturalidad en salud: se entiende la interculturalidad en salud como una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a lo hora de desarrollar acciones en relación con un otro extranjero en este caso, que tiene sus propias particularidades, como un espacio de aprendizaje común (32). Según Salaverry, la interculturalidad se define como un “modo de acción en el que las personas, grupos e instituciones conviven y se relacionan desde su diversidad, desde su historia y sus posiciones de poder, de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial” (33). Una mirada más institucional nos ofrece Boccara quien define la salud intercultural como “una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o de una gubernamentalidad de un nuevo tipo que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización”(34).

Conceptos propios

1. Interculturalidad en salud: La interculturalidad históricamente es un concepto que ha sido abordado desde distintas disciplinas, pero que de forma general se entiende como una interacción entre distintas culturas, promoviendo la horizontalidad, es decir que ninguna está por encima de otra. En Chile y en Latinoamérica, este concepto y abordaje práctico nace a la visibilización de necesidades específicas de atención en salud para pueblos indígenas. Esto por la necesidad de incluir la variable sociocultural en la atención en salud. Se tomará la definición de interculturalidad en salud de acuerdo con Alarcón y Vidal, esta es “la necesidad

desde los sistemas y profesionales de salud en incluir un grupo de acciones y normas que incorporen la cultura del paciente en el proceso de atención en salud. Esto llegaría a valorar la diversidad tanto en lo social, cultural y biológico en el proceso de enfermedad y salud, además de mejorar la relación entre el profesional de salud-usuario, y contribuir en que no se forme una barrera en el acceso y oportunidad a una buena atención en salud (35).

2. **Curso de vida:** La probabilidad de enfermar de cualquier persona en la adultez está, al menos parcialmente, pre-determinada por su familia de origen. La perspectiva de curso de vida, iniciada por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, indica que la prevención de factores de riesgo en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana (36).
3. **Vulnerabilidad social en salud:** el concepto de vulnerabilidad social es complejo y multidimensional. Está anclado en los conceptos de desigualdades sociales en salud e inequidades sociales en salud. Expertos internacionales han desarrollado diferentes modelos conceptuales en torno a la definición de vulnerabilidad social. Uno de ellos, indica que la vulnerabilidad social contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ejemplo, pobreza), peligros externos al grupo (ejemplo, terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ejemplo, organización comunitaria ante desastres) como externos (ejemplo, políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de los grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar. Este concepto está íntimamente relacionado además con aspectos éticos, legales, económicos y políticos de las sociedades en las cuales dichos grupos vulnerables se insertan. (19).
4. **Proceso migratorio:** La migración internacional, en el marco amplio de la movilidad humana, es un proceso dinámico en donde las personas y grupos sociales se movilizan entre espacios y territorios geopolíticos. (36). Esta se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia (37). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. Visiones actualizadas del proceso migratorio, proponen el concepto de “migración circular” (38, 39), un fenómeno reportado a nivel mundial, en el que grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones del año y sin asentamiento formal definido.
5. **Salud en Todas las Políticas:** es un enfoque que se aproxima a la salud desde la confluencia de distintos sectores que impactan en la vida y el bienestar de las personas, entre ellos la vivienda, la educación y el trabajo. Este concepto enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en la salud de la población, buscando la sinergia y colaboración entre distintos sectores políticos y públicos. (40)
6. **Bienestar subjetivo en salud:** El bienestar se refiere al óptimo funcionamiento biológico, emocional, psicológico y social de la experiencia humana. Este constructo ha sido abordado desde dos perspectivas, por un lado, enfocado en la felicidad y la ausencia de dolor; y por otro considerando la autorrealización y el grado de funcionamiento que alcanzan las personas en sus contextos particulares (41). En este caso se considerarán ambas, en el entendido del contexto particular del proceso migratorio en la trayectoria de una persona, y las adecuaciones que debe realizar para su óptimo funcionamiento y bienestar en el nuevo contexto de vida que debe enfrentar.

Modelo de atención en salud a nivel primario

A continuación, se presentará brevemente de forma descriptiva el modelo de atención en salud a nivel primario utilizado en Chile, ya que es en este nivel de atención asociado a los CESFAM, en donde el Plan de Atención Inicial de Salud a Personas Migrantes Internacionales fue desarrollado y aplicado. En Chile los niveles de atención en salud se organizan en relación con la complejidad de las atenciones prestadas al usuario, además de la gravedad de la patología a atender. Existen actualmente tres niveles descritos: (i) Nivel primario es la atención realizada por los consultorios, CESFAM, Servicio de Atención Primaria en Urgencias (SAPU) y postas rurales, es considerado como el primer ingreso al sistema de salud público en Chile. (ii) Nivel secundario considera la atención especializada

realizada en hospitales de baja y mediana complejidad, Centros de Referencia de Salud (CRS) y consultorios de especialidades. (iii) Nivel terciario comprende atenciones de alta complejidad realizadas de manera ambulatoria o en los servicios de hospitalizados, comprende Centro de Diagnóstico y Terapéutico (CDT), hospitales de alta complejidad e institutos de derivación de especialidades.

El modelo de atención diseñado para Atención Primaria en Salud (APS) en Chile (Figura 1), actualmente denominado “Modelo de Atención Integral de Salud” comenzó a aplicarse a partir de la creación de los Centros de Salud Familiar desde el año 1997 y con mayor extensión a todo Chile tras la Reforma AUGE de salud basada en equidad desde el 2005. Este modelo, de carácter familiar y comunitario, explica la atención de salud como: “un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado”. Dentro de este modelo se reconocen tres principios irrenunciables para un sistema de salud basado en APS: (i) centrado en las personas, (ii) integralidad de la atención y (iii) que otorgue continuidad del cuidado. Todos estos componentes han sido considerados en la atención inicial que se realizará a la comunidad migrante.

Figura 1: Principios del Modelo de atención integral de Salud Familiar y Comunitaria.



Extraída de: Servicio de Salud Ñuble.

Plan de Atención Inicial de salud a personas Migrantes Internacionales

Componentes de la atención inicial integral de salud

Basándose en los elementos teóricos presentados en las secciones anteriores, el Plan de atención Inicial de Salud a personas Migrantes Internacionales determinó los componentes de la atención integral en salud para la población objetivo. Esto se materializó en acciones y productos concretos esperados del programa:

- Diagnóstico de situación: a través de instrumentos de evaluación cuantitativa (escalas) y cualitativas (entrevistas en

profundidad) se detectan las necesidades concretas y urgentes del usuario migrante y su grupo familiar.

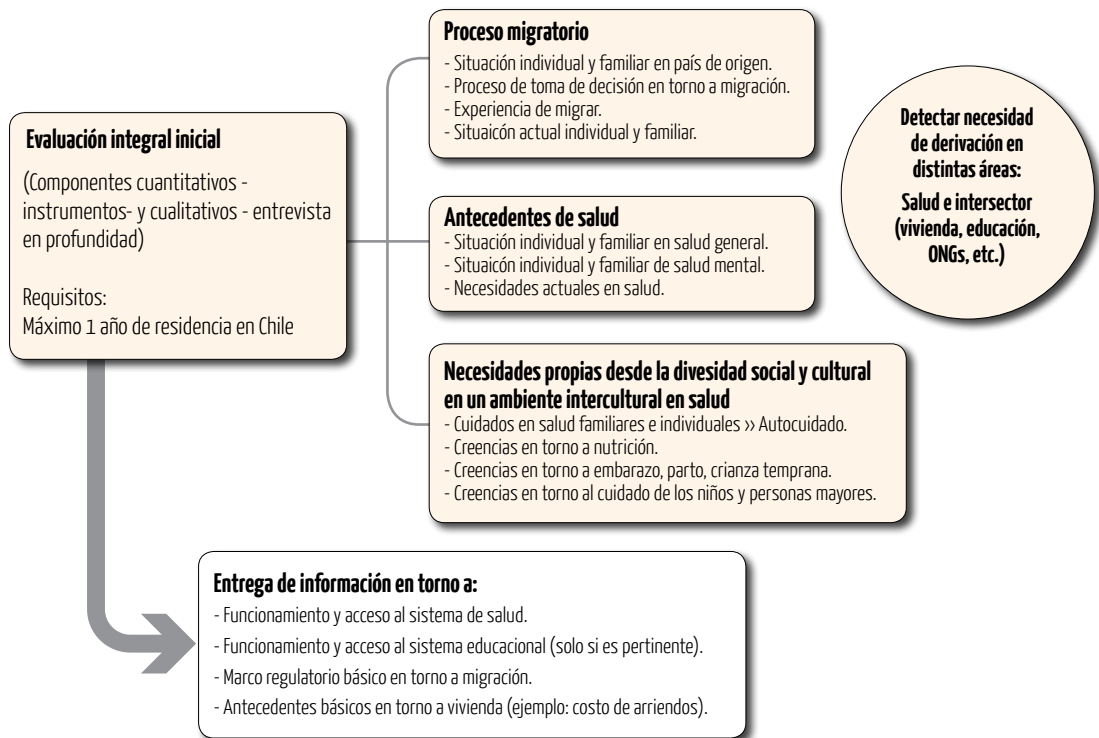
- Entrega de información esencial a usuarios inmigrantes: al finalizar la entrevista y detección de necesidades, se entrega información básica respecto de al menos, los siguientes puntos: funcionamiento y organización del sistema de salud, funcionamiento y acceso al sistema educacional (si es pertinente), marco regulatorio básico en torno a migración, y antecedentes básicos en torno a vivienda.
- Referencia a otras atenciones según necesidad: considerando las necesidades individuales y familiares en cada caso, se realiza derivación directa a los programas ofrecidos por el servicio de salud, por ejemplo: atención de usuarios con condiciones crónicas de salud, atención de salud mental, atención de niño sano, programa ampliado de inmunización, entre otros.
- Síntesis y reporte para trabajadores de salud primario sobre el caso: el cual es incluido en la ficha clínica del servicio de salud primaria.

Ámbitos para evaluar en la atención inicial integral de salud

- Durante la atención directa de salud desarrollada en este plan de atención inicial, se establecieron los siguientes ámbitos esenciales de evaluación diagnóstica: Necesidades propias desde la diversidad social y cultural en un ambiente intercultural en salud: la detección de este tipo de necesidades tiene por objetivo realizar una adaptación de las estrategias en salud orientándose a las creencias, conductas y motivaciones específicas de cada familia migrante. Entre las temáticas que se indagan se encuentran: creencias en torno a autocuidado en salud y cuidado familiar; creencias en torno a nutrición; creencias en torno a embarazo, parto y crianza temprana; y creencias en torno al cuidado de los niños y las personas mayores.
- Necesidades de derivación (relacionado con el enfoque Salud en Todas las Políticas): se detectan necesidades de derivación a la red formal de salud y también hacia otros sectores tales como educación o el departamento de extranjería, colectivos organizados civiles de migrantes, entre otros. Se busca favorecer la sinergia y la colaboración entre distintos sectores.
- Historia de curso de vida: se privilegia un enfoque de curso de vida durante la entrevista en profundidad, tanto a nivel individual como familiar, con el propósito de entender las necesidades que surjan desde la trayectoria de vida propia de cada persona, su realidad particular y necesidades específicas. Junto con ello, se pregunta en forma explícita sobre condicionantes de la salud, desde el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, tales como calidad de vivienda, hacinamiento, saneamiento básico, apoyo social, entre otros.
- Historia de proceso migratorio: se indaga en el proceso migratorio completo individual y familiar, desde el momento previo a tomar la decisión de migrar, el proceso y la experiencia de migración y el proceso de asentamiento.

A continuación, se presenta en la figura 2 los requisitos de participación para realizar la inscripción de los migrantes al programa, describe los componentes principales de la atención inicial a estos y paralelo a esta intervención la detección de necesidades para realizar las correspondientes derivaciones dentro del mismo centro de salud. Por último, la entrega de información y material educativo a los usuarios atendidos. Además, en la Tabla 1 se consideran la intersección de las tres variables antes descritas en consideración a la implementación del programa.

Figura 2: Descripción de componentes de la intervención: plan de atención inicial de salud a personas migrantes internacionales.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1: Intersección entre pilares conceptuales, definiciones operativas y el modelo de atención inicial integral de salud de Inmigrantes

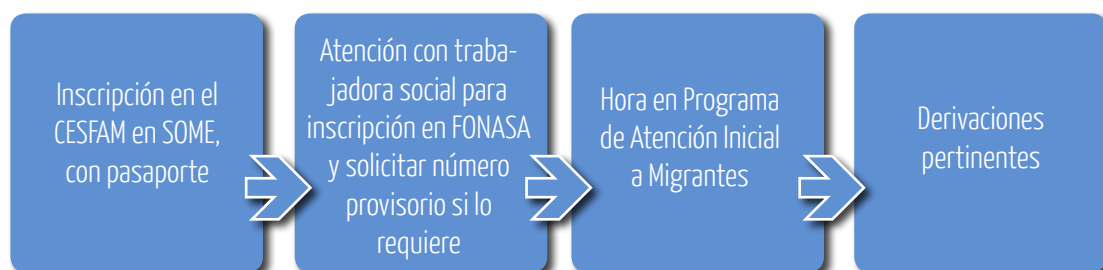
Modelo Salud Familiar	Pilares Conceptuales Piloto Salud Inmigrantes	Definiciones Operativas	Abordaje en el Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Inmigrantes
Modelo centrado en la persona Integralidad de la atención Continuidad del cuidado	Enfoque de derechos humanos	Interculturalidad en salud	Se evalúan áreas específicas en torno a interculturalidad en salud, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en salud familiares e individuales à Autocuidado. • Creencias en torno a nutrición. • Creencias en torno a embarazo, parto, crianza temprana. • Creencias en torno al cuidado de los niños y personas mayores.
		Curso de Vida	Se indaga en enfoque de curso de vida individual y familiar del inmigrante.
	Enfoque de participación	Proceso Migratorio	Se indaga en: <ul style="list-style-type: none"> • Situación individual y familiar en país de origen. • Proceso de toma de decisión en torno a migración. • Experiencia de migrar. • Situación actual individual y familiar.
		Vulnerabilidad Social en Salud	Se evalúan condiciones de vida del migrante y su familia que lo sitúen en posición de vulnerabilidad social (ejemplo: condiciones de vivienda, hacinamiento, etc.).
	Enfoque de determinación social de la salud	Salud en Todas las Políticas	Se detectan necesidades en distintos ámbitos y se realizara derivación oportuna al área salud e intersector.
	Enfoque de interculturalidad en salud	Bienestar Subjetivo	Se indaga en las necesidades específicas individuales y familiares, y se plantearan objetivos específicos para el logro de mayor bienestar.

Fuente: Elaboración propia.

A partir del modelo de atención diseñado originalmente, se elaboró una ficha o protocolo concreto de atención para el Plan de Atención Inicial de salud del Migrante Internacional en centros de atención primaria de la Municipalidad de Santiago. Esta ficha de atención fue construida en base a recomendaciones internacionales estándares en interculturalidad en salud, información fundamental del protocolo estándar de atención de salud familiar, y elementos adicionales relevantes para el proceso migratorio. Una vez elaborada la ficha de atención, fue mejorada mediante un levantamiento rápido de información desde el personal de salud. Se recopilaron percepciones sobre la ficha desde distintos trabajadores de salud primaria lo que incluyó a: médicos, enfermeros, matronas, asistentes sociales, dentista, kinesiólogo, nutricionista y psicólogo. Esto se realizó en forma presencial o telefónica con líderes de cada estamento durante el mes de marzo del 2016.

Esta evaluación consistió en la identificación de 6 a 8 aspectos de especial relevancia a indagar sobre la población migrante que por los entrevistados. Cada uno de estos aspectos fue contrastado con la ficha preliminar, la cual fue actualizada dando como resultado una versión final para iniciar la fase de pilotaje de este plan de atención. La Figura 3 da cuenta del flujograma general de funcionamiento del Plan de Atención Inicial de salud del Migrante Internacional. En un principio los futuros usuarios ingresan directamente al Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) central ya sea con cédula de identidad o pasaporte para realizar su inscripción. Luego, son derivados directamente con la trabajadora social del centro de salud para poder realizar la inscripción a FONASA y solicitar un número provisorio de salud, que correspondería a un RUT, en caso de solo contar con el pasaporte. Finalmente, la o el trabajador social realiza la derivación directa al programa.

Figura 3: Flujograma de acceso al Modelo de Atención Inicial de Salud de personas migrantes internacionales



Fuente: Elaboración propia.

Evaluación del piloto a un año de implementación (finales del año 2018)

Descripción del piloto

El piloto se implementó desde el 03 de mayo al 28 de diciembre. El horario de funcionamiento del programa incluía los días los martes y miércoles desde las 17 a las 20 horas, originalmente con 12 cupos de atención semanales (mayo a julio), para luego ampliarla a 16 cupos semanales (agosto a diciembre). Los pacientes eran captados por personal del SOME central cuando solicitaban ingreso a alguna actividad del centro de salud. Posteriormente se agendaban vía electrónica en el horario ya descrito.

Las atenciones fueron brindadas por parte de un equipo de profesionales de salud entrenado (matrona), pertenecientes al centro de salud Domeyko de la comuna de Santiago y a profesionales representantes del Programa de Estudios Sociales en Salud (médico, enfermeras y psicólogas).

La atención de salud contemplaba:

1. Evaluación integral inicial (con componentes cualitativos y cuantitativos), las que contenían:
 - a) Recomendaciones para el evaluador
 - g) Antecedentes del proceso migratorio
 - h) Condiciones de Vida
 - i) Antecedentes de Salud
 - j) Necesidades de salud percibidas
 - k) Necesidades desde la diversidad social y cultural en ambiente de interculturalidad en salud
2. Diagnóstico de situación y detección de necesidades
3. Entrega de información y referencia a otras atenciones según correspondiese.

Las atenciones se registraron en ficha electrónica para el registro administrativo de los datos de pacientes, OMI, disponible abiertamente para cualquier profesional del CESFAM que lo requiriera. Una vez finalizada la atención, se entregaba un breve cuestionario auto-aplicado de satisfacción usuaria, que evaluaba en escala de “muy satisfecho” a “poco satisfecho” la atención recibida en cuanto a: espacio físico, tiempo dedicado a la atención, comunicación y lenguaje profesional, las preguntas realizadas, el trato recibido y el haber obtenido la atención que se esperaba. Esto daba cuenta de una evaluación breve inmediata de parte de los participantes.

Metodología de evaluación del piloto

El piloto se evaluó considerando los siguientes cinco aspectos que serán desarrollados con mayor profundidad en los apartados siguientes:

1. Análisis de datos obtenidos en la evaluación integral inicial.
2. Análisis y seguimiento de derivaciones a 30 días de realizada la atención de salud.
3. Análisis de encuesta inmediata de satisfacción usuaria.
4. Encuesta virtual a funcionarios del CESFAM Domeyko tras 10 meses de implementado el piloto.
5. Análisis de instrumento aplicado para la realización de la evaluación integral inicial por parte de los profesionales que realizaron las atenciones de salud.

Análisis de datos obtenidos en la evaluación integral inicial

Para conocer el seguimiento y cumplimiento de las derivaciones realizadas por el Plan de Atención Inicial a estos pacientes, se revisaron dos fuentes: por una parte, una revisión manual de cada paciente agendado, tras un mes de implementada la evaluación; y por otra parte una base de datos final enviada por parte de la Unidad de Gestión Estadística del Departamento de Salud de la Municipalidad de Santiago, que contenía el consolidado de pacientes agendados durante el periodo de implementación del piloto. De acuerdo con las atenciones brindadas por distintos profesionales, éstas fueron realizadas por matrona (49,8%), enfermera (29,1%), psicólogo (20,3%) y médico (0,8%). De 432 inmigrantes agendados, 265 asistieron a su consulta de salud (61,4%). De este porcentaje, un 82,6% fueron mujeres, la mayoría procedentes de Venezuela (40,7%), Perú (24,5%) y Colombia (14,3%). Las edades más frecuentes eran usuarios menores de 30 años (18 a 25 años 32,8% y 26 a 30 años 23,7%). Respecto a las condiciones

de ingreso de su trayecto migratorio, un 95,5% señaló ingresar por pasos fronterizos legales. El estatus migratorio mayoritario fue “visa en trámite” (53,9%), seguido de visa turista (26,0%) y situación irregular (11,7%).

En relación con la experiencia migratoria, la mayoría de los usuarios la definían como “buena” o “tranquila” (49,0%). Al momento de calificar con una nota, en una escala de un 1 a un 7, la nota más frecuente fue de 7 (29,1%) seguida de un 6 (24,7%). Respecto a las dificultades que señalaron enfrentar en este proceso, se destacan la cantidad de horas de viaje para llegar a Chile y particularmente a Santiago (11,4%) y sentimientos de tristeza por dejar a sus familias atrás (9,5%).

Respecto a los motivos de migración mencionados por los usuarios, se encuentran: búsqueda de trabajo (33,2%), mejores oportunidades (30,2%) y conflictos civiles y armados en el país de origen (29,5%). Al preguntarles a los usuarios sobre los motivos de haber elegido Chile como país de destino, la respuesta más frecuente fue “reencuentro con otros familiares que ya residían en el país” (39,8%), seguido de “mejores oportunidades laborales” (19,19%) y la “economía y estabilidad del país” (18,8%).

Tabla 2: Experiencia Migratoria.

Experiencia Migratoria	n	%
“Tranquila” / “Buena Experiencia”	133	49,0
Otro	43	15,8
Experiencia triste por dejar familia atrás	26	9,5
Dificultades al llegar, particularmente en búsqueda de vivienda y trabajo	16	5,9
No contesta/en blanco	9	3,3
Dificultados en la aduana por exceso de burocracia	6	2,2
Dificultades en idioma	2	7,7
Total	235	86,4

Tabla 3: Motivos de Migración.

Experiencia Migratoria	n	%
Búsqueda de trabajo	90	33,2
Mejores oportunidades	82	30,2
Conflictos civiles y armados en país de origen	80	29,5
Necesidades de dinero	51	18,8
Calidad de Vida	38	14,0
Reencuentro con Familiares ya residentes en Chile	35	12,9
Otro	25	9,2
Inseguridad en país de origen	17	6,2
Embarazo	3	1,1
Total	421	155,1

Respecto a las condiciones socioeconómicas, el ingreso mensual promedio declarado fue de \$312.690, encontrándose el tramo más frecuente entre \$250.001 y \$350.000 (20,3%). Un 24,3% de los usuarios señaló no percibir ingresos y estar viviendo de ahorros y ayuda de familiares y/o amigos. Un 25,7% de los pacientes entrevistados señaló enviar algún porcentaje de remesas (envío de dinero al país de origen), dentro de las cuales destaca como principal mayoría el envío entre un 11 y un 20% de su sueldo (9,2%).

Respecto a las condiciones de vivienda, un 50,1% refirió vivir en una vivienda arrendada. Respecto a la habitabilidad, la gran mayoría señaló vivir sin hacinamiento (63,4%) mientras que en hacinamiento crítico un 3,6%. Un 17,7% señala no sentirse seguro en el

espacio donde vive, argumentando que la planta física es riesgosa/inadecuada/deficiente en un 45,8% de los casos, seguido de un barrio peligroso (18,7%).

Al momento de indagar respecto a experiencias de discriminación en Chile, tanto hacia ellos o familiares, si bien la gran mayoría respondió que “no” (66,7%), un alarmante 19,56% respondió que “sí”, siendo lugares frecuentes la calle, el trabajo y locales comerciales. Normalmente las experiencias se traducían en insultos, no entrega de servicios, negativa al postular a trabajos, entre otros. Algunas de las respuestas fueron:

Tabla 4: Relatos de discriminación en Chile

“Sí, me he sentido discriminada, en 2 ocasiones: en la feria: en una fila me faltaron el respeto y me dijeron déjeme pasar porque yo estoy en mi país y en el metro, me culparon de robarme un celular”

“Mi hermanita no se quiso cambiar a una escuela con solo niños blancos, sin niños de su color”

“Por ahora no, un canal nacional Chilevisión sacó un programa fuerte sobre colombianos donde nos catalogaban como sicarios. Inclusive, que ahora la gente nos tiene miedo, desconfianza. Lo vi por internet”

“Sí, fui a comprar a la vega y pregunté por el precio de un producto y me dijeron que no le vendían a extranjeros”

“Sí, en el supermercado, le pregunté a una reponedora cual era nombre de los aguacates, y ella me respondió que en Chile solo se hablaba español, sin dar respuesta a mi pregunta”

“He vivido situaciones de discriminación, sobre todo cuando he solicitado trabajo. Normalmente me confunden con colombianas y le dicen que no le dan trabajo a colombianas”

“Sí. Cuando camina por las calles o cuando solicita trabajo me han dicho que me devuelva a mi país. En un trabajo que tuve de asesora del hogar en Santiago, mi jefa me trataba mal, la hija de mi jefa (adolescente) decía que los colombianos eran ladrones. Por estas razones decidí renunciar”

“Sí, en un parque las personas se alejaron de donde estábamos con mi hijo”

“Sí, en un restaurante una señora no me quiso atender por ser colombiana”

“Sí. (no quiso contar... empezó a llorar) yo estaba buscando trabajo, y me dijeron que dijera que soy venezolana, pero no puedo mentir, y la señora donde trabajaba se enteró que soy colombiana y me tiró como un perro en la calle con maletas y todo y no me pagó el día, porque unos colombianos la ahorcaron, y le robaron”

“Sí, en la PDI, me dijeron que los peruanos tenían la costumbre de no trabajar aquí en Chile”

“Sí, en tiendas que ofrecen trabajo, entro y no me dan trabajo, dicen está completo, yo creo que es por mi color de piel o mi forma de ser”

“Sí. un día fuimos a comer con una amiga, la atención era pésima, y nos dijeron que no atendieron a inmigrantes peruanos. Vendía comida peruana”

“¿Violencia en las calles, le me? han dicho que se devuelva a su país”

“Sí, aquí son muy discriminativos(sic) contra los negros. Incluso, mi jefa a veces me siento que no me aguanta, no le pone atención a uno”

Respecto a la atención de salud, los motivos de consulta más frecuentes al Plan de Atención Inicial fueron controles preventivos (52,8%) y de embarazo (32,0%). Respecto a la autoevaluación de salud, para el caso de la pregunta ¿Cómo califica su estado de salud actual? (rango 1-7), la respuesta más frecuente fue nota 7 (31,3%), seguido de nota 6 (23,6%). La salud mental auto-reportada durante las atenciones de este programa fue evaluada con nota 7 en el 37,6% de los casos. El sistema de salud chileno fue más frecuentemente evaluado con nota 7 (31,3%).

Análisis y seguimiento de derivaciones a 30 días de realizada la atención de salud.

La mayoría de las derivaciones fueron a atención prenatal (32,08%), controles preventivos con matrona (29,81%) y trabajadora social (27,17%). El mayor porcentaje de cumplimiento se encuentra en la derivación a control prenatal (94,1%), seguido del Control Programa Crónicos (80%) y consulta con trabajadora social (75%). Las derivaciones que tuvieron más bajo cumplimiento fueron la baciloscopía (0%), urgencia (33,3%) y EMPA (qué es) (43,4%).

Tabla 5: Distribución de las derivaciones solicitadas.

Derivaciones realizadas	n	%
Matrona ingreso embarazo	85	32,0
Matrona Planificación Familiar	79	29,8
Trabajadora Social	72	27,1
EMPA	53	20,0
Control sano/Ficha CLAP	38	14,3
Médico morbilidad	28	10,5
Exámenes	12	4,5
Médico salud mental	7	2,6
Urgencia (SAPU-dental)	6	2,2
Control Crónicos	5	1,8
Baciloscopía	3	1,1
Total, derivaciones	388	145,9

Tabla 6: Distribución de las derivaciones efectuadas (demandas satisfechas).

Demandas satisfechas (calculada a partir de derivaciones)	n	%
Matrona ingreso embarazo	80	94,1
Trabajadora Social	54	75,0
Matrona Planificación Familiar	48	61,0
Control sano/Ficha CLAP	23	60,5
EMPA	23	43,3
Médico morbilidad	19	67,8
Exámenes	9	7,0
Control Crónicos	4	80,0
Urgencia (SAPU-dental)	2	33,3
Médico salud mental	0	0,0
Baciloscopía	0	0,0
Total	239	522

Análisis de encuesta inmediata de satisfacción usuaria

La encuesta de satisfacción usuaria fue aplicada inmediatamente posterior a la atención, en la sala de espera. Este instrumento tuvo como objetivo medir la percepción de satisfacción inmediata de la atención de salud, mediante una escala que iba desde “nada satisfecho” a “muy satisfecho”, la percepción de los usuarios tras recibir su atención. Fue aplicado por ayudantes de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo, quienes asistieron por un tiempo limitado de la implementación, para realizar la aplicación a los usuarios del programa.

Se pudieron recolectar un total de 146 encuestas respondidas. En su mayoría, los usuarios evaluaron como “muy satisfecho” a todos los elementos del cuestionario: espacio físico (73,5%), el tiempo dedicado a la atención (82,1%), la comunicación y el lenguaje profesional (92,4%), las preguntas que se realizaron durante el control (80,8%), el trato del profesional (95,2%) y la limpieza/higiene del lugar (81,5%). Frente a la pregunta ¿Obtuvo la atención que esperaba en esta oportunidad? la respuesta fue “sí” en un 95,5% de los casos.

Tabla 7: Distribución de los ítems de la Encuesta de Satisfacción Usuaria

Indicador	Muy Satisfecho		Satisfecho		Poco satisfecho		Nada Satisfecho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
El espacio físico de la atención	108	73,9	34	23,28	4	2,7	0	0
El tiempo dedicado a la atención	120	82,1	26	17,81	0	0	0	0
La comunicación y lenguaje del profesional	135	92,4	9	6,16	2	1,3	0	0
Las preguntas que se le hicieron	118	80,8	27	18,49	1	0,68	0	0
El trato del profesional	139	95,2	7	4,79	0	0	0	0
La limpieza/higiene del lugar	119	81,5	27	17,3	0	0	0	0
Obtuvo la atención que esperaba	Sí= 96,5% (n=141)				No= 0,6% (n=1)			

Encuesta online a funcionarios del CESFAM Domeyko tras 10 meses de implementado el piloto

Durante el mes de diciembre del 2016, se envió vía mail a los jefes de sector y directivos del CESFAM Domeyko (n=11, sobre el 80% de tasa de respuesta de quienes se invitaron a participar), una encuesta electrónica que contenía 10 preguntas de alternativas y respuesta simple, la que buscaban indagar en la percepción de aspectos generales de la implementación del programa, cuyos resultados se detallan a continuación:

- Un 100% de los encuestados considera que el tema migración y salud es importante en el CESFAM Domeyko.
- Un 66,6% de los entrevistados reconoció como importante la existencia de un programa de bienvenida en el CESFAM Domeyko.
- Un 45,4% de los encuestados (n=5) reconoció al programa piloto como parte de los programas o protocolos específicos de atención de salud migrante actualmente implementados en el CESFAM Domeyko.
- En un 80% de los casos se señala haber utilizado la información disponible de dicho programa para otras atenciones del centro.
- En un 55,5% de los casos se reconoció como “muy bueno” el horario de funcionamiento del piloto (martes y miércoles de 17 a 20 horas.). Respecto a la cantidad de cupos (16 por semana), un 62,5% de los entrevistados lo evaluó como “bueno”.
- En relación con una eventual incorporación de atenciones dentro del horario de funcionamiento normal del centro, un 55,5% de los entrevistados lo consideraba necesario, mientras que un 44,4% consideraba que, a pesar de ser necesario, era complejo por falta de espacio.

- Respecto a las actitudes de los trabajadores de salud hacia los migrantes en este centro, la “*amabilidad*” y el “*trato no discriminatorio*” fueron reconocidos como “*buenos*” en un 62,5% de los casos, mientras que la “*comunicación asertiva*” en un 37,5% fue identificada como “*deficiente*”.
- Al momento de indagar respecto al interés por recibir entrenamiento o capacitación respecto a salud y migración, un 87,5% de los entrevistados indicó estar interesado. Las preferencias de temáticas se distribuyen de la siguiente manera:
 - a) Interculturalidad en salud en migrantes internacionales: 28,5%
 - b) Migración como Determinante Social de la Salud: 85,7%
 - c) Políticas de Salud para inmigrantes en Chile: 57,1%
 - d) Migración internacional y Derechos Humanos: 71,4%
 - e) Equidad y salud migrante: 57,1%
 - f) Salud mental y migración: 57,1%
 - g) Culturas y costumbres de países con mayor presencia en el centro: 57,1%
 - h) Otro: “*sensibilizar a las/os funcionarios de salud respecto a la migración, lo difícil para las personas o familias salir de sus países de origen y venir a un lugar totalmente desconocido y sin redes de apoyo*”

Mejoramiento y escalamiento (expansión) de la intervención a toda la comuna

La intervención fue revisada y mejorada de manera permanente. Además, la estrecha colaboración durante cada acción realizada en la implementación inicial con la Dirección de Salud comunal y los equipos de salud facilitó la aprehensión de este programa por equipos de salud de otros CESFAM de la comuna. Esta etapa de escalamiento o expansión territorial ocurrió de manera armónica y natural una vez que la intervención fue valorada y reconocida como necesaria para la APS por las autoridades comunales. Entre las propuestas de mejoras reconocidas para esta intervención, la consideración de tener conocimiento y poder aumentar la comunicación entre los equipos de trabajos resulta primordial para el proceso de la atención en el programa; además de la capacitación de todos los profesionales tanto como de salud y administrativos para que estuviesen en conocimiento del protocolo de atención asociado al programa, objetivos y propósitos de este con el fin de poder vincularlos a través de la derivación.

También se reconoce la importancia de concretar con los mismos profesionales, reuniones en las que se pudiese conocer sus dudas o comentarios sobre el programa y cómo alcanzar una mejor alianza de trabajo de los equipos para la mejora de atención. En relación con las derivaciones realizadas, fue fundamental darle continuidad y seguimiento al flujo de estos usuarios a lo menos cada 30 días, para ver la efectividad del programa con la vinculación de estos pacientes al centro de salud, en especial aquellos que son derivados a salud mental.

Otra dimensión importante fue la de poner a disposición de los usuarios horarios de atención dentro de lo habitual del centro de salud, asimismo disponer de material educativo y didáctico tanto en español como en creole. Con esto último la disposición de otro facilitador lingüístico para complementar las atenciones entregadas es de gran importancia para poder acoger de mejor manera a poblaciones migrantes internacionales. Por último, fue importante entregar información detallada de lugares donde los migrantes pudiesen acercarse a consultar sobre aspectos migratorios y de salud (oficinas de extranjería, Policía de Investigación, hospitales, CESFAM, etc.). Esto con el fin de resolver dudas y entregar información general, ya sea respecto a salud, trámites de legalización, obtención de visas, entre otros. Esta información se entregó por diversos medios de comunicación, incluyendo llamadas telefónicas, vía web, infografías, aplicaciones, radio, trípticos e incluso publicidad en servicios públicos.

En junio del año 2018 se presentó formalmente el Programa Piloto de Atención Inicial a Migrantes Internacionales a la municipalidad de La Granja, en el sector sur-oriente de la región Metropolitana. En ese momento la comuna inicia el Programa Ministerial de Inmigrantes para APS, programa destinado a migrantes internacionales en donde se implantarían diferentes estrategias para abordar desde distintas áreas a la población de inmigrantes de esta comuna (talleres, cursos, ferias de emprendimiento, etc). En ese tiempo se estimaba que solo en la comuna vivían alrededor de 2.800 personas extranjeras. Este registro fue obtenido a través del sistema de atención AVIS (ficha electrónica administrativa para el registro de datos de pacientes), utilizado en los centros de salud primarios de la comuna. En su mayoría la población correspondía a población haitiana por sobre migrantes colombianos, peruanos, ecuatorianos, venezolanos, entre otros. El CESFAM La Granja, es el que tiene mayor cantidad de usuarios migrantes de la comuna con alrededor de 1.155 inscritos desde el año 2016; por lo que se decidió implementar el programa específicamente en este lugar.

Descripción de la implementación inicial en el año 2018

Se comenzó a implementar el piloto en septiembre del año 2018, las atenciones continuaron hasta diciembre de ese mismo año y se reiniciaron a principios de mayo del año 2019. Por razones de fuerza social en el país el 2019 se atendieron usuarios hasta mitad del mes de octubre. El funcionamiento del programa en un principio se realizaba los días los miércoles desde las 17 a las 20 horas, en donde se atendían inmigrantes en dos boxes, recibiendo en su totalidad a 6 usuarios por día; cada uno con un total de 60 minutos por atención. En un inicio, los pacientes al inscribirse en el CESFAM eran derivados directamente desde el SOME central y desde el servicio de atención en gestión del usuario. Luego las derivaciones fueron haciéndose por los mismos profesionales del centro médico, específicamente psicólogos y matronas que comenzaron con las derivaciones al programa. Estas se agendaban directamente con los profesionales asignados por día en el horario establecido.

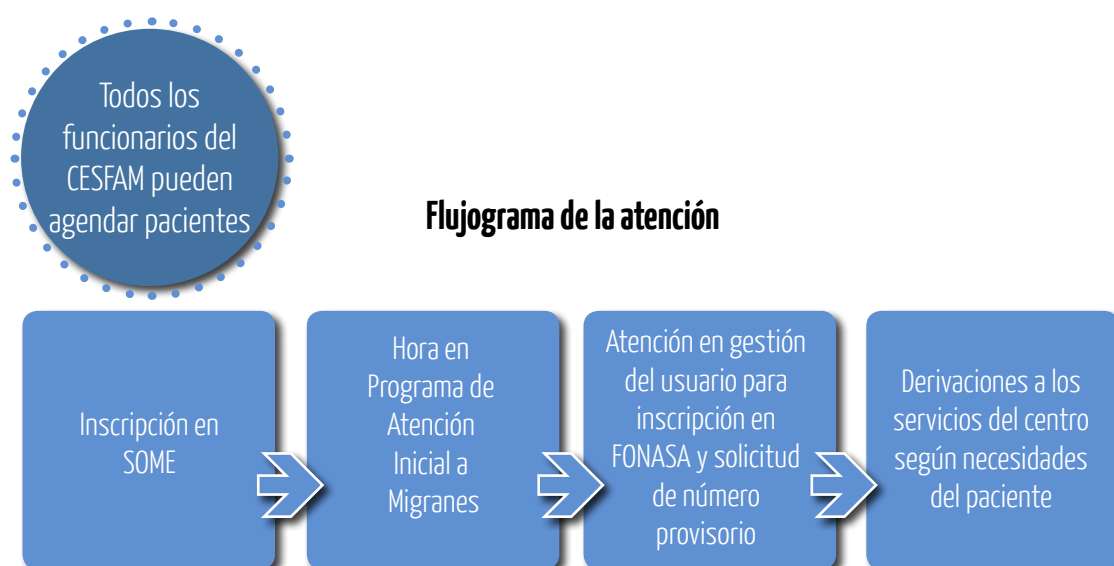
Las atenciones en un principio fueron brindadas por un equipo de profesionales capacitados, representantes del Programa de Estudios Sociales en Salud (enfermeras y psicóloga), por parte del equipo del Centro de Salud Mental (COSAM) perteneciente a la comuna (psicóloga), además se contó con la participación de una facilitadora lingüística de nacionalidad haitiana (médico) y una funcionaria del CESFAM La Granja para atención de salud (matrona). La atención de salud contemplaba los mismos elementos y dimensiones otorgados en el centro de salud Domeyko: evaluación integral inicial, diagnóstico de situación y detección de necesidades; finalmente entrega de información y derivación a otras atenciones del mismo centro.

Estas atenciones eran registradas a través de la ficha electrónica de los pacientes, AVIS, quedando disponible para todos aquellos profesionales que atienden en la comuna. Desde septiembre a noviembre del 2018 se agendaron un total de 40 consultas a usuarios inmigrantes, de los cuales se atendieron efectivamente 30, teniendo un 75% de asistencia efectiva. De las derivaciones realizadas por los profesionales del programa, la mayoría fueron para realización de PAP (35%), EMPA (23%), planificación familiar (22%), morbilidad (6%), ingreso por embarazo (4%), psicólogo (4%), dental (4%) y programa de salud cardiovascular (2%).

Finalizando el 2018 y haciendo una síntesis de todas las atenciones que se realizaron, se fijaron puntos de mejora para el año 2019. Uno de estos fue el de mejorar el flujograma de atención, ya que muchos de los profesionales no tenían claro que podían derivar directamente pacientes al programa, mientras cumplieran con los criterios de atención, llevar menos de un año en Chile o nunca haber sido atendidos en el sistema de salud. Por otro lado, se detectó otro punto a mejorar: los funcionarios que atendían en el SOME central variaban en muchas ocasiones y no todos los que rotaban por este lugar estaban al tanto del funcionamiento del programa. Punto importante ya que la inscripción de los usuarios se realizaba en esta unidad. Por lo que se proponía realizar una capacitación para aquellos que cumplieran este rol.

Dentro de los objetivos propuestos para este año en el Programa de Atención Inicial a Inmigrantes, fue, por una parte, el de trabajar en la mejora del flujograma de atenciones, con el fin de aumentar las derivaciones al programa por parte de los mismos profesionales de salud y directamente desde el SOME. Por otra parte, el de mejorar el seguimiento de pacientes al programa. En la Figura 4 podemos observar el flujograma de funcionamiento del Plan de Atención Inicial de salud de Migrante Internacional en la comuna de La Granja. Este prioriza no solo la derivación directa desde el SOME central y la unidad de atención en gestión del usuario en donde se realiza la inscripción directa a FONASA y solicitud de rut provisorio en caso de solo contar con pasaporte, sino que además todos aquellos profesionales que trabajan en el CESFAM La Granja pudieran derivar a los migrantes que reciben en sus atenciones directamente al programa; siempre y cuando cumplieren con el criterio de atención.

Figura 4: Flujograma de funcionamiento del Plan de Atención Inicial de salud de Migrante Internacional en la comuna de La Granja.



- » Pueden derivarse al programa todos aquellos migrantes que estén inscritos en el CESFAM y lleven menos o igual a un año en Chile.
- » Aunque hayan sido atendidos por otros profesionales, deben ser derivados al programa con el fin de entregarles herramientas sobre el sistema de salud y derivar según necesidad.
- » La primera pesquisa de estos pacientes es directamente cuando se inscriben al CESFAM;

Fuente: Elaboración propia.

Durante el 2019 en el CESFAM de La Granja hubo un cambio de profesionales en las distintas áreas, por lo que se realizaron dos capacitaciones adicionales enfocadas en no solo dar a conocer el programa a los nuevos profesionales, si no que en presentar el flujograma de atención a los equipos de salud que realizarían o facilitarían estas atenciones. A diferencia del año 2018, se realizaron las atenciones los martes en horario de extensión, es decir, de 17:00-20:00 horas. En cuanto al espacio y los profesionales se realizaron las consultas en dos boxes, cada profesional con tres pacientes citados. Participaron por parte del CESFAM nuevamente una matrona, una facilitadora lingüística, una psicóloga perteneciente al COSAM de la comuna y parte del equipo del Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA ICIM UDD), en específico, enfermeras. En relación con el uso del programa AVIS, el año 2019 en la plataforma fue implementado oficialmente el Plan de Atención Inicial a migrantes que contenía el formulario de atención directamente en la ficha del usuario. Esto facilitó el sistema de atención, ya que los usuarios quedaban registrados oficialmente en los programas dentro de la comuna de La Granja y en cada centro de atención primaria perteneciente a esta red.

En base a esto las atenciones registradas en el sistema AVIS durante los meses de junio hasta las primeras dos semanas de octubre, fueron aproximadamente 29 realizadas de un total de 41 pacientes citados, teniendo un 70.7% de asistencia y un 29.3% de inasistencia. Posterior a esa etapa, se inició una planificación más exigente, con más cupos por hora y con algunos sobrecupos, para responder a la demanda de citas requeridas por la población inmigrante de la zona. Por otro lado, se logró implementar la entrega de la “Guía Práctica para la atención de salud a personas migrantes independiente de su situación migratoria”, que fue desarrollada por el programa comunal de migrantes de la comuna de La Granja, donde se especifican ciertas informaciones importantes como las direcciones de centros de atención en salud de la comuna, el cómo y cuándo saber si consultar en un SAPU o la urgencia hospitalaria, la categorización del servicio de urgencia, la explicación de manera abreviada los programas de los centros de salud primaria (EMPA, EFAM, Programa de Salud Cardiovascular, Programa Chile Crece Contigo (ChCc), etc.), entre otros. Además de realizar entrega de la cartilla del Programa Chile Crece Contigo sobre los Derechos de las gestantes, niños y niñas extranjeros, un nuevo material didáctico en español y traducido al creole con apoyo de nuestro equipo de investigación. La entrega de este material tuvo una excelente recepción por parte de los migrantes atendidos.

Finalmente se deja tramitada la posibilidad de expandir estas atenciones al módulo docente del consultorio Malaquías Concha, en donde atienden no solo profesionales de la salud, sino que además estudiantes de las diferentes carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Del Desarrollo, a pacientes que están inscritos en este centro de atención primaria. Con esto y en un futuro cercano, se espera integrar a estudiantes de la facultad durante las atenciones a personas migrantes como parte de su formación profesional, en donde podrán desarrollar habilidades comunicacionales, blandas y finalmente aplicar el trabajo multidisciplinario.

Conclusión

La mayoría de las personas busca el desarrollo de su vida en su país de origen, pero por diferentes razones, ya sean económicas, políticas o sociales, algunas de ellas deciden migrar. Aproximadamente desde la década de los 70 comenzaron los grandes movimientos de población en el mundo, y en la actualidad es una temática global. Los especialistas llaman al tiempo actual la era de la migración. Se debate, a diferentes niveles, materias asociadas al movimiento de personas que en último tiempo se ha visto masificado, puesto que este aumento de flujos migratorios ha detonado la necesidad de poder buscar lineamientos en coordinación y cooperación tanto nacional como internacionalmente. Esto es indispensable para responder a esta transición de movilidad humana y transformación demográfica y económica-social, como resultado del movimiento de la población.

El propósito de este proyecto fue el de contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile y en específico en la Región Metropolitana, por medio del diseño, implementación, evaluación y mejora continua de un Plan de Atención Inicial de Salud a Personas Migrantes Internacionales. Los objetivos específicos de este programa fueron cumpliéndose a la medida que se realizaban las acciones estratégicas de cada momento de desarrollo de este Plan, junto con las atenciones en los centros de salud familiar previamente descritos. Los pacientes que asistían al programa destacaban era la calidez de la atención y que sentían era una bienvenida para ellos no solo del país, sino que además al servicio de salud. La evaluación inmediata en general era positiva y los equipos de salud y directivos valoraron la iniciativa. No obstante, se observaban dificultades idiomáticas en el caso de los usuarios haitianos, pero la facilidad de poder contar con un facilitador lingüístico generaba una mejora en la comunicación con este. La entrega de información sobre el funcionamiento del sistema de salud y servicios básicos ayudaba a resolver muchas dudas y daba paso a nuevo conocimiento respecto a este funcionamiento; dando la posibilidad de conocer su estructura, horarios, beneficios, entre otros.

Este programa ha sido implementado, evaluado y seguido en su expansión desde hace cinco años, y ha logrado atender a una población de migrantes internacionales de más de 2.000 familias, que residen en las comunas de Santiago y La Granja, correspondientes a las Región Metropolitana de Chile. Uno de sus logros ha sido la posibilidad de quedar instaurado en las atenciones realizadas ampliamente en los centros de salud familiar de Santiago, lo que ha visibilizado la importancia de acercar de manera formal y sistemática a poblaciones migrantes al sistema de salud. También ha dado espacio a las necesidades de salud y disminución de las brechas existentes respecto al acceso al sistema público de salud en Chile por parte de los migrantes internacionales. Los resultados, materiales y trabajos asociados al programa quedan a disposición de todo el público y pueden ser descargados del

repositorio institucional de la Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo. Finalmente, el capítulo permite tener una mirada actualizada del programa, dando cuenta, a través del tiempo, de sus logros, aprendizajes y desafíos pendientes. Este programa destaca la importancia de la participación por parte del equipo interdisciplinario en el cuidado del proceso de enfermedad o salud de cualquier usuario e incluido los migrantes internacionales. Se concluye que, como estrategia de mejora en salud de los migrantes internacionales, este programa sería una forma concreta y eficaz de contribuir a la disminución de las brechas en acceso y oportunidad que actualmente se viven en el país en ámbitos de salud. La necesidad de que más profesionales de salud y administrativos que sean partícipes en el proceso ya sea de inscripción o atención directa sean capacitados, con el fin de tener herramientas para poder entregar una completa atención a los migrantes, se hace cada vez más necesaria. Al igual que la creación de normas y políticas que contribuyan a la disminución de las barreras actuales que se viven en la calidad, oportunidad y acceso en salud.

Recomendaciones

- Continuar con la implementación del Programa Piloto de Atención Inicial a Migrantes Internacionales en diversas comunas de Chile. Este tipo de intervenciones han sido bien recibidas por los equipos de salud y autoridades del nivel primario, han tenido un grado variable de cumplimiento de sus derivaciones, pero ha sido especialmente valorada por las poblaciones migrantes internacionales de diversos países de origen y cosmovisiones de procesos de salud y enfermedad.
- Vincular esta intervención a la formación profesional y técnica en salud para el Chile de hoy. Se propone potenciar el trabajo interdisciplinario desde la formación de pregrado de carreras médicas y de la salud y afines. Es central que los futuros profesionales de salud puedan vivir la experiencia de atender a pacientes inmigrantes, con todas las barreras y facilitadores que podrían presentarse en su atención, de manera que refuercen sus conocimientos y herramientas de encuentro intercultural en salud desde la formación profesional.
- Conectar este tipo de intervenciones al resto del equipo de salud, en especial trabajar en equipo con matrones, psicólogos, trabajadores sociales y facilitadores interculturales de cada centro. De especial importancia son los facilitadores interculturales, los cuales participan en la clínica migrante durante las atenciones, específicamente facilitando la comunicación con los pacientes de nacionalidad haitiana. En nuestra experiencia con esta intervención contribuyen a que la población migrante internacional pueda comprender los objetivos y cuidados específicos que se van desarrollando en conjunto en la atención de salud, desde un enfoque de pertinencia intercultural, más allá de la mera traducción lingüística.
- Donde se implemente este Programa piloto de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, se requiere mantener siempre un proceso activo de difusión de esta intervención dentro de los centros de salud y no solamente con los usuarios migrantes internacionales. En nuestra experiencia esto se ha realizado de diversas maneras, toda útiles y pertinentes para distintas audiencias, por ejemplo, dípticos informativos que puedan ser entregados en el mismo SOME central, reuniones masivas con todos los profesionales de salud y administrativos pertenecientes al centro de referencia.
- Entrenamiento permanente a equipos de salud. Capacitaciones destinadas a los profesionales de salud, para la entrega de herramientas que puedan complementar las atenciones en los pacientes inmigrantes; específicamente el refuerzo de las derivaciones, funcionamiento del sistema de salud y educación enfocada en comunicación verbal y no verbal con pertinencia intercultural. Nuevas técnicas que puedan ser ejecutadas de manera que los usuarios resuelvan dudas existentes durante esta atención.
- Capacitaciones permanentes a personal administrativo. En general, por los flujogramas definidos en los centros de salud primarios, la primera recepción que tienen los migrantes internacionales corresponde a aquella que reciben del personal administrativo que se encuentra en el SOME central. Por esta razón, es importante que sean entrenados en cómo recibir, informar y dar reserva de horas, entre otras funciones, a poblaciones migrantes con un correcto enfoque intercultural.
- Desarrollar material de apoyo informativo en múltiples idiomas. Para mantener informada a la comunidad migrante internacional que se atiende respecto de prestaciones disponibles, formas de acceso a la atención de salud, medidas generales de cuidado de la salud, centros de derivaciones, por mencionar algunos. Esto es necesario si se reconoce la falta de información de personas y familias extranjeras que están permanentemente ingresando al país.

- Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv.* 2010;46(3):5-7.
- Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Ethnicity & health.* 2004;9:593-54.
- Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo- The Oslo Health Study. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):623-30.
- Azerkan F, Zendehelel K, Tillgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *International journal of cancer.* 2008;123(11):2664-70.
- Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer.* 2009;45(1):107-18.
- United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. Available from: www.un.org.
- United Nations. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
- International Organization for Migration. World Migration report 2011. Communicating effectively about migration World Migration report [Internet]. February 2012. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf
- Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. 2002 9th February 2011. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>
- Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PLoS one.* 2014;9(8):e105347.
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2013;34(1):68-74.
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile.* 2013;141(10):1255-65.
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health.* 2012;11:68.
- Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2012;32(2):161-7.
- Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health.* 2012;12:1013.
- Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health.* 2012;9(12):4403-32.
- Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and child health journal.* 2013;17(2):292-8.
- Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derlyun I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Soc Sci Med.* 2010;70(2):329-36.
- Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Section III, chapter IV.* Santiago: UDD; 2016.
- Ministerio de Salud (CHL), Subsecretaría de Redes Asistenciales. Garantía de calidad en la Atención de Salud Chile. Santiago de Chile; 2012 [citado 11 feb 2019]. Disponible en: https://www.exposhospital.cl/marketing/presentaciones_2012/alejandra_meniconi.pdf
- Organización Panamericana de la Salud; Fondo Nacional de Salud -Chile. Indicadores para evaluar la protección social de la salud (caso de Chile). Santiago de Chile; 2009 [citado 11 feb 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/indicadores%20ops-fonasa%202010.pdf>
- Kissick WL. Effective utilization: the critical factor in health manpower. *Am J Public Health Nations Health.* 1968;58(1):23-9. <https://doi.org/10.2105/ajph.58.1.23>
- Barlow R, Diop F. Increasing the utilization of cost-effective health services through changes in demand. *Health Policy Plan.* 1995;10(3):284-95.
- Kaiser LR, Ver Steeg MA, Abell J. Strategies for effective utilization of underprivileged youth in public health education. *Am J Public Health Nations Health.* 1970 [citado 11 feb 2019];60(2):340-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5461148>
- Letelier LM, Bedregal P. Health reform in Chile. *Lancet.* 2006;368(9554):2197-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69875-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69875-9)
- Cabieses B, Oyarce, M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica.* 2020; 54(20).
- Moreira-Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias D. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Revista Maternal and child health journal.* 2013;17(8):1346-54.
- Kusuma YS, Kumari R, Kaushal S. Migration and access to maternal healthcare: determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical medicine & international health : TM & IH.* 2013;18(10):1202-10.
- Alderliesten ME, Vrijotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology.* 2007;114(10):1232-9.
- O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 2010;17(10):917-28.
- Higginbottom G, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. *BMC pregnancy and childbirth.* 2014;14(1):370.
- MINSAL; FONASA. Orientaciones Técnicas: Programa Piloto de Salud de Inmigrantes. Chile Gd, editor. Santiago: MINSAL; 2015.
- Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2010; 27 (1):80-93.
- Boccará GB. Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará Arica.* diciembre de 2007;39(2):185-207.
- Larcón M, Vidal A., Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chile.* 2003; 131: 1061-1065.
- Davey Smith G. Health inequalities: Lifecourse approaches; studies in poverty, inequality and social exclusion. UK: The policy press; 2003.
- Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *J Adv Nurs.* 2012;68(5):1176-86.
- Sukamdi. The typology of migration: developing an alternative concept. *Populasi.* 1991;2(1):57-64.
- Bigsten A. The circular migration of smallholders in Kenya. *Journal of African economies.* 1996;5(1):1-20.
- Ellis M, Conway D, Bailey AJ. The circular migration of Puerto Rican women: towards a gendered explanation. *Int Migr.* 1996;34(1):31-64.
- Ollila E, Baum F, Peña S. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, CookS, editors. *Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies* Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology.* 2001;52:141-66.



CAPITULO 13

Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile

M. Eliana Correa, enfermera, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Docente de la carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, me.correa@udd.cl

Báltica Cabieses, PhD, enfermera-matrona, epidemióloga social, profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, bcabieses@udd.cl

Las familias migrantes internacionales se ven expuestas a vulnerabilidades relacionadas con el desafío de migrar y de asentarse, contando con menores redes de apoyo comunitario, y atravesando más dificultades que los nacionales para acceder a servicios sociales y de protección. En promedio, las familias migrantes internacionales viven en mayor pobreza multidimensional que las familias chilenas y viven en mayores condiciones de hacinamiento crítico. Los niños migrantes crecen en un nuevo entorno, atravesando múltiples dificultades. Según la encuesta nacional CASEN 2017, los niños y niñas migrantes internacionales sin previsión en salud corresponden a un 20,2% (v/s 1,2% de niños chilenos). Estos niños y niñas enfrentan más barreras para su adscripción al sistema educacional y experimentan más situaciones de exclusión o discriminación. Profesionales de salud y de educación perciben un mayor rezago en su desarrollo psicomotor, lo que trae mayores dificultades en su desarrollo. Dentro de las comunas más vulnerables socialmente del país se encuentran las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón, del sector suroriente de la Región Metropolitana, donde la migración internacional ha aumentado durante los últimos años. Por ello, recientemente se han ido incorporando acciones para lograr una mejor integración de la comunidad migrante internacional a la realidad comunal de estos territorios. Según datos censales del 2017, la población migrante internacional total que vive en estas tres comunas correspondería a 9.256 personas, de las cuales 5.665 llegaron en flujos de ingreso al país recientes, entre el 2010 y 2017.

Con el objetivo de apoyar el cuidado de hijos de familias migrantes que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, se elaboró un programa piloto de formación básico que entregase herramientas a familias y cuidadores migrantes internacionales de la comunidad. Este capítulo detalla la experiencia de este primer programa piloto, sus resultados y reflexiones. A través de este primer programa fue posible identificar necesidades específicas de la comunidad migrante internacional para el cuidado y crianza de sus hijos e hijas, y para el desarrollo del bienestar familiar. La participación grupal del taller facilitó su desarrollo y permitió establecer redes de carácter comunitario entre los participantes, así como una propuesta renovada más detallada y pertinente culturalmente a esta población.

Palabras clave: Migración internacional, vulnerabilidad social, cuidado de niños y niñas, cuidado de la salud, bienestar, familia.

Abstract

International migrant families are exposed to vulnerabilities related to the challenge of migrating and settling, with fewer community support networks, and experiencing more difficulties than nationals to access social and protection services. On average, international migrant families live in greater multidimensional poverty than Chilean families and live in a more critically overcrowded condition. Migrant children grow up in a new environment going through multiple difficulties. According to the national survey CASEN 2017, international migrant children without access to health services correspond to 20.2% (vs. 1.2% of Chilean children). These boys and girls face more barriers to gain access to the educational system and experience more situations of exclusion and discrimination. Health and education professionals perceive a greater lag in their psychomotor development, which brings greater difficulties in their development. Among the most socially vulnerable regions in the country are the communes of La Granja, La Pintana and San Ramón, in the southeast sector of the Metropolitan Region, where international migration has increased in recent years. Along with the above, actions have been recently incorporated to achieve a better integration of the international migrant community into the reality of these territories. According to census data from 2017, the total international migrant population living in these three communes corresponds to 9,256 people, of which 5,665 arrived recently to the country, between 2010 and 2017.

Aiming to support child care for international migrant families growing up in a situation of social vulnerability in Chile, a pilot program of basic formation was developed to deliver tools to migrant families and caregivers in the community. This chapter details the experience of this first pilot, along with its results and thoughts on the experience. Through this first program we identified specific needs of the international migrant community for the care and upbringing of their sons and daughters, and for the development of family well-being. Group participation in the workshop made possible to establish community networks among the participants, as well as a renewed proposal more detailed and culturally relevant to this population.

Keywords: International migration, social vulnerability, child care, health care, well-being, family.

La migración internacional constituye un desafío para las familias que toman la decisión de desplazarse a vivir a un nuevo territorio, de forma transitoria o permanente. Esto puede ocurrir de distintas formas, trasladándose toda la familia junta, o migrando solo algunos de sus miembros y quedando parte de la familia en el país de origen (1). El desafío de migrar a otro país se enfrenta tempranamente, incluso desde el país de origen, momento en que el grupo familiar toma la decisión de migrar, y continuará luego durante el traslado y asentamiento en el nuevo destino. Una vez en el nuevo país, comenzará la búsqueda y articulación de nuevas redes y el proceso de adaptación a una nueva cultura y entorno. Al migrar con los hijos e hijas, se añadirá la tarea de continuar la crianza en un nuevo país y de acompañarlos en el proceso de reconocer y reconocerse en este nuevo entorno, donde crecerán y se espera que desarrollen todas sus potencialidades en forma armónica y feliz.

Algunas familias migrantes internacionales se ven expuestas a vulnerabilidades sociales relacionadas con el desafío de migrar y el asentamiento en un nuevo país y cultura. Deben acostumbrarse a un nuevo entorno, cuentan con menores redes de apoyo y les resulta más difícil acceder a servicios sociales y de protección que a familias locales. En Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017, las familias migrantes internacionales, en promedio, viven en mayor pobreza multidimensional que las familias nacionales (23,4% v/s 18,4%), considerando las dimensiones de salud, vivienda, ingreso y educación (2). Respecto a las condiciones y características de vivienda, las familias migrantes internacionales viven en promedio en mayores condiciones de hacinamiento total (20,6% del total de la población migrante) y en especial hacinamiento crítico (3,9% v/s 0,8%), este último correspondiente a 5 o más personas viviendo en una misma habitación (2). Por otra parte, los niños y niñas migrantes internacionales deben crecer en un nuevo entorno, donde buscarán florecer y desarrollar todas sus potencialidades. Este desarrollo infantil y adolescente ocurre en algunos casos, no obstante, en contextos de múltiples vulnerabilidades sociales. Por ejemplo, niños y niñas migrantes internacionales sin previsión de salud en Chile corresponden a un 20,2% (v/s 1,2% de niños y niñas chilenos) (2). Por otro lado, experimentan en mayor medida situaciones de exclusión o discriminación, y enfrentan más barreras para su adscripción al sistema educacional en las mismas condiciones que niños y niñas nacionales (3,4). En entrevistas con profesionales de salud y de educación realizadas por el Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo, ellos refieren percibir un mayor rezago en el desarrollo psicomotor de niños y niñas migrantes, lo que se percibe como una desventaja en su desarrollo (5-7).

A través del trabajo de campo realizado por el equipo del Programa de Estudios Sociales en Salud y en atenciones realizadas en el Programa de Atención Inicial a Migrantes (8), que busca disminuir barreras de acceso al sistema de salud por parte de población migrante (descrito en detalle en otro capítulo de este libro), se ha levantado información referida a que el cuidado de niños y niñas migrantes internacionales, además de ser brindado por los padres y familiares, es otorgado en oportunidades por vecinos o amigos de la familia, cuando los padres no pueden ejercer este rol mientras trabajan y los niños(as) aún no han accedido al jardín infantil o colegio (7). Esto forma parte de nuevas maneras de mantener las cadenas de cuidado dada la nueva situación de conformación familiar en un nuevo territorio.

Se han definido como familias transnacionales a aquellas donde parte del núcleo familiar migra, quedando parte de sus miembros en el país de origen. Esto lleva a los miembros de la familia a vivir separados, en distintos países (9). La relación familiar continuará, a pesar de las distancias físicas, elaborando nuevas estrategias para mantener las relaciones de cuidado y apoyo (10). Dada la distancia y la nueva conformación familiar, los roles que despliegan los distintos miembros de la familia pueden cambiar, como el rol de cuidado de los miembros más pequeños y vulnerables. Pese a la distancia y los cambios, en estas nuevas conformaciones de familias se buscará el resguardo de la salud y cuidado de sus miembros. Llegar a un nuevo país significará un desafío en la obtención de información, en el conocimiento de las redes de apoyo social y de salud. Es esencial la creación de espacios de acompañamiento e integración para familias migrantes recientemente llegadas a Chile, donde se brinde apoyo a través de la entrega e intercambio de información. Teniendo presentes estos antecedentes, con el objetivo de apoyar en el cuidado de la salud de niños y niñas migrantes y sus familias que viven en Chile en situación de vulnerabilidad, es que se decide desarrollar un programa de acompañamiento que imparta talleres de distintos tópicos relacionados con el cuidado de la salud y bienestar, apoyo a una sana parentalidad e información sobre redes de salud y protección en Chile.

Se realiza un primer taller piloto en julio del 2019, con un grupo de 9 familias migrantes internacionales participantes, contabilizando

un participante por núcleo familiar. En este capítulo se revisará en profundidad el desarrollo de este programa, los resultados de su primera implementación piloto y su evaluación por parte de los participantes. El capítulo se dividirá en dos partes. En la primera parte se desarrollará una breve descripción de experiencias de programas con objetivos similares llevados a cabo a nivel internacional, tras una revisión bibliográfica en la base de datos Web of Science. En la segunda parte, se describirá en detalle el programa llevado a cabo, titulado “Programa Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias”: cómo fue la experiencia de su implementación, cuáles fueron las temáticas abordadas y su evaluación por parte de los participantes.

Este capítulo espera aportar información inédita sobre una intervención realizada con familias migrantes internacionales que residen en tres comunas de alta vulnerabilidad social en Chile, a través de la experiencia generada en su implementación piloto y la valoración de sus participantes. Se espera, a través de esta experiencia, entregar recomendaciones que aporten información valiosa para aquellos grupos humanos que buscan realizar actividades similares, y promover la realización de espacios de encuentro e intercambio de información de ayuda para aportar al cuidado de la salud de familias migrantes recientemente llegadas al país.

Metodología

Este capítulo se compone de dos partes: La primera parte consiste en una revisión de literatura científica, que busca dar cuenta sobre iniciativas desarrolladas en distintos lugares del mundo destinadas a apoyar en el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales y sus hijos e hijas residiendo en un país distinto al de origen. Para la elaboración de esa primera parte del capítulo, se realizó una búsqueda bibliográfica en la colección principal de la base de datos de Web Of Science el día 22/04/2020. Se utilizó una ecuación de búsqueda avanzada orientada a identificar intervenciones dirigidas a promover el bienestar y la salud en familias migrantes internacionales, y otras ecuaciones específicas destinadas a identificar intervenciones con objetivos similares a las contenidas en el “Programa Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias”. Estas ecuaciones se describen en la Tabla 1.

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda para la revisión de literatura científica.

Ecuación #1	TÍTULO: (((Migrant* famil* OR Immigrant* famil* OR emigrant* famil* OR immigrant* child OR Immigrant children OR immigrant* Kid*))) AND TEMA: (((Program* OR Social program OR Intervention OR social Intervention OR educative intervention* OR educative program*))) AND TEMA: (((Health promotion OR health care OR wellness OR wellbeing))) Filtros: últimos 5 años Resultados búsqueda: 65
Ecuación #2	TEMA: ((Migrant* famil* OR Immigrant* famil* OR emigrant* famil*)) AND TEMA: ((Program* OR Social program OR Intervention OR social Intervention OR educative intervention* OR educative program*)) AND TEMA: ((parentality OR breeding OR rising children*)) Resultados: 48
Ecuación #3	TEMA: ((Migrant* famil* OR Immigrant* famil* OR emigrant* famil*)) AND TEMA: ((Program* OR Social program OR Intervention OR social Intervention OR educative intervention* OR educative program*)) AND TEMA: ((first aid* OR first aids care)) Resultados: 6
Ecuación #4	((Migrant* famil* OR Immigrant* famil* OR emigrant* famil* OR immigrant* child OR Immigrant children OR immigrant* Kid*)) AND TEMA: ((Program* OR Social program OR Intervention OR social Intervention OR educative intervention* OR educative program*)) AND TEMA: ((physical development OR language development OR social development OR mental development OR cognitive development)) Resultados: 195

Todo el material seleccionado de la búsqueda fue analizado a través de una pauta prediseñada que facilitó la extracción de información. La pauta de extracción se orientó a la descripción detallada de las intervenciones diseñadas para el apoyo y cuidado de la salud de familias migrantes en los distintos estudios revisados, indicando las siguientes dimensiones:

- Naturaleza de la intervención
- Objetivo de la intervención
- Participantes de la intervención
- Metodología de la intervención
- Forma de evaluación
- Resultados del estudio/intervención
- Conclusiones y aprendizajes de la intervención/programa.

En la segunda parte de este capítulo se describe el diseño y experiencia de la intervención realizada, titulada “Programa Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias”. Este programa nace como una iniciativa que busca apoyar en el cuidado de niños y niñas migrantes internacionales y sus familias, recientemente llegadas a Chile y que viven en situación de vulnerabilidad. Para esto, se diseñó un programa compuesto de cuatro talleres, cada uno impartido por distintos profesionales con vasta experiencia en el área. Los talleres se titularon: I. Nuestro rol como padres, madres y cuidadores, II. Sistema de Salud en Chile: Funcionamiento, acceso y uso, III. Primeros auxilios en el hogar y cuidado de la salud y IV. ¿Qué es la psicomotricidad? Estimulación del desarrollo de niños y niñas.

El programa en total, incluyendo cada uno de sus talleres, tuvo una duración de 8 horas presenciales. La organización de este programa se realizó por el Programa de Estudios Sociales en Salud, del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, en colaboración con la Fundación Ilusióname. La implementación y desarrollo se llevó a cabo en colaboración con la Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo y la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo. El financiamiento para realizar el programa fue a través del programa de Estudios Sociales en Salud y la Fundación Ilusióname.

Se estableció un máximo de 15 cupos para familias migrantes internacionales para el primer taller piloto, ya que se buscó crear un espacio didáctico y personalizado de aprendizaje e intercambio de experiencias. Se establecieron criterios de inclusión para la participación en el programa, que incluyeron a familias migrantes en situación de vulnerabilidad, con hijos pequeños de 5 años o menos, que residieran hace menos de un año en Chile y que desearan participar del programa. Además, se invitó a participar a otras figuras de cuidado de niños y niñas migrantes de la comunidad. El reclutamiento de los participantes se realizó a través de los siguientes puntos: La referente migrante del Hospital Padre Hurtado, quien contactó a las familias migrantes que cumplían los criterios de inclusión atendidos dentro de su programa. La referente migrantes de la comuna de La Granja, que realizó las derivaciones en base a los criterios de inclusión, en el nivel de atención primaria. Y participantes que se contactaron a través de atenciones del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, llevadas a cabo en la comuna de La Granja. Posteriormente vía telefónica se confirmó la participación de un total de 9 familias migrantes, con un representante por núcleo familiar, para el desarrollo del primer programa piloto. Se incorporaron dos familias que llevaban más de un año residiendo en Chile debido que participaban en el cuidado de niños y niñas migrantes y apoyo en la integración de otras familias recientemente llegadas a Chile.

El primer programa piloto se llevó a cabo en las dependencias de la Universidad del Desarrollo en el Hospital Padre Hurtado en dos mañanas, entre las 09:00 y 13:00 horas los días sábado 6 y 13 de julio del 2019. El Hospital Padre Hurtado atiende las comunas de San Ramón, La Granja y La Pintana, parte de las comunas más vulnerables socialmente del país. En estas tres comunas la migración

internacional ha aumentado durante los últimos años y recientemente se han incorporado acciones para lograr una integración de la comunidad migrante. La población migrante total que vive en las comunas de La Granja, San Ramón y La Pintana correspondería a 9.256 personas, de las cuales 5.665 llegaron entre el 2010 y 2017 (11). Es por estas razones que fue escogido el Hospital Padre Hurtado como lugar donde desarrollar el programa.

El programa se desarrolló de forma presencial, a través de talleres de modalidad mixta, contemplando parte de la actividad como expositiva, donde se contaba con el espacio de exposición del tema a abordar y conversación con los participantes del taller, integrando su experiencia y conocimientos sobre el tema. Luego se realizó en cada módulo una actividad práctica, donde se conversaron casos, realizaron actividades que incorporaban los contenidos conversados, y actividades reflexivas relacionadas con el taller y la experiencia de los participantes. El equipo conformado para dictar los talleres se compuso por dos enfermeras y una psicóloga, que se desempeñaban en las distintas áreas desarrolladas en los talleres, quienes con libertad programaron las actividades a realizar con las familias y se revisaron en conjunto. Durante el desarrollo del programa se contó con una sala de cuidado paralela a la sala donde se realizaron los talleres, para que las familias que asistieran al programa pudieran llevar a sus hijos(as). Esta sala estuvo al cuidado de una parvularia y una alumna de educación parvularia de la Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo y una profesora de educación básica y ayudante, donde se realizaron actividades para los niños y niñas, acorde a su edad y nivel de desarrollo, buscando facilitar la asistencia de familias migrantes al taller. Además, se contó con la participación de un facilitador lingüístico de Creole, para facilitar la participación de familias migrantes haitianas que no dominaran el español. Al finalizar los dos días del programa se le entregó un certificado de participación a cada uno(a) de los participantes del taller.

Para evaluar el programa, se elaboraron dos encuestas de autoaplicación para los participantes, ambas con su versión en español traducida al Creole por un facilitador lingüístico de origen haitiano. La primera encuesta se dedicó a evaluar dimensiones de bienestar y felicidad antes y después de la intervención y la segunda se dedicó a evaluar la percepción de los participantes de este taller al finalizar. La primera encuesta (bienestar y felicidad) se aplicó al comienzo y al final de los talleres, elaborada por la Fundación Ilusióname, y contempló dimensiones como la felicidad relacionada al bienestar subjetivo y el capital social indagando en el vínculo y relaciones comunitarias. Para esta medición, la encuesta se compuso por la *Subjective Happiness Scale* (SHS) de 4 ítems (12) validada en Chile en español (13)1999 y *Social Capital Scale de 8 items* (SCS-8) validada en inglés (14)but it is too long for large-scale survey research. In this study, we described two short versions of the instrument: the PSCS-16 and PSCS-8. The two short scales were evaluated with survey data collected among an adult sample (N = 259, la cual se compone de dos áreas llamadas *Bonding o vínculo* y *Bridging o puente*. La primera hace referencia a las relaciones dentro del grupo o comunidad y la segunda a las relaciones entre grupos sociales más amplios, como seguridad, sistema de salud, clases sociales, raza/etnia, religión, etc. Para el análisis de los resultados se contabilizaron 5 encuestas, ya que 4 estaban incompletas. En el desarrollo de la segunda parte del capítulo, se profundizará en la descripción, experiencia y evaluación del programa piloto por parte de los participantes, incorporando cada uno de los talleres.

Programas e intervenciones que promueven el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes desde la evidencia

Para enfrentar distintos desafíos que tienen relación con la migración internacional y dificultan el asentamiento de familias migrantes en los países de destino, en el mundo se han formulado diferentes programas e intervenciones para mejorar la calidad de vida de familias migrantes y su bienestar psicosocial. A continuación, se revisan diferentes intervenciones que tenían relación particularmente con mejorar el cuidado de la salud de familias migrantes internacionales y promover el bienestar en el país de destino. Del total de 314 títulos y abstract de artículos revisados a partir de las ecuaciones de búsqueda generadas, finalmente se seleccionaron 10 artículos para el análisis. Los 304 artículos excluidos se dejaron fuera por las siguientes razones principales: no estaban disponibles a texto completo, no consideraban familias migrantes, se enfocaban en enfermedades o condiciones de salud específicas, no abordaban el cuidado de la salud desde un enfoque promocional, no incorporaba bienestar de familias y/o niños(as) migrantes, no correspondían a programas o iniciativas que buscaran promover la salud y bienestar de familias migrantes. Se abordará una breve descripción de estas iniciativas a raíz de sus objetivos, para luego discutir sobre algunos elementos de la

metodología empleada en los programas. Los artículos revisados abordaron diversas intervenciones con familias migrantes que buscaban promover su salud o bienestar. Estos estudios fueron desarrollados en países como Australia, Estados Unidos, Canadá, Suecia, Noruega y Corea, mostrando una amplia diversidad de países receptores de familias migrantes, con contextos diversos. Por otro lado, las intervenciones presentadas en los estudios buscaban apoyar a familias migrantes originarias de diferentes países (Latinoamérica, China, Vietnam, Irak, Paquistán), incluyendo familias solicitantes de asilo y refugiadas. En relación a la cantidad de familias participantes de las diversas intervenciones, los artículos revisados contaron con la evaluación y participación desde 2 familias de una comunidad hasta 675 en un estudio que contó con dos intervenciones.

Los programas que buscan promover y mejorar la salud física de familias migrantes internacionales están principalmente enfocados en la promoción de estilos de vida saludable de sus integrantes. Como es el caso de programas que buscan promover la actividad física y alimentación saludable en familias migrantes y refugiadas, basadas en estudios previos de carácter comunitario y participativos donde se detectan afecciones a la salud relacionadas con la obesidad y sobrepeso, y su impacto en la salud cardiovascular (15,16). En este grupo de intervenciones también se encuentra un programa que busca promover una higiene oral positiva y prevenir caries en niños y niñas entre 4 y 6 años, hijos(as) de migrantes, a través de sesiones educativas con sensibilidad intercultural implementadas por pares educadores pertenecientes a la comunidad migrante, luego de una capacitación (17). Se indagó a su vez en programas que contemplaran actividades relacionadas con primeros auxilios en el hogar, donde se encontró un programa para madres migrantes sobre primeros auxilios para paro cardiorrespiratorio, abordando conocimientos y actitudes ante una situación de emergencia, y la maniobra de reanimación cardiopulmonar (18).

Un grupo de programas se enfocaron en promover el bienestar familiar y de los hijos(as) relacionado con el desarrollo de habilidades de parentalidad y crianza, contemplando el proceso migratorio y su impacto en esta área. Dentro de estas e intervenciones se encontró un programa que buscó mejorar el desarrollo socioemocional de lactantes y niños(as) hijos de madres migrantes internacionales, mediante la parentalidad positiva, a través de sesiones entre las madres, hijos(as) y personal médico, con seguimiento hasta los dos años de edad. Esta intervención demostró mejoras en el desarrollo socioemocional de los niños y niñas que participaron (19). Otro programa similar brindó apoyo a madres migrantes internacionales primerizas, apoyando a la diada madre-hijo(a) a través de herramientas parentales, con el fin de acompañar en el desarrollo y adaptación social de estos niños(as), a través de controles de salud y sesiones educativas brindadas por enfermeras en los domicilios (20). Dentro de la misma línea de programas e intervenciones parentales, destacan programas de capacitación parental, de modalidad grupal, adecuadas en su manejo de pertinencia intercultural. Estos están enfocados en mejorar la convivencia con niños y niñas y el bienestar familiar a través de contenidos como resolución de problemas, establecimiento de límites, y desarrollo de habilidades comunicacionales, contemplando su experiencia y reconociendo el impacto del proceso migratorio (21,22). De estas intervenciones se destaca la importancia de la adaptación intercultural de la intervención, por medio de la revisión de evidencia, y se menciona el impacto que tiene abordar experiencias de los participantes, relacionadas con el proceso migratorio, abordando temas como percepciones de exclusión social o discriminación.

Dentro de la misma línea de programas internacionales que buscaron apoyar en el bienestar familiar, se encuentran intervenciones sociales destinadas favorecer la integración de familias migrantes en el país de destino. Uno de estos programas se enfocó en apoyar a madres migrantes internacionales sin educación formal, a través de un taller de comunicación y lenguaje, donde se enseña el idioma del país receptor abordando temas relacionados con la vida familiar, la crianza de los hijos(as) y la integración social. Las participantes reportan haber mejorado su capacidad de comunicarse, teniendo un impacto positivo en su vida familiar y comunitaria (23) which leaves groups of migrants vulnerable to alienation and without support for social integration. Method: The IDEAL-programme (Integrating Disadvantaged Ethnicities through Adult Learning. Otro programa similar buscó promover el bienestar de familias migrantes internacionales donde la madre padecía de depresión, entregando herramientas a los distintos miembros del grupo familiar, brindando apoyo social y normalizando la experiencia de la depresión. Esta intervención mostró reducir la percepción de estigma y la entrega efectiva de herramientas para mejorar la comunicación familiar (24). Esto se desarrolló a través de talleres grupales donde participaban varias familias, reagrupando a los participantes entre grupos conformados por las madres, los hijos(as), y cuidadores (miembros de la familia que compartían con la madre el rol de cuidado de los hijos(as)) (24). Un estudio interesante contempla una intervención que, a diferencia de las revisadas anteriormente, trabaja con los miembros de las familias migrantes internacionales que han quedado en el país de origen, a través de un programa de acompañamiento

psicosocial, donde participaron mujeres cuyas familias habían migrado y se abordaron cuatro ejes de intervención principales, a través de sesiones psicoeducativas: migración internacional y salud psicoafectiva de las familias, acompañamiento psicosocial y educación de grupos (25).

Los programas más recurrentes que declararon promover el bienestar familiar y su cuidado en salud, se relacionan con parentalidad, crianza y relaciones familiares (19–22). De ellos se desprende la importancia de su adaptación intercultural, lo relevante de abordar en familia estos temas y el valor de compartir con otros participantes y/o personal médico experiencias comunes de lo que significa el desafío de la crianza en un país distinto al de origen y las vivencias relacionadas. A través de las distintas modalidades de efectuar los programas, se encuentran programas que realizan las actividades en los domicilios de los participantes, facilitando el acceso a comunidades vulnerables (15,17,20). Esta modalidad permite mantener la continuidad de la participación de las familias de las intervenciones, facilita el seguimiento y poder evaluar el desarrollo del impacto en la calidad de vida y salud de las familias y sus miembros de forma prolongada. En estos casos la interacción era entre la familia (o sus miembros participantes) y los distintos facilitadores de la intervención, no contemplando la participación con otras familias participantes. Esta modalidad se dio principalmente en intervenciones que formaban parte de estudios de investigación desarrollados a través de programas comunitarios que a su vez buscaban mejorar el bienestar de las familias migrantes internacionales (15,17,20).

Los programas que en su metodología llevaron a cabo intervenciones grupales, revelan la importancia de que familias migrantes internacionales compartan las experiencias relacionadas con los desafíos de la migración, y su impacto en salud y bienestar, con otras familias que viven experiencias similares. Estos programas contaron con intervenciones en las primeras sesiones destinadas a compartir, conocerse y generar confianza y cohesión, grupal, lo que señaló como un factor importante en la asistencia y participación constante de las familias migrantes internacionales y la posibilidad de finalizar la intervención y verse beneficiados.

En relación con el grupo de personas que conducía o facilitaba las distintas intervenciones y programas con las familias migrantes internacionales, se encontraron tres principales modalidades: La primera consistía en programas donde fueron capacitados miembros de la comunidad migrante, que luego actuaron como facilitadores de las intervenciones con las familias participantes (15,17,19). Otros programas e intervenciones contaron con facilitadores o ejecutores de la intervención que compartían la lengua materna de los participantes y algunos la región de origen, generando facilidades en la comunicación y fluidez de las intervenciones, además de la confianza por parte de las comunidades participantes (22–24). En las intervenciones restantes, las sesiones fueron conducidas por personal de salud (enfermeras) y agentes externos a los equipos que desarrollaban las investigaciones/programas, contactados con el fin de facilitar las intervenciones posterior a una capacitación (18,20,21,25). En el caso de las intervenciones destinadas a promover la salud física a través de hábitos saludables, contaron con equipos especializados para las mediciones pre y post de parámetros biométricos para determinar el éxito de las intervenciones (15,17).

Tabla 2: Resumen de estudios sobre programas e intervenciones con familias migrantes incluidos en este apartado.

Año	Referencia	Objetivo del programa desarrollado	Metodología de las intervenciones	Principales conclusiones
2014	Gibbs L, Waters E, De Silva A, Riggs E, Moore L, Armit C, et al. An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: a protocol paper for Teeth Tales. <i>BMJ Open</i> ;4:4260.	El objetivo general de la intervención fue prevenir la aparición temprana de caries y promover una buena higiene oral en niños hijos de familias migrantes entre 1 y 4 años de una comunidad en Melbourne, Australia.	Se realizó un estudio que elaboró un programa que contó con la participación de 300 familias migrantes y refugiadas, con hijos(as) entre 1 y 4 años. Se realizó capacitación a miembros de la comunidad migrantes para actuar como pares educadores y facilitadores de la actividad. Los pares educadores fueron a realizar actividades educativas de promoción de salud oral a los domicilios de las familias migrantes y realizaron la actividad con los niños(as) y sus padres. Se realizó una sesión educativa de 3 horas con cada familia. Se evaluó el conocimiento que manejaban padres antes y después de la intervención educativa, y se evaluó la higiene oral de los niños(as) por personal odontológico.	Se trató de un estudio basado en la implementación del programa. La ejecución del programa a través de pares educadores de la comunidad permite sostener la intervención en el tiempo y permite la adecuación cultural de la intervención. Se trató de un estudio basado en la implementación del programa, se considera pertinencia cultural para las intervenciones.
2016	Wieland ML, Weis JA, Hanza MMK, Meiers SJ, Patten CA, Clark MM, et al. Healthy Immigrant Families: Participatory Development and Baseline Characteristics of a Community-Based Physical Activity and Nutrition Intervention. <i>Contemp Clin Trials</i> . 2016;22-31.	Promover la alimentación saludable y actividad física en familias migrantes y refugiadas viviendo en Minnesota, EEUU, a través de un programa de promoción de salud perteneciente a un estudio comunitario participativo.	Se realizó un programa que contó con la participación de 25 familias (76 individuos) con hijos entre 10-18 años. Se realizó una intervención educativa mediante promotores de salud bilingües capacitados, que llevaron a cabo sesiones educativas en 12 visitas domiciliarias en un período de 6 meses, seguido de 6 meses de seguimiento telefónico (una llamada cada 2 semanas). El programa contó con 12 módulos de contenido, uno entregado cada visita domiciliaria, a través de un manual elaborado por los investigadores abordando principalmente actividad física y nutrición.	Los procesos y productos de este programa son relevantes para otras comunidades con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular y los comportamientos negativos de salud entre familias migrantes y refugiadas.
2016	Weisleder A, Cates CB, Dreyer BP, Johnson SB, Huberman HS, Seery AM, et al. Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. <i>Pediatrics</i> [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 23];137(2).	El objetivo de este estudio fue determinar qué efectos tienen las intervenciones de atención primaria pediátrica, centradas en la promoción de la crianza positiva.	Se realizó un estudio que evalúa dos programas que buscan mejorar el desarrollo socioemocional de niños migrantes a través de la parentalidad positiva. Participan en el estudio un total de 675 diadas madre-hijo. Los programas constaron de la promoción de crianza positiva a través de sesiones educativas que promovían la lectura en voz alta y el juego, guiada por médicos. El primer programa se desarrolló a través de videos grabados por las madres en la interacción con sus hijos y compartidas con médicos que retroalimentaron la experiencia. El segundo programa envió material con ejercicios para el desarrollo la parentalidad positiva en casa.	Las intervenciones demostraron tener efectos positivos en aspectos claves del desarrollo emocional, comenzando a los 14 meses y extendiéndose hasta los 36, mejorando la imitación, atención y reduciendo el estrés por separación e hiperactividad

2016	<p>Nieuwboer C, van't Rood R. Learning language that matters. A pedagogical method to support migrant mothers without formal education experience in their social integration in Western countries. <i>Int J Intercult Relations</i>. 2016 Mar 1;51:29–40.</p>	<p>Realizar un programa con un enfoque didáctico participativo, para apoyar inserción social de madres migrantes, con el foco puesto para el aprendizaje en la vida familiar, a través de un programa de lenguaje y comunicación en los Países Bajos y Suecia.</p>	<p>Se desarrolló un programa donde participaron 30 mujeres, de las cuáles 16 participaron de la evaluación a través de entrevistas y grupos focales. El programa contó con tres sesiones a la semana de 3 horas de duración, durante un año. Fue dirigido por facilitadores que hablaban lengua materna de las participantes y que realizaron una capacitación. Contó con 5 módulos temáticos para el lenguaje y comunicación, con material didáctico y lecciones. Se abordan en las sesiones la comunicación efectiva con la familia, y se desarrollan en la práctica temas relacionados con salud y cuidado, crianza de los hijos y participación social.</p>	<p>El método propuesto ofrece una alternativa viable, de modo que los migrantes puedan recibir un apoyo más adecuado en sus esfuerzos por la integración social en las sociedades receptoras. Esta experiencia permite avanzar en el desarrollo futuro de programas participativos. El programa demostró tener buenos resultados en la capacidad de comunicación y aprender el lenguaje. La participación de los facilitadores que guiaron la intervención en la lengua materna fue fundamental, al igual que incorporar sus experiencias de vida en el proceso de aprendizaje del nuevo idioma.</p>
2019	<p>Leirbakk MJ, Magnus JH, Torper J, Zeanah P. Look to Norway: Serving new families and infants in a multiethnic population. <i>Infant Ment Heal J</i>. 2019;40:659–72.</p>	<p>El objetivo del Programa Nuevas Familias busca apoyar a madres primerizas migrantes, en su relación madre-hijo, el desarrollo y adaptación social de los niños, y prevenir resultados relacionados con el estrés.</p>	<p>El programa Nuevas Familias contó con la participación de mujeres migrantes que eran madres por primera vez. El proyecto consistió en aumentar las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras durante el embarazo y hasta que el niño(a) cumpliera 2 años, lo que complementaría los servicios de salud actuales. La frecuencia de las visitas se determinó según la necesidad de las madres, sin un límite de tiempo de duración, donde las enfermeras otorgaron cuidados de salud acorde a la edad del niño(a) cómo vacunas, seguimiento del desarrollo, seguimiento depresión post parto. Además, se realizaron sesiones educativas donde se profundizó en las experiencias de los padres y resolvieron inquietudes relacionadas a la parentalidad.</p>	<p>Los datos cualitativos preliminares sugieren que la relación enfermera-madre establecida en el programa resultó transformadora no solo para la relación madre-hijo y sus familias, sino también para las enfermeras y el entorno laboral, a través de la incorporación de la cultura de las participantes. Mejora la comprensión de las necesidades de las familias y un mayor reconocimiento de sus capacidades y recursos.</p>

2010	Lau AS, Fung JJ, Yung V. Group Parent Training with Immigrant Chinese Families: Enhancing Engagement and Augmenting Skills Training. <i>J Clin Psychol.</i> 2010;66(8).	Describir el programa para capacitación de padres migrantes que busca prevenir problemas de conducta infantil y crianza abusiva.	Este estudio aborda el programa desarrollado a través de la experiencia de dos familias migrantes chinas residentes en EEUU participantes. El programa "Años increíbles" abordó distintos temas relacionados con parentalidad, como atención parental, refuerzos positivos, recompensas, establecer límites, entre otros. El programa contó con 14 sesiones, una a la semana, donde se abordaron estas temáticas en una modalidad educativa-participativa, moderada por un facilitador capacitado, con una modalidad grupal. En las sesiones se abordaron los temas y las facilidades y barreras que tenían las familias para desarrollarlos en sus hogares con sus hijos. Además, se observaron videos con técnicas parentales relacionadas. Este estudio toma dos familias y realiza un estudio de caso para mostrar cómo impacta la aplicación del programa.	La aplicación del programa basado en evidencia con estas dos familias chinas inmigrantes ilustra la viabilidad de difundirlo de manera que anticipe y supere posibles barreras culturales. La atención sensible a las actitudes relacionadas con el tratamiento y la desconfianza son particularmente urgentes para las familias obligadas a recibir tratamiento por agencias externas. Ambos casos demuestran la importancia del proceso grupal, la empatía del terapeuta y el conocimiento cultural para mejorar el compromiso.
2017	Parra-Cardona JR, Zerón GL, Rocío Escobar-Chew A, Domenech Rodríguez MM. Enhancing Parenting Practices with Latino/a Immigrants: Integrating Evidence-based Knowledge and Culture According to the Voices of Latino/a Parents. <i>Clin Soc Work J.</i> 2017;45(1):88-9.	El propósito del estudio es reflexionar sobre el proceso de cambio documentado en un grupo de padres latinos / inmigrantes marginados que participaron en intervención parental adaptada culturalmente basada en la evidencia, que buscó brindar herramientas para la crianza.	Se condujo un estudio en un período de dos años que contó con 130 padres participantes en dos programas. De estos, 66 padres participaron del programa CAPAS original y 64 de la versión mejorada. Para el desarrollo del programa se conformaron grupos de 20 padres, la intervención duró 12 semanas, con una sesión semanal de dos horas de duración. El programa desarrolló sesiones educativas, con una modalidad participativa que abordó diversos temas vinculados a parentalidad. Donde de manera grupal padres compartieron y aprendieron sobre habilidades parentales. Las sesiones fueron moderadas por facilitadores bilingües que compartían región de origen con los participantes. Se incorporó un enfoque de la experiencia migratoria en el abordaje de las sesiones.	Los participantes se mostraron satisfechos con el programa y sus resultados. Se concluye que el enfoque cultural e incorporación de contexto migratorio en las discusiones y actividades impactó en la mejora de las habilidades parentales. Se contó con un espacio además de abordar desafíos comunes en la crianza relacionados con la inmigración y convertirse en una familia bicultural, y la experiencia de vulnerabilidad.

2019	Kim EY, Noh JH, Jung EY, Lim EJ. Development and application of an infant and toddler healthcare program for marriage-migrant women. <i>Int J Healthc Inf Syst Informatics</i> . 2019 Jan 1;14(1):19-28	Brindar conocimientos y herramientas en primeros auxilios a mujeres migrantes residentes en Corea a través de un programa de primeros auxilios enfocado en reanimación cardiopulmonar, para aplicar en el hogar con sus familias.	Se brindó un taller de reanimación cardiopulmonar (RCP) a mujeres vietnamitas madres de familia viviendo en Corea. Se realizó una capacitación grupal y en paralelo se tomó un grupo control, para evaluar posteriormente su acción ante situaciones de emergencia en el hogar relacionado con paro cardiorrespiratorio. Luego de la capacitación realizada por profesionales de salud, se midió el conocimiento, actitud y autoeficacia durante RCP.	Se logró medir una diferencia significativa en el aprendizaje de RCP en mujeres que realizaron capacitación, especialmente en el conocimiento y actitud ante situaciones de emergencia.
2014	Mendizábal DM, Maldonado SE. Propuesta de acompañamiento psicosocial con familias migrantes. <i>Sinéctica</i> . 2014;43.	Programa de acompañamiento psicosocial para familiares de migrantes que quedan en el país de origen, en dos localidades de México, que busca brindar herramientas que les permitan manejar vulnerabilidades producidas por las variaciones en la dinámica familiar producto de la migración.	Se desarrolló un programa para acompañar a familias mexicanas cuyos parientes migraron a Estados Unidos. Se realizó un taller con esta comunidad, realizando 12 sesiones de acompañamiento sosteniendo 4 ejes conceptuales: migración y salud psicoafectiva de las familias, acompañamiento psicosocial, educación en grupos comunitarios y trabajos comunitarios. Las sesiones fueron facilitadas por dos agentes externas a la planificación del estudio. Para el desarrollo del estudio se tomaron dos familias que participaron del programa, y analizó material cualitativo (entrevistas y grupos focales)	Las mujeres evalúan positivamente el programa, refieren que fue de gran ayuda para experimentar el proceso de separación de sus familias y mantener el contacto y relación. Se detecta la necesidad de promocionar salud psicoafectiva en el proceso migratorio para familias.
2013	Valdez CR, Abegglen J, Hauser CT. Fortalezas familiares program: Building sociocultural and family strengths in latina women with depression and their families. <i>Fam Process</i> . 2013 Sep;52(3):378-93.	Promover el bienestar entre familias migrantes latinas donde madres cursan depresión, a través de actividades preventivas con la comunidad.	Se desarrolló un programa de 12 sesiones para mujeres migrantes con depresión junto a sus familias e hijos entre 9-18 años. El programa se llevó a cabo en un centro comunitario, con modalidad grupal. Participó un total de 16 familias, se consideró una familia como estudio de caso para el análisis de este estudio. Los miembros de las familias se dividen en padres/cuidadores y grupos de jóvenes (hijos). Los facilitadores de los padres correspondían a proveedores de salud mental hablantes nativos de español. Los facilitadores de los niños fueron bilingües. Las sesiones se llevaron a cabo a través de conversación, reflexión, ejercicios de "rol playing" abordando temas vinculados al cuidado de la salud mental en procesos migratorios, la experiencia de cada familia con la depresión materna y otorgó herramientas para su cuidado y prevención.	Todas las madres y cuidadores experimentaron una disminución en los síntomas depresivos. Todos los participantes informaron un aumento significativo en el apoyo social y la mejora en el funcionamiento familiar.

Antecedentes

Las familias migrantes internacionales suelen contar con menos redes de apoyo en el país de destino, lo que resulta como una barrera para su inserción en el nuevo país de residencia (26). Como se mencionó en la introducción de este capítulo, estas familias cuentan en menor proporción con algún tipo de seguro de salud en relación a la población nacional, cifra que se eleva especialmente en relación a niños y niñas migrantes sin previsión de salud en Chile de acuerdo a encuestas poblacionales recientes(2). En relación con la proporción de niños y niñas migrantes que se encuentran matriculados en el sistema educacional chileno, por nivel, el 10% se encuentra en educación parvularia, el 58% en educación básica y el 15% en educación media (27). En relación con la asistencia al sistema educacional, la tasa de asistencia de niños y niñas migrantes entre 6 y 13 años a la educación básica en Chile es de un 76,4% (v/s 91,9% en niños y niñas chilenos(as)). En educación media, la tasa de asistencia de adolescentes migrantes entre 14 y 17 años es de un 59,6% (v/s 73,7% de adolescentes chilenos) (2). En relación a la educación parvularia (contemplando jardín infantil y sala cuna) un 2,3% del total de niños entre 0 a 5 años que asisten a algún establecimiento de educación parvularia corresponde a niños(as) nacidos(as) en el extranjero (28). Y la tasa de asistencia de los niños(as) migrantes que asisten a instituciones que proveen educación parvularia es de un 51,8%. Llama particularmente la atención cómo la asistencia a los distintos niveles educacionales varía significativamente entre niños(as) migrantes y chilenos, y se va acrecentando a medida que se sube de nivel educacional.

Es importante señalar que los establecimientos educacionales aportan, además, un espacio de cuidado, especialmente al tratarse de los niveles de educación parvularia y básica que acogen a los más pequeños. El sistema educacional se vuelve una importante red de apoyo para las familias, que además de aportar educación académica, aporta un espacio de cuidado, alimentación y desarrollo para niños y niñas. Se ha reportado a través de las experiencias de entrevistas y levantamiento de información a través de las investigaciones conducidas por el Programa de Estudios Sociales en Salud y observado en las atenciones llevadas a cabo a través del Programa de Atención Inicial a Inmigrantes, el relato de padres/madres que tienen dificultades para organizar el cuidado de sus hijos(as). Estos desafíos para el cuidado se relacionan principalmente con la alta carga laboral, los tiempos de espera para acceder al sistema educacional y la ausencia de redes de apoyo (5,7). Estas dificultades llevan a la necesidad de incorporar nuevas figuras de cuidado, como lo son miembros de la comunidad de confianza, como amigos(as) y/o vecinas(os), que en ocasiones se responsabilizan del cuidado de varios niños(as) a la vez.

Es a raíz de estos antecedentes que surge la idea de elaborar un programa que brinde conocimientos sobre redes de salud y su cuidado en Chile dirigida a familias migrantes en situación de vulnerabilidad llegadas recientemente al país y otras figuras de cuidado, con el objetivo de apoyar en el cuidado de la salud de niños y niñas migrantes internacionales y sus familias. El foco es beneficiar a aquellos niños(as) que no han accedido aún al sistema educacional, y que se encuentran bajo el cuidado de sus padres, madres, familiares y cuidadores. Se busca crear un espacio de entrega e intercambio de información, y donde se pueda compartir la experiencia común de las familias relacionadas con el cuidado de los hijos e hijas, el autocuidado y la salud, en el contexto particular de la migración. Además, el programa busca promover para familias migrantes un espacio donde se puedan establecer redes comunitarias potencialmente de apoyo, buscando a su vez la inclusión y participación social.

Pilares conceptuales del Programa

Este programa busca aportar al bienestar de familias migrantes y sus hijos(as) en Chile, e incorpora en su elaboración los siguientes pilares conceptuales:

Cuidado de la salud: Una definición sencilla y esencial del cuidado es, en palabras de la filósofa Luigina Mortari: “tener cuidado es comprometerse de corazón, preocuparse, poner atención, dedicarse a algo” (29). El cuidado se ha concebido más ampliamente

como el trabajo de vivir y existir, ya que el cuidado nunca concluye y es inherente a la vida (29). Vivimos prestando cuidado a lo que nos sucede, buscando suplir nuestras necesidades y las de los otros. El cuidado relacionado con la salud ha sido descrito como las acciones destinadas a sostener, asistir, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, con el fin de mejorar su forma de vida o afrontar una afección (cómo la enfermedad, la muerte o discapacidad) (30,31). El cuidado debe incorporar a la cultura, para que sea competente y logre cubrir las reales necesidades de las personas y comunidades (30). Se ha entendido el cuidado como una necesidad inherente de los seres humanos, presente en la forma de relacionarse con uno mismo y los otros. El cuidado de la salud contemplará sus diferentes dimensiones, incluyendo lo físico, lo psicológico y lo espiritual, de manera holística. A través del cuidado se busca cubrir necesidades y permitir garantizar la integridad y armonía de todas las etapas que constituyen la vida humana (31). El programa de acompañamiento a familias migrantes desarrollado busca apoyar en el cuidado de la salud de familias migrantes compartiendo información y rescatando y levantando temáticas de interés de ser abordadas, para lograr el cuidado de las distintas dimensiones.

Bienestar social: Existe una amplia discusión en torno a las múltiples definiciones del concepto de bienestar social. Aquí entenderemos el bienestar social desde la definición conceptual propuesta por Actis Di Pasquale, como una especie de relación y orden social donde todas las personas alcanzan logros, que los favorecerán de manera individual y social (32). Estos logros serán las distintas dimensiones que permitirán a las personas de una sociedad realizarse y desarrollar sus potencialidades y alcanzar sus metas, sintiéndose bien de forma individual y colectiva. Dentro de estas dimensiones o logros, se describen gozar de una buena salud, de seguridad ciudadana, acceder a educación, poseer un trabajo de agrado, habitar un hogar adecuado (32). El área de interés que busca desarrollar el programa tiene relación con la dimensión de la salud, entendida como la capacidad de adaptarse a desafíos físicos, emocionales y sociales, y de cuidarse a sí mismo, más allá de la ausencia de afecciones o enfermedades (32). La elaboración del programa de acompañamiento a familias migrantes pretende colaborar con el desarrollo del bienestar relacionado a la salud, brindando información y redes para la adaptación social al nuevo territorio de las familias migrantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Potenciando las fortalezas que las familias tienen y los han acompañado en este proceso, y brindando nuevas herramientas para esta búsqueda activa de la salud y bienestar y su desarrollo dentro de la familia.

Interculturalidad: Se entiende por interculturalidad a la existencia y búsqueda de una relación entre miembros de diferentes grupos culturales simétrica, basada en el respeto y el diálogo horizontal. Se busca una comprensión profunda de los valores, creencias y saberes del otro, y desde ahí se establece una relación. La interculturalidad va más allá que el concepto de multiculturalismo, que hace referencia a la convivencia de diferentes grupos culturales en un mismo territorio (33). La interculturalidad es más profunda que el reconocimiento de las distintas culturas cohabitando un mismo lugar geográfico, se enfoca en cómo se establece la relación de estas distintas culturas en el territorio, y sienta bases de cómo debería llevarse a cabo esta interacción de una forma respetuosa, que valora e incorpora las miradas de las culturas dentro de la relación. A través de la interculturalidad se espera vencer al etnocentrismo, brindando un espacio basado en el profundo respeto para el intercambio de valores y saberes, donde todas las concepciones son valoradas y no se sitúan algunas sobre otras (33).

Durante la elaboración e implementación del programa de acompañamiento a familias migrantes desarrollado, se consideró la perspectiva intercultural a la hora de planificar y ejecutar los talleres con la comunidad migrante. Como el eje central de los contenidos del programa tenía relación con la salud y su cuidado, en todo momento el diálogo se abrió desde cómo la comunidad migrante internacional que participó de la intervención concebía estas dos dimensiones. Rescatando cómo en su cotidianidad desarrollaban el cuidado de su propia salud y de sus hijos(as), y desde ahí se generaron las intervenciones y actividades grupales, buscando siempre abrir el diálogo grupal y compartir conocimientos. A lo largo de la intervención se entregaban algunas recomendaciones para el cuidado de la salud frente a accidentes, por ejemplo, o para estimular el desarrollo de niños y niñas, incorporando como lo realizaban ellos desde su experiencia y compartiendo esa información. De esta manera se buscó llevar a cabo el programa desde un enfoque intercultural que valorará la experiencia de los participantes. Lejos de una intención asimilacionista y etnocentrista, a través de un diálogo de saberes compartido entre todos, se iba entregando contenido específico y reflexionando acerca de prácticas de cuidado de uno mismo, de los hijos y de la familia, recogiendo definiciones propias de cada familia acerca de qué es el bienestar familiar para cada una de ellas.

de, en este caso, la población migrante en un territorio Nación. La integración de la población migrante internacional se relacionará con el reconocimiento por parte de la cultura local como miembros de la sociedad, y como su consecuencia, al derecho de las mismas condiciones de equidad, oportunidades, derechos y obligaciones de la población local, sin que este proceso conlleve a la renuncia de sus características socioculturales (34). La inclusión social de las personas migrantes internacionales es multidimensional, ya que abarcará aspectos contenidos desde lo jurídico hasta lo cultural (34). En esta concepción de la integración social, se busca dejar de lado la concepción asimilacionista, que comprende la integración social como la adaptación o acomodación de un grupo cultural a una sociedad receptora, renunciando a rasgos culturales propios de la cultura de origen, a través de un proceso de aculturación (35). Aquí la integración pretende acercarse a una postura que hace referencia a un proceso de adaptación mutua entre la población inmigrante y el conjunto de la sociedad (34). Se acepta que no es posible tener una sociedad uniforme y que la integración debe basarse en el respeto, desarrollo y derecho al grupo humano que se incorpora a su identidad cultural y a su diferencia, reconociendo que la diversidad será positiva para la sociedad en conjunto (34). En su propuesta ideal, se espera que la sociedad acepte e incorpore los cambios necesarios para que la comunidad migrante internacional sea integrada y se logre convivir de forma armónica, en un lugar donde todos y todas tengan representatividad y derechos (36). En este programa de acompañamiento a familias migrantes desarrollado se buscó facilitar la integración social de familias migrantes que ha llegado recientemente a Chile, y que se encontraran en la búsqueda de redes que fortalecieran su bienestar y salud en el país. A través de la entrega libre de información y el compartir la experiencia en torno a los conocimientos que traían desde sus vivencias y país de origen sobre la salud y su cuidado.

Descripción del Programa

El Programa “Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias” nace inicialmente con la intención de apoyar al cuidado de niños y niñas migrantes e hijos de padres migrantes que viven en situación de vulnerabilidad en Chile, potenciando y entregando herramientas a sus familias y cuidadores de la comunidad. Se entiende como cuidadores de la comunidad como otras figuras fuera del núcleo familiar que participan del cuidado de niños y niñas (amigos(as) de la familia, vecinos(as), figuras comunitarias pertenecientes por ejemplo a la escuela o iglesia). La vulnerabilidad social se entendió para el desarrollo de este programa como condiciones sociales adversas donde los niños y niñas se desarrollarán y crecerán, como, por ejemplo, vivir en la pobreza, vivir en hacinamiento, sufrir de algún grado de exclusión social, por mencionar algunas que se han asociado a personas migrantes en la literatura, revisada previamente. Conceptos estrechamente relacionados son el de pobreza multidimensional y adversidad en la infancia. Se contemplan además, otras vulnerabilidades relacionadas con el proceso de migrar, como lo son las menores redes de apoyo, conocer e insertarse a un nuevo entorno y cultura, desconocer el sistema de salud del país de destino lo que lleva a un menor acceso, situación laboral inestable de los padres, regularización de la situación migratoria, menores ingresos y viviendas compartidas (26).

Se decidió incluir a la familia y cuidadores dentro de la población objetivo, comprendiendo a través de esa experiencia la importancia del bienestar global familiar para el desarrollo del bienestar y cuidado de la salud de niños y niñas que viven en contextos migratorios. Para lograr la intención inicial, se desarrolló un programa de 8 horas de duración, conformado por cuatro talleres que buscaban apoyar en el cuidado de la salud y desarrollo de los niños y niñas migrantes, estos módulos de contenidos y talleres se titularon: I. Introducción: nuestro rol como padres, madres y cuidadores, II. Sistema de salud en Chile: Funcionamiento, acceso y uso, III. Primeros auxilios en el hogar y cuidado de la salud, IV. ¿Qué es la psicomotricidad? Estimulación del desarrollo de niños y niñas. Para el desarrollo del programa se consideraron 8 horas en su totalidad, destinando dos horas para el desarrollo de cada taller, considerando una hora de contenido teórico y una práctica. Además, se consideró este tiempo por razones de factibilidad en la asistencia de los participantes, considerando que esta requeriría el traslado de las familias hasta el lugar donde se llevarían a cabo los talleres. En relación a los temas seleccionados para desarrollar en los talleres, estos se diseñaron en base a los antecedentes vinculados al cuidado de salud y bienestar de familias migrantes revisados, que se detallan en la descripción y experiencia de cada módulo. Los objetivos del Programa piloto fueron:

Objetivo general:

Apoyar al cuidado de niños y niñas migrantes que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, a través de un programa de formación básico que entregue herramientas a familias y cuidadores de la comunidad, promoviendo un desarrollo integral de estos niños(as).

Objetivos específicos:

1. Entregar y compartir conocimientos sobre cuidado integral de niños y niñas a familiares y cuidadores de niños y niñas migrantes.
2. Entregar información sobre acceso, beneficios y funcionamiento del sistema de salud en Chile a familias migrantes permitiéndoles conocer, utilizar y navegar por el sistema de salud con mayor facilidad.
3. Brindar conocimientos básicos respecto a salud y primeros auxilios sobre accidentes frecuentes en el hogar, cuidados de enfermedades comunes y cuándo consultar a urgencias.
4. Otorgar y compartir conocimientos teórico-prácticos respecto a estimulación del desarrollo psicomotor, con el fin de que cuidadores puedan facilitar un desarrollo integral de niños y niñas.

Experiencia: Primer taller piloto

Cómo se revisó en la sección de metodología, el primer programa piloto fue desarrollado durante dos mañanas del mes de julio del 2019. Los módulos I y II fueron desarrollados la mañana del día 6 de julio y los módulos III y IV el 13 de julio. Participaron un total de 9 familias migrantes, con un representante por núcleo familiar, de las cuales 56% eran originarias de Venezuela, 44% de Haití. El 89% de los participantes completó el programa. La mayoría de las participantes fueron mujeres (89%) y madres de familia. En su totalidad, asistieron 8 niños y niñas entre 1y 6 años, hijos(as) de las familias participantes, durante el desarrollo de los módulos estuvieron en la sala de cuidado realizando actividades diseñadas por una educadora de párvulo y educadora básica en base a las distintas edades y etapas de desarrollo. La mayoría de los niños y niñas participó activamente de las actividades y juegos organizados por las facilitadoras. Las familias asistentes valoraron la presencia de la sala de cuidado, mencionando que les permitió participar de los talleres con tranquilidad.

Descripción y experiencia de los cuatro módulos del Taller

I. *Introducción: nuestro rol como padres, madres y cuidadores*

Se ha descrito que migrar en familia puede significar un desafío para los padres y madres en la crianza y cuidado de los hijos(as), relacionado con experiencias vinculadas con la adaptación cultural y condiciones de vida (37–39)Victoria, Australia, and assessed how intergenerational issues related to parenting in a new culture impact on family functioning and the modification of lifestyles. A total of 10 focus group discussions (five with parents and five with 13-17-year-old children; N = 85 participants). El primer taller desarrollado correspondió a un taller introductorio sobre cuidado de niños y niñas, donde se abordó el rol que cumplen los padres, madres, y cuidadores, en potenciar el desarrollo y crecimiento de niños y niñas. Este módulo fue desarrollado por una psicóloga, con conocimientos y experiencia en el área, docente de la Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo. Se decidió abordar esta temática como introductoria, ya que se encuentra presente en los demás temas que se abordarían durante el programa, y que permitió compartir las nociones de cuidado y crianza con las familias participantes. A lo largo del desarrollo de este módulo se abordó la experiencia de los participantes relacionada con la crianza y cuidado de sus hijos(as) y se reconocieron en conjunto las distintas formas de llevarlo a cabo. Al migrar el grupo familiar, con hijos e hijas pequeñas, pueden cambiar las formas en que se lleva a cabo el cuidado y la crianza, y la forma en que las familias se relacionan. Es importante incorporar la reflexión de cómo esta

relación se ha mantenido o variado durante este proceso familiar, y cuáles han sido las cosas que han resultado más complejas para su abordaje. Los contenidos específicos que se abordaron en el Módulo taller 1 correspondieron a las distintas áreas de apoyo al desarrollo que padres, madres y cuidadores potenciarán en niños y niñas, y acompañaran a desarrollarlas, dentro de las que se identificaron el área social, física o biológica, emocional y cognitiva o mental. En conjunto se profundizó en cada una de estas dimensiones y compartieron las diversas formas en que familias potenciaban estas áreas con sus hijos e hijas. Luego se abordaron temas relacionados con la parentalidad y estilos de crianza, donde a través de los distintos estilos descritos por la literatura se discutió, que estilos se presentaban actualmente, que otros estilos se reconocían y a que estilo esperaban apuntar.

Para llevar a cabo el módulo la facilitadora utilizó como apoyo visual una presentación con láminas que introdujeron el tema e imágenes que abrieron al diálogo. El taller se desarrolló en dos partes, en la primera se presentó y discutió sobre el rol de los padres, madres y cuidadores en las distintas áreas de crecimiento de niños y niñas. Se presentaron los contenidos y se realizó la sesión de forma participativa, finalmente se expusieron dos vídeos a raíz de los cuáles las familias reconocieron las distintas áreas del crecimiento y las vincularon a su rol de cuidado en la actualidad. En la segunda parte, se abordaron los estilos parentales, utilizando la misma metodología, se presentaron los contenidos y se abrió espacio al finalizar para que familias dialogaran e identificaran como estaban llevando a cabo actualmente su rol parental, con que estilos de crianza se identificaban más y que otros estilos o características reconocían. Luego de este ejercicio los participantes se plantearon cómo querían llevar a cabo el rol parental y se propusieron un objetivo y un plan para alcanzarlo. Estas reflexiones se compartieron a viva voz entre los participantes. Se destacó la activa participación de los asistentes a lo largo del desarrollo de este primer módulo de taller. Surgió de la experiencia de aplicación de este taller puntual, la inquietud de madres y padres de profundizar y abordar el tema sobre manejo de rabietas de los niños y niñas, y la regulación emocional de padres y madres en estas circunstancias difíciles en el cuidado y convivencia, que se abordaron más adelante, incorporándose al módulo final

II. Sistema de salud en Chile: Funcionamiento, acceso y uso

Tras la revisión de los antecedentes de la situación de acceso a servicios de salud por parte de población migrante internacional en Chile, se destacó la importancia del conocimiento del sistema de salud en el país de destino y sus formas de acceder a él, destacando la adscripción a una previsión de salud. De esta manera, el objetivo de este módulo fue que las familias migrantes internacionales pudieran acceder y utilizar el sistema de salud, y navegar a través de él con mayor facilidad. Es debido a esto que se diseñó este módulo taller para brindar conocimientos sobre el sistema de salud chileno, su organización, funcionamiento y como acceder y utilizarlo.

Este taller fue realizado por una enfermera y abordó los contenidos de derechos a la atención de salud, organización y funcionamiento del sistema de salud chileno (financiamiento y niveles de atención), como acceder al sistema de salud en distintas situaciones migratorias, a que atenciones de salud se puede acceder en los distintos niveles de atención del sistema de salud (primaria, secundaria y terciaria), atenciones de salud destinadas a niños y niñas y los distintos centros de salud correspondientes a las comunas donde se realizó la intervención, La Granja, San Ramón y La Pintana.

El módulo taller se desarrolló a través de una breve exposición de la facilitadora con el apoyo de la proyección de una presentación, donde se expusieron los temas señalados y en paralelo se fueron discutiendo con los participantes. Se abordaron los niveles de atención del sistema de salud y donde acudir según la urgencia de atención del problema a resolver, contemplando que los modelos del sistema de salud varían en distintos países. Durante el módulo se fue dialogando con los participantes indagando en lo que conocían del sistema de salud y su experiencia con el sistema de salud chileno y previas en el sistema de salud en sus países de origen. La actividad se llevó a cabo en dos partes, la primera buscó describir el sistema de salud nacional, su organización y niveles, y la segunda cómo acceder al sistema de salud en las distintas situaciones migratorias. En la segunda parte del módulo se entregó un espacio para consultas principalmente relacionadas con el acceso al sistema de salud.

Al realizar este módulo con familias migrantes se pudo constatar que varios de los asistentes tenían una noción del funcionamiento del sistema de salud y de cómo acceder, esto puede tener relación que el contacto con los participantes se estableció a través de la red de salud del sector Metropolitano Sur Oriente. Si bien la mayoría de los participantes había accedido al sistema de salud, aun

así, existían varias dudas en relación a la adscripción a una previsión de salud y la actualización de información una vez obtenida la documentación para la regularización migratoria. Los participantes agradecieron el taller realizado, valorando principalmente la posibilidad de aclarar dudas respecto al acceso y uso de los servicios de salud.

III. *Primeros auxilios en el hogar y cuidado de la salud*

De los egresos hospitalarios de niños y niñas el año 2012 en Chile, el 23% de niños migrantes entre 1 y 6 años fueron egresados por causas externas (v/s 12,8% niños(as) chilenos) (5). Vivir y crecer en condiciones de vulnerabilidad social, como lo son la pobreza y el hacinamiento, puede predisponer a un mayor riesgo para la salud, tanto como para la aparición de accidentes en el hogar, y la presencia de enfermedades respiratorias o infecciosas, especialmente durante el invierno. Por ejemplo, se ha descrito el riesgo de quemaduras en los niños y niñas pequeñas durante el invierno que viven en condiciones de hacinamiento (40). El objetivo de este módulo fue brindar conocimientos básicos respecto a salud y primeros auxilios sobre accidentes frecuentes en el hogar, cuidados de enfermedades comunes y cuándo consultar a urgencias. El módulo taller fue conducido por una enfermera desempeñada en el área pediátrica, y abordó el reconocimiento de signos vitales, como abordar el cuidado y prevención de enfermedades frecuentes en el hogar (principalmente respiratorias y gastrointestinales) y sus síntomas, primeros auxilios en el hogar (contemplando accidentes más frecuentes presentes en los niños(as): heridas y golpes, quemaduras, convulsiones, picaduras y mordeduras).

Este módulo mantuvo la modalidad utilizada previamente, donde la facilitadora expuso a través del uso de una presentación la primera hora los contenidos, dialogando en paralelo con los participantes sobre sus experiencias en situaciones de accidentes en el hogar, abordaje y cuidados llevados a cabo en enfermedades frecuentes. En la segunda parte el enfoque fue práctico, donde se practicó como controlar e identificar los signos vitales en niños y niñas, con énfasis en el control de frecuencia cardíaca (o pulso), frecuencia respiratoria y control de temperatura. A su vez, se identificaron signos de alarma en enfermedades frecuentes para acudir oportunamente a servicios de salud. Los participantes compartieron sus conocimientos y experiencias previas en relación a accidentes y enfermedades frecuentes en el hogar, principalmente con sus hijos e hijas, y se resolvieron dudas. Finalmente, se discutieron en conjunto situaciones y casos que ejemplificaron accidentes frecuentes en los hogares, donde los participantes compartieron como actuarían e identificaron los principales cuidados y acciones. Los participantes a través de la valoración cualitativa de este módulo indicaron querer obtener más información respecto a primeros auxilios, principalmente maniobras de reanimación y cómo actuar en caso de que sus hijos se ahogaran en casa.

IV. *¿Qué es la psicomotricidad? Estimulación del desarrollo de niños y niñas.*

El desarrollo de niños y niñas, en sus diferentes áreas, dependerá tanto de factores individuales de cada uno(a) como del entorno donde crece y se desarrolla. Se ha descrito en la literatura desventajas en el desarrollo de niños y niñas migrantes, que crecen en vulnerabilidad, especialmente en el área socioemocional, muchas veces relacionado con la barrera lingüística y la exclusión en países de destino(41,42). Intervenciones en edades tempranas puede mejorar estos resultados(43). A partir de entrevistas previas del equipo de investigación del Programa de Estudios Sociales en Salud, realizadas a profesionales de la salud y de educación, se detectó en profesionales de salud que atienden a niños y niñas migrantes internacionales una posible desventaja en su desarrollo psicomotor. Esta es una temática compleja de abordar y objetivar, ya que cada país y cultura mide bajo distintos estándares los hitos del desarrollo de niños y niñas. Por ende, es difícil de estandarizar, ya que cada niño y niña crecerá en un entorno diferente, con una estimulación del medio distinta. El objetivo de este módulo fue otorgar y compartir conocimientos teórico-prácticos respecto a estimulación del desarrollo psicomotor, con el fin de que cuidadores puedan facilitar un desarrollo integral de niños y niñas.

El módulo taller fue dirigido por una psicóloga, quién participó además del primer módulo introductorio, y abordó las distintas áreas del desarrollo de niños y niñas (enfocado en las áreas de percepción, motricidad y coordinación). El desarrollo del módulo siguió la modalidad descrita anteriormente, presentando durante la primera parte las distintas áreas de desarrollo y compartiendo los conocimientos de los asistentes al respecto, y en la segunda parte se compartieron formas de promover el desarrollo de estas áreas. Al ser un taller donde los participantes cuidaban de niños(as) de distintas edades (comprendidas entre los 0 y 5 años) se abordaron ejercicios generales de estimulación, y se indagó en las formas actuales utilizadas para promover el desarrollo en las distintas áreas.

Estas recomendaciones de estimulación se realizaron principalmente promoviendo la exploración del entorno en el que actualmente crecían los niños y niñas, promoviendo juegos que buscaban su integración. Para esto, se dispusieron las sillas en círculo y se realizó una actividad experiencial, donde con los ojos cerrados, los participantes reconocieron objetos por su textura y olor, compartiendo que les evocaban y recordaban. Por otra parte, el desarrollo motor y de coordinación se llevó a cabo entorno a juegos físicos que promovían el movimiento de distintas extremidades y su coordinación. Las familias compartieron distintos ejercicios y juegos que ellos realizaban en casa con sus hijos e hijas para promover el desarrollo de las áreas abordadas.

Experiencia y evaluación primer taller piloto

Para evaluar el programa, se elaboraron dos encuestas de autoaplicación para los participantes, ambas con su versión en español traducida al Creole por un facilitador lingüístico de origen haitiano. La primera encuesta se dedicó a evaluar dimensiones de bienestar y felicidad antes y después de la intervención y la segunda se dedicó a evaluar la percepción de los participantes de este taller al finalizar. Para el análisis de los resultados de la primera encuesta se contabilizaron 5 encuestas, ya que 4 estaban incompletas.

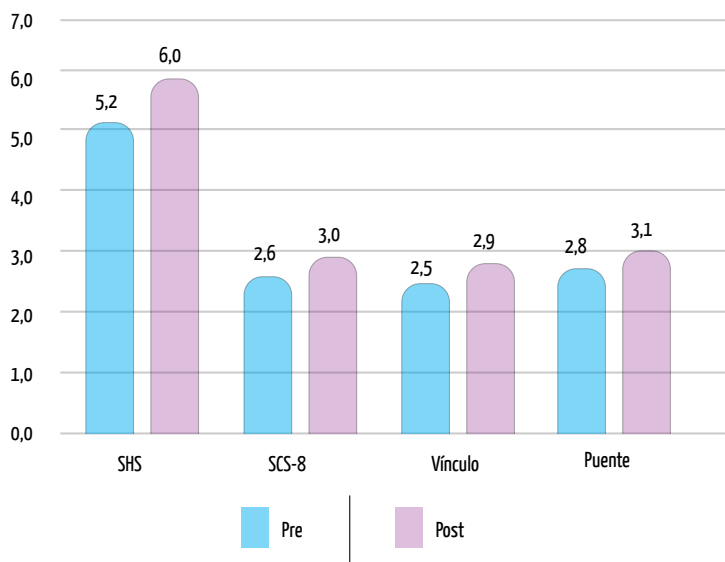
La primera encuesta incorporó preguntas y dimensiones de los instrumentos *Subjective Happiness Scale* (SHS) de 4 ítems (12) validada en Chile en español (13)1999 y *Social Capital Scale de 8 ítems* (SCS-8) validada en inglés (14)but it is too long for large-scale survey research. In this study, we described two short versions of the instrument: the PSCS-16 and PSCS-8. The two short scales were evaluated with survey data collected among an adult sample (N = 259, la cual se compone de dos áreas llamadas *Bonding o vínculo* y *Bridging o puente*. La primera hace referencia a las relaciones dentro del grupo o comunidad y la segunda a las relaciones entre grupos sociales más amplios, como seguridad, sistema de salud, clases sociales, raza/etnia, religión, etc.

Tabla 3: Resultados primera encuesta aplicada a participantes (n=5).

	SHS	SCS-8	Vínculo	Puente
Promedio al inicio	5,2	2,6	2,5	2,8
Promedio al final	6,0	3,0	2,9	3,1
Diferencia absoluta	0,8	0,3	0,4	0,3
Diferencia relativa	14%	12%	14%	10%

Los participantes reportaron a través de los resultados de la primera encuesta, un aumento en su percepción de felicidad, y su capital social, relacionado con la confianza y contacto con la comunidad cercana e instituciones y valores culturales. Si bien, por la escasa muestra y la ausencia de un grupo control, estos resultados no tienen significancia estadística, dan cuenta de una mejora de estos indicadores a través de la experiencia.

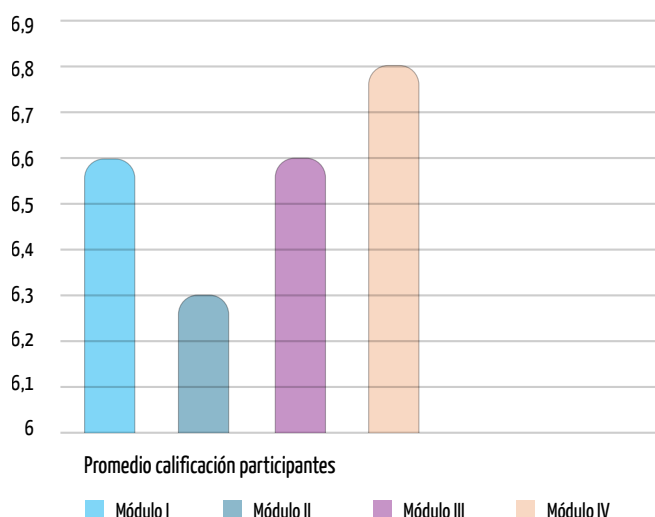
Figura 1: Promedios obtenidos de la escala de felicidad subjetiva (SHS), escala de capital social (SCS-8) y vínculo y puente asociados a capital social por parte de los participantes (n=5).



La segunda encuesta buscó evaluar el programa desde la perspectiva de los participantes, de manera general y por cada taller elaborado, el total de 9 participantes completó esta encuesta. Los participantes calificaron el programa en la escala de 1 a 7 (siendo 1 muy deficiente y 7 excelente). Además, se incorporaron cuatro preguntas abiertas que buscaron indagar en la valoración cualitativa de los participantes sobre el programa, aspectos a mejorar e indagar necesidades y temas de interés para abordar en una próxima iniciativa. Además, al finalizar el programa, se mantuvo una conversación con los participantes abordando estas temáticas.

Respecto a los resultados de la evaluación del taller por parte del grupo de participantes, el 89% evaluó con calificación máxima el programa, y con un promedio de evaluación de 6.9 sobre 7. El taller mejor evaluado por los participantes correspondió al taller IV. ¿Qué es la psicomotricidad? Estimulación del desarrollo de niños y niñas, con una calificación de 6.8 sobre 7. El 100% de los participantes señaló que recomendaría el programa a otras personas. En la sección de preguntas abiertas, las participantes señalaron que aprendieron y compartieron herramientas útiles para el cuidado de sus hijos(as) y su desarrollo. Valoraron que la experiencia fuera presencial y grupal, para compartir con otras familias con una experiencia similar como llevaban a cabo el cuidado de sus hijos(as) y su salud. Respecto a los aspectos por mejorar, las participantes refirieron aumentar la cantidad de cupos para un próximo programa y realizar una difusión más amplia.

Figura 2: Promedio en la calificación de cada módulo (taller) por parte de los participantes



Aprendizajes y mejoras al programa

A través de esta primera experiencia de ejecución del programa, se levantaron necesidades y temas de interés de las familias migrantes internacionales participantes. Dentro de las inquietudes de las familias, se presentó el tema de manejo de situaciones de convivencia complejas con los niños y niñas, como el manejo de “rabietas” y establecimiento de límites. A su vez, apareció la inquietud relacionada con la regulación emocional en estas situaciones de los padres y madres, para poder enfrentar esta situación con calma y paciencia. Algunas familias señalaron que tenían hijos en sus países de origen que aún no podían viajar a Chile, y se les dificultaba la comunicación y crianza a distancia. Un tema emergente, que no se había contemplado originalmente en el programa fue el manejo de estrés y regulación emocional, principalmente relacionado con el cuidado de las participantes como madres y cuidadoras y el desgaste relacionado con esta tarea llevada a cabo en una situación adversa y de vulnerabilidad social.

Estas inquietudes emergentes por parte de las participantes llevaron a replantear el foco y objetivo del programa, de una manera más amplia, al cuidado de las familias migrantes internacionales, más que el cuidado de los niños y niñas. La familia migrante como grupo, atraviesa en conjunto un proceso complejo, que trae cambios dentro de la familia y en su relación con el medio. Es necesario focalizar la atención en el bienestar y cuidado de la salud de la familia como unidad, y no los niños(as) de forma separada. Para que los padres, madres y cuidadores puedan llevar a cabo su rol parental y de cuidado, es necesario que se encuentren bien, y que se encuentren bien de manera individual y en relación con la estructura que forman como grupo. A raíz de esta experiencia, el programa amplió su foco referido al cuidado de la salud y bienestar de las familias migrantes y sus hijos(as) en Chile, que viven en situación de vulnerabilidad. Se incorporaron nuevos módulos temáticos, que buscan responder a las necesidades levantadas en la primera experiencia piloto. Estos nuevos módulos son:

I. *Construyendo nuestra nueva identidad familiar en un nuevo país*

La migración internacional tiene un impacto en la conformación familiar y sus formas de relacionarse y cuidarse. Para introducir el programa se decidió abordar un taller que contemplará esta unidad familiar, y reconectará con la identidad del grupo familiar, quiénes lo conforman, que los distingue y caracteriza, y como el proceso migratorio ha influido o no en esta identidad. De esta forma, se espera introducir, a partir de esa reflexión, el resto de los talleres abordados en el programa.

II. *Bienestar de las familias y niños y niñas en un nuevo país*

La búsqueda de bienestar y mejor calidad de vida es una de las razones que propulsan a las familias a migrar y buscar un nuevo territorio para vivir y desarrollarse. En este taller se plantea la discusión de cómo se concibe el bienestar, que actividades realiza la familia para alcanzarlo y como potenciar su bienestar y el de sus hijos. Se entregan ideas para el desarrollo del bienestar en familia durante el proceso migratorio y se explora en las experiencias de búsqueda y vivencia del bienestar.

III. *Autocuidado en el proceso migratorio familiar*

En este taller se busca abordar las necesidades referidas con el cuidado de los padres, madres y cuidadores, relacionadas con su labor de cuidado y crianza. Se indagarán herramientas para el autocuidado presentes y como potenciarlas, así como actividades propuestas para llevarlo a cabo. Se brinda un marco sobre regulación emocional y manejo de emociones, respondiendo a la necesidad de padres, madres y cuidadores y como esta se relaciona con la convivencia familiar.

IV. *Parentalidad y crianza contemplando el proceso migratorio*

Este taller se corresponde con el taller introductorio realizado en la experiencia piloto del programa, profundizando en temas relacionados a la convivencia con niños y niñas, manejo de situaciones complejas, generación de límites y rutinas. Buscando facilitar la experiencia parental en las temáticas de preocupación detectadas en el primer taller con las familias migrantes, contemplando la experiencia migratoria familiar de forma participativa, buscando generar un impacto profundo, desde lo propuesto desde la literatura.

Luego de estas modificaciones, los módulos y talleres que serán abordados en un próximo programa piloto serán:

- I. Construyendo nuestra nueva identidad familiar en un nuevo país
- II. Bienestar de familias y niños y niñas migrantes en un nuevo país
- III. Parentalidad y crianza contemplando el proceso migratorio
- IV. Autocuidado en el proceso migratorio familiar
- V. Sistema de Salud en Chile: Información para familias migrantes
- VI. Primeros auxilios en el hogar para familias migrantes
- VII. Potenciando el desarrollo psicomotor de niños y niñas que migran

Actualmente, las modificaciones del programa se están realizando con la colaboración de un equipo multidisciplinario, invitado a escribir estos talleres y desarrollarlos en profundidad, buscando elaborar material de apoyo para las familias migrantes internacionales, con los contenidos de cada módulo, para continuar con el desarrollo de talleres, logrando probar el nuevo modelo. Parte de los colaboradores participaron en el primer programa piloto. La experiencia del taller permitió concentrar esfuerzos en la elaboración de un programa más inclusivo y relevante para estas familias, que beneficie al núcleo en su conjunto, identificando necesidades y formulando un espacio para el diálogo intercultural y experiencias relacionado con el cuidado, la salud y búsqueda de bienestar.

Las familias migrantes internacionales se trasladan en busca de mejores oportunidades y calidad de vida para sus miembros. Este desplazamiento y posterior asentamiento en la sociedad de destino puede traer consigo múltiples desafíos que terminen en condiciones desfavorables para los miembros de las familias migrantes. La migración internacional ha aumentado considerablemente durante los últimos años en Chile, trayendo muchas familias provenientes de distintos países y culturas, que buscarán mejorar sus condiciones de vida en este país. Encuestas poblacionales y literatura nacional muestran que los migrantes enfrentan más vulnerabilidades relacionadas con el acceso a salud, servicios de protección y condiciones más adversas de vivienda. Los niños y niñas hijos de estas familias migrantes internacionales (o que viven en contextos migratorios) crecen en un contexto desfavorable en comparación con los niños y niñas nacionales, creciendo y desarrollándose con mayores dificultades. Con el propósito de potenciar el bienestar y apoyar en el cuidado de la salud de estas nuevas familias migrantes internacionales y sus hijos e hijas en Chile, se desarrolla un programa de intervención psicoeducativa, que busca entregar herramientas para el cuidado de la salud y su desarrollo en Chile. El objetivo general del programa piloto fue apoyar al bienestar y cuidado de niños y niñas migrantes internacionales que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, a través de un programa de formación básico que entregue herramientas a familias y cuidadores de la comunidad, promoviendo un desarrollo integral de estos niños(as).

El desarrollo del primer programa piloto de este taller permitió reconocer necesidades de las familias migrantes, relacionadas con el autocuidado, la regulación emocional en situaciones difíciles de la crianza de los hijos(as) y abordar la experiencia familiar en relación con la experiencia migratoria. Estas necesidades permitieron elaborar un nuevo programa, con mayor pertinencia y sensibilidad intercultural a las necesidades de esta población. Las familias valoraron positivamente el primer programa y señalaron mejorar algunos indicadores relacionados a felicidad subjetiva y capital social, percibiendo mejora en la relación con las redes de la comunidad. La experiencia participativa les permitió a las familias compartir sus experiencias comunes sobre el cuidado de los hijos(as) en un país distinto al de origen, lo que ha sido ampliamente reconocido como un beneficio por la literatura. Este programa plantea desafíos en relación con la integración de la población migrante internacional, particularmente en su dimensión como unidad familiar que con particulares necesidades a partir de sus distintas experiencias propias de sus culturas, países de origen y proceso migratorio. Se destaca la importancia de buscar promover la integración de estas familias a la comunidad y promover espacios para brindar e intercambiar información para que naveguen por las redes para el cuidado de su salud y de sus hijos(as).

Luego del desarrollo de este primer programa piloto y la revisión de la literatura, se reconocen como fortalezas de programas de apoyo a familias migrantes la modalidad participativa-grupal, abordar la experiencia migratoria vinculada al cuidado de la salud y bienestar, contar con facilitadores bilingües y/o pertenecientes a la comunidad migrante, incorporar a los hijos e hijas en las actividades desarrolladas en los talleres. Como debilidades del programa piloto, se destaca la falta de un diagnóstico participativo previo de la comunidad migrante a intervenir, donde se podrían haber recabado necesidades específicas. Estas se abordan en la primera experiencia y se consideran para las mejoras del programa para una próxima aplicación. Por otro lado, dentro de las familias participantes, se destaca la escasa evidencia respecto a programas que buscan promover la salud y bienestar de familias migrantes. De los artículos revisados, varios programas nacían como parte de la intervención de un estudio, más que de la iniciativa de generar un programa con el fin específico y único de promover el bienestar. Esto vuelve relevante el material abordado en este capítulo, que busca registrar la experiencia de este primer programa piloto, dejando registro de sus fortalezas y debilidades.

Recomendaciones

- Implementar el programa mejorado que contemple las necesidades identificadas en la comunidad migrante participante de la primera experiencia piloto, abordando temáticas para el cuidado de los padres y madres migrantes internacionales, quienes enfrentan el desafío de criar a sus hijos en una nueva cultura.
- En actividades de promoción de salud y bienestar con familias migrantes internacionales y sus hijos e hijas, desde la experiencia en este primer programa piloto y la literatura, se evidencia la importancia de la incorporación de su experiencia migratoria relacionada con sus vivencias como padres y madres y de constituirse como familias “transnacionales” en el proceso.
- Se recomienda que el desarrollo programas de esta naturaleza sea llevado a cabo en grupos de varias familias migrantes internacionales participantes. Reconocer experiencias similares en los relatos de los otros participantes y compartir las experiencias comunes fortalece la intervención, mejora la adherencia y potencia redes de apoyo comunitarias.
- Contar con una sala de cuidado continua para el cuidado de los hijos e hijas durante las actividades con las familias migrantes internacionales facilita el desarrollo del programa, los padres y madres participan con tranquilidad de las intervenciones, ya que tienen a sus hijos(as) cerca y están bajo el cuidado de personal capacitado (parvularias). Además, facilita la asistencia de las familias al programa, y permite mayor integridad a las actividades, ya que pueden compartir en familia diversos ejercicios y vivenciarlos.
- El contacto con la red asistencial de las comunas donde se implementó este programa fue crucial para su desarrollo, tanto para la selección y recolección de participantes, como para la implementación en el centro donde se desarrolló. La articulación de la red asistencial se vuelve fundamental a su vez para la difusión de este tipo de actividades, donde participantes fueron derivados por sus características y necesidades.
- El trabajo interdisciplinario para el desarrollo de este tipo de programas es fundamental. Contar con distintos profesionales en la articulación de este piloto ayudó a llevarlo a cabo de una manera integral. Con la participación de enfermeras en temas relacionados a la salud física, psicóloga que abordó la salud emocional y el desarrollo infantil, parvularias que realizaron actividades de juego y cuidado con los niños(as), facilitador lingüístico que permitió la participación de una comunidad que no dominaba el español y la trabajadora social que conocía de cerca los casos de familias que requerían de esta intervención.

Referencias

1. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017.
2. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Inmigrantes síntesis de resultados. 2018.
3. Pavez-Soto I. Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungara*. 2017 Dec 1;49(4):613–22.
4. Pavez-Soto I, Ortiz-López JE, Jara P, Olgún C, Domaica A. Infancia haitiana migrante en Chile: barreras y oportunidades en el proceso de escolarización. *EntreDiversidades Rev Ciencias Soc y Humanidades*. 2018 Dec 30;1(11):71–97.
5. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):707–16.
6. Chepo M, Cabieses BB. Condiciones sociales de niños migrantes internacionales en Chile: Análisis CASEN 2017. In: *Medwave V Congreso Chileno de Salud Pública y VII Congreso Chileno de Epidemiología*. NLM (Medline); 2019.
7. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Publica Mex*. 2018;60(5):566–78.
8. Cabieses B, Bernaldes M, Chepo M, Escobar T, Bersano P. Proyecto Piloto Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. 2017.
9. Ojeda N. Familias transfronterizas y familias transnacionales: algunas reflexiones. *Migr Int*. 2005;3(2):167–74.
10. Merla L. La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*. 2014. 85–104 p.
11. Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados CENSO 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <http://resultados.censo2017.cl/>
12. Lyubomirsky S, Lepper SH. A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Soc Indic Res* [Internet]. 1999;46:137–55. Available from: <https://escholarship.org/uc/item/2185n8gb>
13. Vera-Villarreal P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N. Evaluación de la felicidad: Análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población Chilena. *Ter Psicol*. 2011;29(1):127–33.
14. Wang P, Chen X, Gong J, Jacques-Tiura AJ. Reliability and Validity of the Personal Social Capital Scale 16 and Personal Social Capital Scale 8: Two Short Instruments for Survey Studies. *Soc Indic Res*. 2014;119(2):1133–48.
15. Wieland ML, Weis JA, Hanza MMK, Meiers SJ, Patten CA, Clark MM, et al. Healthy Immigrant Families: Participatory Development and Baseline Characteristics of a Community-Based Physical Activity and Nutrition Intervention. *Contemp Clin Trials*. 2016;22–31.

16. Lindsay AC, Wallington SF, Lees FD, Greaney ML. Exploring how the home environment influences eating and physical activity habits of low-income, latino children of predominantly immigrant families: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 May 14 [cited 2020 Apr 14];15(5). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29757941>
17. Gibbs L, Waters E, De Silva A, Riggs E, Moore L, Armit C, et al. An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: a protocol paper for Teeth Tales. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 22];4:4260. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
18. Kim EY, Noh JH, Jung EY, Lim EJ. Development and application of an infant and toddler healthcare program for marriage-migrant women. *Int J Healthc Inf Syst Informatics*. 2019 Jan 1;14(1):19–28.
19. Weisleder A, Cates CB, Dreyer BP, Johnson SB, Huberman HS, Seery AM, et al. Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 23];137(2). Available from: www.aapublications.org/news
20. Leirbakk MJ, Magnus JH, Torper J, Zeanah P. Look to Norway: Serving new families and infants in a multiethnic population. *Infant Ment Heal J*. 2019;40:659–72.
21. Lau AS, Fung JJ, Yung V. Group Parent Training with Immigrant Chinese Families: Enhancing Engagement and Augmenting Skills Training. *J Clin Psychol*. 2010;66(8).
22. Parra-Cardona JR, Zerón GL, Rocío Escobar-Chew A, Domenech Rodríguez MM. Enhancing Parenting Practices with Latino/a Immigrants: Integrating Evidence-based Knowledge and Culture According to the Voices of Latino/a Parents. *Clin Soc Work J*. 2017;45(1):88–9.
23. Nieuwboer C, van't Rood R. Learning language that matters. A pedagogical method to support migrant mothers without formal education experience in their social integration in Western countries. *Int J Intercult Relations*. 2016 Mar 1;51:29–40.
24. Valdez CR, Abegglen J, Hauser CT. Fortalezas familiares program: Building sociocultural and family strengths in latina women with depression and their families. *Fam Process*. 2013 Sep;52(3):378–93.
25. Mendizábal DM, Maldonado SE. Propuesta de acompañamiento psicosocial con familias migrantes. *Sinéctica* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 17];43. Available from: http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=43_propuesta_de_acompanamiento psico-social_con_familias_migrantes
26. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 Apr 1;34(2):167–75.
27. Fernández MP. Mapa del estudiantado extranjero en el sistema escolar chileno (2015-2017). 2018.
28. Valdés A, Veloso B. Inclusión de niños y niñas migrantes y sus familias en el sistema de educación parvularia. Resumen ejecutivo [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 20]. Available from: www.unicef.cl
29. Mortari L. Filosofía del cuidado. *Universida. Concepción Chile: Universidad del Desarrollo*; 2019. 13–14 p.
30. Leininger M, McFarland M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. Mc Graw-Hi. USA: Mc Graw-Hill; 2002.
31. de las Nieves CB, Mañás MC. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. Vol. 21, *Index de Enfermería*. Fundación Index; 2012. p. 160–4.
32. Actis E, Pasquale DI. Las dimensiones constitutivas del bienestar social: una propuesta conceptual. *Trab y Soc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 21];29:493–515. Available from: www.unse.edu.ar/trabajosociedad
33. Alvarez A. *Interculturalidad: Concepto, alcances y derecho*. Ediciones. México; 2014.
34. Medina R. La integración sociocultural: una visión del inmigrante latinoamericano residente en Cataluña. *POLIS México*. 2016;12(2):141–75.
35. Giménez C. *El interculturalismo: propuesta conceptual y aplicaciones prácticas*. Vitoria; 2010.
36. Malgenesi G, Giménez C. *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid; 2000.
37. Renzaho AMN, Green J, Mellor D, Swinburn B. Parenting, family functioning and lifestyle in a new culture: The case of African migrants in Melbourne, Victoria, Australia. *Child Fam Soc Work*. 2011 May;16(2):228–40.
38. CHOI H, DANCY BL, LEE J. Raising children in America: Korean parents' experiences. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2020 Apr 22];20(6):508–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2011.01864.x>
39. Anshon M, Merali N. Latino immigrant parents' experiences raising young children in the absence of extended family networks in Canada: Implications for counselling. *Couns Psychol Q*. 2018 Oct 2;31(4):408–27.
40. Romero P P. Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. *Rev Chil Pediatr*. 2007 Oct 1;78(SUPPL1):57–73.
41. Voltmer K, von Salisch M. Native-born German and immigrant children's development of emotion knowledge: A latent growth curve analysis. *Br J Dev Psychol*. 2019 Mar 1;37(1):112–29.
42. Dea C, Gauvin L, Fournier M, Goldfeld S. Does place matter? An international comparison of early childhood development outcomes between the metropolitan areas of Melbourne, Australia and Montreal, Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 2;16(16).
43. Karoly LA, Gonzalez GC. Early care and education for children in immigrant families. *Futur Child*. 2011;21(1):71–101.

Agradecimientos

A las instituciones colaboradoras en la primera experiencia piloto del “Programa Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias”: Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo, a través de su decana, Josefina Santa Cruz, Escuela de Enfermería Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, a través de su directora Claudia Pérez. Fundación Ilusióname, a través de su director Francisco Villalón, por su colaboración en el financiamiento y organización del proyecto. A Ligia Gallardo, referente de migración del Hospital Padre Hurtado y Ana Montes, por su colaboración activa en el reclutamiento y selección de participantes y acompañamiento. A Herleyn Agurto, Olaya Moena y Marcia Valenzuela, por su participación en la implementación del primer taller piloto y colaboración en el desarrollo del modelo actual y sus mejoras.



CAPÍTULO 14

Salud sexual y reproductiva en población migrante internacional, con énfasis en la población adolescente femenina

Electra González Araya. Asistente Social, Master in Population Research, CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
E-mail: evgonzalez@med.uchile.cl

Ingrid Leal Fuentes. Matrona, Magister en Salud Pública, CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
E-mail: igleal@med.uchile.cl

En los últimos años se ha producido un importante incremento de la población inmigrante residente en Chile. Fenómeno que inicialmente fue un proceso migratorio de hombres solos por razones laborales pero, que en la actualidad se observa un aumento en el número de mujeres que emigran con un proyecto propio o bien, como consecuencia de la reagrupación familiar. El objetivo de este capítulo es analizar, mediante una revisión bibliográfica y de datos estadísticos existentes, cuáles son los factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes con especial énfasis en mujeres adolescentes y cuáles son las principales barreras que tienen en el acceso a los servicios sanitarios del país. Se muestran resultados de dos estudios descriptivos, el primero, es un estudio de los partos, lugar de origen, periodo, contexto de mujeres que controlaron su embarazo en los centros de atención primaria pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitana Norte de la Región Metropolitana, y en el segundo, se describen las características personales y familiares de adolescentes migrantes internacionales consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva ubicado en el sector norte de la Región Metropolitana. Se concluye que existen una serie de factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes en general que se agudizan en la población migrante adolescente. Es necesario alcanzar a aquellas adolescentes migrantes activas sexualmente o en riesgo de inicio de actividad sexual donde se observa que hay un menor uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de éstas.

Palabras claves: Salud sexual y reproductiva, mujeres migrantes internacionales, adolescentes, barreras, recomendaciones

Abstract

In recent years there has been a significant increase in the immigrant population residing in Chile. This phenomenon was initially a migratory process of single men for work reasons, but recently also increased the number of women who emigrate with their own project or, as a consequence of family reunification. This chapter aims to analyze, through a bibliographic review and existing statistical data, what are the factors that affect the sexual and reproductive health of immigrant women, with special emphasis on adolescents, and what are the main barriers they have to access the country's health services. The results of two descriptive studies are shown, the first one is a study of births, place of origin, span and context of women who followed their pregnancy in primary care centers belonging to the North Metropolitan Health Service of the Metropolitan Region. The second one describes the personal and family characteristics of international migrant adolescents consulting in a sexual and reproductive health center located in the northern sector of the Metropolitan Region. We found that there are a series of factors that affect the sexual and reproductive health of immigrant women in general, which are exacerbated in the adolescent migrant population. It is essential to reach sexually active or initiating sexual activity migrant adolescents where there is evidence of less use of sexual and reproductive health services.

Keywords: Sexual and reproductive health, international migrant women, adolescents, barriers, recommendations

En este capítulo se abordará mediante una revisión bibliográfica y datos estadísticos existentes, los factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes internacionales, con énfasis en mujeres adolescentes y cuáles son las barreras que tienen en el acceso a salud en los servicios sanitarios del país. A continuación, se describirán los datos de partos, lugar de origen, periodo y contexto de mujeres migrantes y no migrantes, correspondientes a los centros de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Norte, SSMN. Análisis propio a partir de los Registros Estadísticos Mensuales, REM. En el estudio siguiente se describirán las características personales y familiares de adolescentes migrantes internacionales consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva, CEMERA, Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Si bien las migraciones son fenómenos globales y una opción de vida para millones de personas a través del mundo y son también fenómenos sociodemográficos muy antiguos, recientemente han tomado una gran relevancia en nuestro país. Esto además, porque es un fenómeno muy dinámico que está impactando todos los sectores de nuestra sociedad, en especial el sector salud, el que se ha visto demandado en la atención de esta específica población.¹

Características de la migración internacional en Chile

En Chile el fenómeno de la migración internacional no es un fenómeno nuevo, en el Censo de 2002, 1,27% de la población residente era inmigrante, 15 años después este porcentaje aumentó al 4,35%. Al 31 de diciembre de 2019 este porcentaje equivale al 7% de la población que habita el territorio nacional². Entre las causas de este fenómeno están, entre otras, la deteriorada situación económica, la violencia social y los conflictos políticos que afectan a las personas en sus países de origen. Por otro lado, los logros sociales, la disminución de la pobreza incluso la estabilidad económica y política hacen que Chile se transforme en un país de destino importante especialmente para personas migrantes latinoamericanas^{1,2}

1. Es un fenómeno dinámico que ha tenido un alto impacto en todos los sectores de nuestra Sociedad

La migración se ha dado como un fenómeno muy dinámico y debido a que el flujo más importante de los inmigrantes que residen en Chile se dio entre los años 2010 y 2017 esto ha tenido un alto impacto en el sector educación, sanitario, laboral, vivienda y otros, especialmente en los niveles locales donde se establecieron las personas migrantes. De acuerdo al INE (Instituto Nacional de Estadísticas) en conjunto con el DEM (Departamento de Extranjería y Migración), al 31 de diciembre de 2019 se estimó en 1.251.225 las personas extranjeras residentes habituales en Chile, lo que equivale al 7% de la población que habita el territorio nacional². En 2017 se censaron 746.465 personas nacidas en el extranjero que residían en Chile, las que representaban el 4,35% de la población total que vive en el país mientras que el 2002 este porcentaje era el 1,27%³. De acuerdo a la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2015⁴ la población migrante internacional en Chile se estimó en 465.319 personas, correspondiendo a un 2,7% del total de la población nacional, pero la CASEN 2017 mostró un incremento significativo ya que la población migrante alcanzó a 777.407 personas correspondiendo a un 4,4% de la población nacional^{4,5}. La población migrante se concentra principalmente en la Región Metropolitana (65,2%), le sigue la región de Antofagasta (8,4%) y Tarapacá (5,9%). En el censo 2017³ se observó una migración con mayor presencia de mujeres, 55,1% del total de migrantes pero actualmente se observa una mayor presencia de hombres (51,6%) que de mujeres⁶. El 67,3% del total se encuentra en el tramo etario de 15 a 44 años. El 27,11% de ellos tienen educación técnica superior completa. Con 12,6% de años de escolaridad superando a los nacidos en Chile que tienen 11 años³. La estimación al 2019 indica que cerca del 60% se concentra entre los 20 y 39 años⁷

2. Diversidad de nacionalidades

Las nacionalidades de la población migrante en Chile al 31 de diciembre de 2019 corresponde en primer lugar a Venezuela (30,5%), Perú (15,8%), Haití (12,5%), Colombia (10,8%), Bolivia (8,0%) los cuales concentran el 77,6% del total de la población migrante actualmente⁷. Estos datos han sido profundizados en otros capítulos de esta obra.

3. Características socioeconómicas que presenta la población migrante internacional.

De acuerdo al Informe de Desarrollo Social la incidencia de la pobreza por ingresos es mayor en la población nacida fuera de Chile que en la nacida en Chile. El 10,8% de la población nacida fuera de Chile se encuentra en situación de pobreza por ingresos, mientras que en la población nacida en Chile esta cifra es de 8,5%². Respecto al indicador de pobreza multidimensional existen brechas entre nacidos en Chile y nacidos en otros países, que llegan a una diferencia de 11 puntos para el grupo etario de 0 a 17 años (23% y 34% respectivamente), y de 15,5 puntos en comparación con la zona norte (19,5% y 35% respectivamente)³. Por otro lado, en el 2015 el 23,0% de la población nacida fuera de Chile se encontraba en situación de pobreza multidimensional, el 2017 esta cifra subió a 24,6% mientras que entre la población nacida en Chile esta cifra alcanzó el 20,5%⁶.

Las condiciones de pobreza de la población migrante se traduce principalmente en condiciones de riesgo sanitario específico como precarias condiciones de vivienda, el hacinamiento que es superior a la población total, alto porcentaje de migrantes en viviendas arrendadas sin contrato, esta precariedad se hace muy visible en el norte del país donde viven en campamentos y en la Región Metropolitana en arriendo de piezas o subdivisiones de propiedades habitacionales que no cuentan con condiciones de seguridad, (deficientes instalaciones eléctricas lo que aumenta la probabilidad que se produzcan incendios, por ejemplo), con dificultades de acceso a agua potable, alcantarillado, y condiciones sanitarias básicas⁶.

4. Dificultades en el acceso a la atención de salud de la población migrante

Una de las principales dificultades que ha tenido la población migrante internacional ha sido el acceso a la atención en salud. En relación a esto, se observa que la población migrante internacional presenta un acceso desigual al acceso a la salud respecto de la población chilena. El 78,7% de los chilenos pertenecen a FONASA, mientras que en el caso de los migrantes pertenecen a FONASA el 65,1%, a Isapre el 14,4% versus 14,7% de los migrantes y ninguna 2,2% a chilenos y 15,8% a migrantes⁴. Por otro lado, el 2,2% de los nacidos en Chile no está adscrito a ningún sistema de salud, en el caso de los migrantes es de 15,8%, esta cifra llega a un 21,4% en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años⁶, es decir estarían fuera de programas tan importantes como Inmunización, Infancia, PNAC y el Sistema Chile Crece Contigo⁶.

5. Barreras en el acceso a la salud

Las principales barreras de acceso a la atención de salud de las personas migrantes son:

- Condición migratoria no regulada
- Carencia de cédula de identidad o documento de identidad, seguro público o privado de salud
- Situación laboral irregular: sin contrato, no respeto a horarios laborales, sin cotizaciones, con menores remuneraciones que los nacionales para el mismo tipo de trabajo
- Bajo nivel de información sobre el acceso al sistema de salud y funcionamiento de la red asistencial chilena
- Barreras lingüísticas y culturales: siglas, lenguajes, idioma, explicaciones demasiado técnicas que no entienden
- Barreras psicosociales del/la usuario/a: valoración de la salud, temor, percepción respecto al trato, carencias de redes de apoyo, integración e inserción
- Barreras psicosociales del/ la funcionario/a: falta de información, prejuicios, discriminación⁷.

6. Retraso en la modificación o adecuación de las normativas vigentes que impiden o dificultan el acceso a la salud de la población migrante

Las organizaciones no gubernamentales han visibilizado estas barreras en la atención de la población migrante y como consecuencia de ello, el Ministerio de Salud comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del año 2003 para disminuir las barreras en la atención de salud de la población migrante, especialmente para otorgar prestaciones de salud a extranjeros que estén en el país en calidad de migrantes y no cuenten con otra vía de acceso y que carezcan de documentos o permisos de permanencia, en los siguientes casos:

- Mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses de este. Todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y las de apoyo al recién nacido (PARN)
- Niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones de salud que requieran
- Casos de urgencia médica. Solo se podrá cobrar cuando el afectado declare que puede hacerlo
- Prestaciones de salud pública: métodos de regulación de la fecundidad incluidas la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/SIDA; ITS, educación sanitaria⁷.

7. Invisibilidad de la población migrante en los servicios de información de salud.

La información de salud de la población migrante todavía es escasa debido a que recientemente se están registrando en los sistemas de información en salud, la variable nacionalidad en Egresos hospitalarios y Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO). Asimismo, los registros estadísticos mensuales, REM, incorporaron la columna “población inmigrante” en población bajo control de los programas: Salud de la Mujer, Salud del Niño/Adolescente, Salud Cardiovascular, Adulto Mayor, Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad, Infecciones de Transmisión Sexual-VIH/SIDA y en “Otros Programas”. También fue incorporada la categoría en algunas actividades que se realizan en la atención primaria⁸. Las encuestas CASEN 2015 y CASEN 2017 reportan diferencias en el acceso en relación a otros temas de salud como enfermedades con cobertura AUGÉ-GES, accidentes, salud mental, los reportes de la CASEN son consistentes con las estadísticas del sistema de salud^{4,5}.

Salud sexual y reproductiva de la población migrante en Chile

Al 31 de diciembre de 2019 se estimaron 1.492.522 personas extranjeras en Chile. El 58,9% de esta población se concentra entre los 20 y 39 años, el 48,9% corresponde a mujeres y 51,2% a hombres². Se observa entonces que la mayoría de las mujeres migrantes están en edad fértil y por lo tanto con necesidades específicas relacionadas en gran medida con la salud sexual y reproductiva. En relación a la fecundidad se observa que tanto las mujeres nacidas en Chile como para las nacidas en el extranjero tienen una alta concentración de nacimientos en las edades de 30 a 34 años, pero el aporte a la fecundidad total en estas edades es mayor para las nacidas en Chile, 25,7% versus 21,9%, mientras que para las edades de 20 a 24 años el aporte a la fecundidad total es mayor en las mujeres inmigrantes, 21,8% versus 19,3% como también lo es en las edades de 15 a 19 años, 10,1% versus 7,5%⁸. Estudios internacionales sobre la salud sexual y reproductiva, muestran que existe una serie de factores que inciden en la salud sexual reproductiva que está ligada a las desigualdades de género y a las condiciones socio-económicas que presentan estas mujeres. Presentando también algunos factores de riesgo sexual y reproductivo como control prenatal tardío, no uso de métodos anticonceptivos, infecciones maternas^{9,10}. En Chile la mayoría de las mujeres se atienden en los servicios de salud pública que corresponde a su domicilio por control de embarazo y es lo que ocurre con las mujeres migrantes, la mayoría de ellas son demandantes del sistema público de salud.

Es escasa la información sobre los factores de riesgo que presentan las mujeres migrantes en temas de salud sexual y reproductiva

a nivel nacional en nuestro país. Un estudio realizado en una maternidad de la zona centro de la Región Metropolitana que compara las características bio-demográficas, obstétricas y perinatales entre mujeres inmigrantes y nativas muestra resultados controversiales debido a que los resultados obstétricos y perinatales fueron mejores para las mujeres inmigrantes. Esto podría explicarse porque las mujeres migrantes tenían más baja prevalencia de sobrepeso y obesidad como también por el tipo de mujer que migra a Chile, que principalmente son mujeres jóvenes que vienen a trabajar por lo que se asume más saludables¹¹.

Ingreso tardío al control de embarazo. En relación al ingreso tardío al control de embarazo de estas mujeres, que la literatura describe como un factor de riesgo presente en ellas, si bien no existen cifras nacionales el Ministerio de Salud señala que el 63,1% de las mujeres migrantes en control en atención primaria en la comuna de Recoleta (4 CESFAM) presentan un ingreso tardío, si se compara con el 33,4% de las chilenas¹².

No planificación del embarazo. En relación a la no planificación del embarazo existe una diferencia de 5,2 puntos porcentuales entre mujeres chilenas y migrantes las que presentan la mayor proporción (66,5%). En relación a los egresos hospitalarios por embarazo o puerperio corresponden a un 60,4% del total de egresos hospitalarios de la población migrante^{12,13}.

Salud sexual y reproductiva en adolescentes migrantes internacionales.

Con la llegada de niños, niñas y adolescentes migrantes al país dos importantes sectores nuestra sociedad se han visto impactados, educación y salud. Las escuelas, especialmente aquellas que reciben subsidios del Estado, han tenido que transformarse rápidamente en espacios multiculturales, desarrollando con rapidez nuevos enfoques y empleando estrategias para la inclusión de estos estudiantes, un desafío importante ha sido la llegada de niños, niñas haitianos, que no hablan español y han tenido más dificultades para comunicarse. La implementación de estos programas en las escuelas hasta ahora bastante heterogénea, porque depende del número de estudiantes migrantes que ingresan a un establecimiento, del interés y compromiso de las autoridades municipales como de las autoridades educacionales.

Una de las necesidades en salud que han sido detectadas especialmente por los equipos psicosociales en los establecimientos educacionales ha sido las de salud socioemocional de sus estudiantes. El proceso migratorio y la adaptación a los nuevos contextos socio-culturales, las razones porque los padres o familia emigran, pueden asociarse a grandes trastornos emocionales para los niños, niñas y adolescentes. Aunque hay pocos estudios muestran las implicancias en la salud psico-emocional estando poco claras todavía. Hay autores que señalan que el país de origen puede tener efectos negativos¹⁴, otros señalan que los jóvenes migrantes muestran altos niveles de comportamientos antisociales¹⁵, inadecuadas relaciones con sus pares y desórdenes psico-emocionales¹⁶.

La literatura muestra que durante la adolescencia las competencias socio-emocionales (conocimiento, destrezas, habilidades, actitudes) juegan un importante rol en el logro académico, aprendizaje, proceso de socialización, prevenir conductas disruptivas, comportamientos antisociales, comportamientos inseguros y desarrollo personal^{16,17,18,19}. A su vez tienen un impacto en mejorar la relación con pares y en la prevención de desórdenes mentales^{20,21}. Pero estas competencias socio-emocionales están fuertemente influenciadas por determinantes sociales como nivel socioeconómico, género, etnicidad, raza. Hay autores que señalan que estas competencias estarían disminuidas especialmente en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y en migrantes cuando se comparan con adolescentes locales^{22,23,24,25,26,27}.

Hay autores que postulan que las migraciones causan un gran impacto en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. La movilidad constante, las barreras culturales y sociales, el limitado conocimiento sobre los servicios sanitarios, los cambios en las prácticas culturales agregado a las situaciones de discriminación, pobreza, desempleo se asocian a una mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo. A la vulnerabilidad del hecho de ser adolescente se agrega la de ser inmigrante^{25,26,27}. La adaptación que los y las adolescentes inmigrantes logren en el país al que llegan en los diferentes aspectos de su vida es esencial para un desarrollo saludable y calidad de vida saludable. A la vez puede ser un factor protector frente a las conductas sexuales de riesgo.

Las niñas adolescentes son un grupo que, en general, se pasa por alto dentro de los estudios de salud sexual y reproductiva de

la población migrante. Y sus necesidades en salud sexual y reproductiva permanecen en gran medida insatisfechas. En algunos contextos, ellas pueden experimentar una alta exposición a matrimonios tempranos, tener actividad sexual bajo coerción y exposición a embarazos tempranos y forzados. Como también a un mayor riesgo asociado a roles de género tradicionales en círculos familiares. Pueden también estar en mayor riesgo de explotación sexual y tráfico. Por otro lado, hay estudios que muestran que el uso y conocimiento de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos, son a menudo bajos, en especial de métodos anticonceptivos modernos y si bien los servicios de SSR han mejorado, la disponibilidad de estos servicios es limitada. También es limitado el conocimiento de servicios disponibles y de las barreras socio-culturales para acceder a ellos en algunas comunidades. Y a pesar que se ha avanzado en la investigación en SSR en esta población, todavía es escasa la información en las necesidades y experiencias de las adolescentes migrantes quienes están probablemente en mayor riesgo de consecuencias adversas en SSR que las adolescentes nativas^{28,29}. El impacto de las migraciones en la salud sexual y reproductiva de adolescentes migrantes internacionales en Chile es un tema también poco estudiado. Un estudio cualitativo realizado en agosto de 2019 en colegios de varias comunas del sector norte muestra que los adolescentes migrantes escolarizados tienen bajo conocimiento sobre la previsión de salud y de los servicios de salud a los cuales ir en caso de requerir atención de urgencias, consulta médica, métodos anticonceptivos, entre otros. También se menciona barreras de tipo administrativas, desconocimiento de sus derechos a la atención de salud y las prestaciones que existen para su grupo etario³⁰.

Estudio descriptivo de los partos, lugar de origen, periodo y contexto, de mujeres que controlaron su embarazo en los centros de atención primaria correspondientes al servicio de salud metropolitano norte. Período abril a diciembre de 2018 y marzo a diciembre de 2019.

A continuación, se presenta un estudio en que se reportan los partos, lugar de origen, periodo y contexto correspondientes al sector norte de la Región Metropolitana, información analizada a partir de los datos de los Registros Estadísticos Mensuales correspondiente al SSMN, de los períodos abril a diciembre de 2018 y marzo a diciembre 2019³¹.

Total de partos registrados en el periodo de estudio, 11.076

De un total de 11.076 partos, los partos de mujeres nativas corresponden a 5.775, mientras que los de mujeres migrantes corresponden a 5.301, lo que representa el 47.9% de todos los partos, es decir, casi la mitad de los partos corresponden a mujeres migrantes en este periodo.

a) Nacionalidad

En cuanto a la nacionalidad esta se diversifica en 29 distintas nacionalidades, pero se concentra en las siguientes, 2.594 son haitianas, 1.183 peruanas, 680 venezolanas, 314 colombianas, 199 bolivianas. La diversidad de nacionalidades de las mujeres que atendieron sus partos en el SSMN se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1: Nacionalidad de las mujeres que atendieron sus partos en el SSMN (abril-diciembre 2018, marzo-diciembre 2019)

Nacionalidad	N	%
Chile	5.775	52,14
Haití	2.594	23,42
Perú	1.183	10,68
Venezuela	680	6,14
Colombia	314	2,83
Bolivia	199	1,80
República Dominicana	158	1,42

Ecuador	101	0,91
Argentina	21	0,19
Cuba	14	0,13
China	7	0,06
Brasil	6	0,05
Paraguay	4	0,04
Filipinas	3	0,03
El Salvador	3	0,03
Afganistán	1	0,01
Argelia	1	0,01
Australia	1	0,01
Cabo Verde	1	0,01
Camboya	1	0,01
Camerún	1	0,01
Comores	1	0,01
España	1	0,01
Estados Unidos	1	0,01
Kenya	1	0,01
Monserrat	1	0,01
Nicaragua	1	0,01
Panamá	1	0,01
Uruguay	1	0,01
Total	11.076	100

b) Tipo de parto

El 68,57% de los partos corresponde a parto normal, el 28,76% cesárea y el 1,30 a Fórceps. Un 1,30% no atendió parto en el sistema de salud. Al analizar por nacionalidad las mujeres migrantes presentan mayor porcentaje de parto por cesárea que las mujeres chilenas. **Tabla 2.**

Tabla 2: Tipo de parto según mujeres migrantes y no migrantes, SSMN período abril-diciembre 2018 y marzo-diciembre 2019

Tipo de parto	No migrantes	Migrantes	Total
Cesárea	1.555 26,93	1.630 30,75	3.185 28,76
Fórceps	71 1,23	73 1,38	144 1,30
Normal	4.066 70,41	3.529 66,57	7.597 68,57
Parto fuera del sistema sanitario	83 1,44	69 1,30	152 1,37
Total	5.775 100	5.301 100	11.076 100

c) Control de embarazo

El 99,31% de las chilenas controlaron embarazo mientras que las migrantes lo hicieron en el 98.85%. El 99% del total controlaron su embarazo en los centros de salud correspondientes al SSMN.

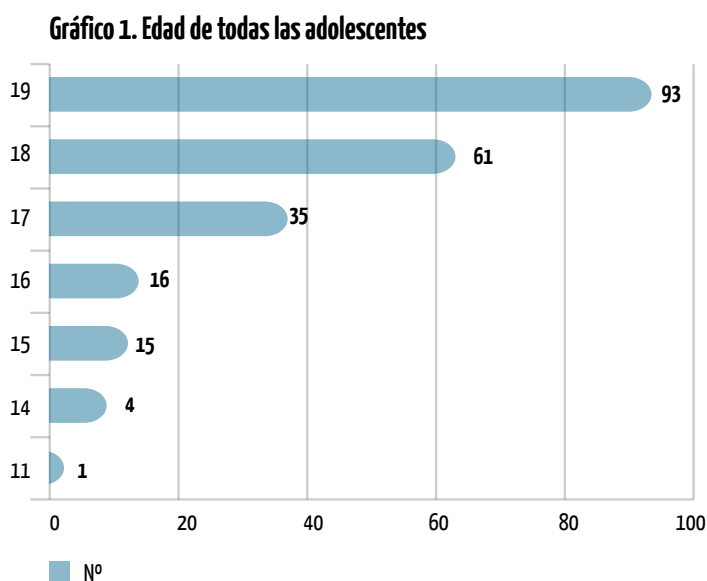
d) Edad de todas las mujeres

En cuanto a la edad, este dato solo aparece registrado en los REM desde marzo de 2019. De 3.250 partos reportados que incluye la edad para todas las mujeres, 1.531 corresponden a mujeres inmigrantes. De éstos 225 corresponden a mujeres adolescentes (7%).

e) Edad de las adolescentes

Las edades de las adolescentes fluctúan entre 11 años y 19, la mayoría tienen 19 años. Las edades de las adolescentes se muestran en **Gráfico 1**.

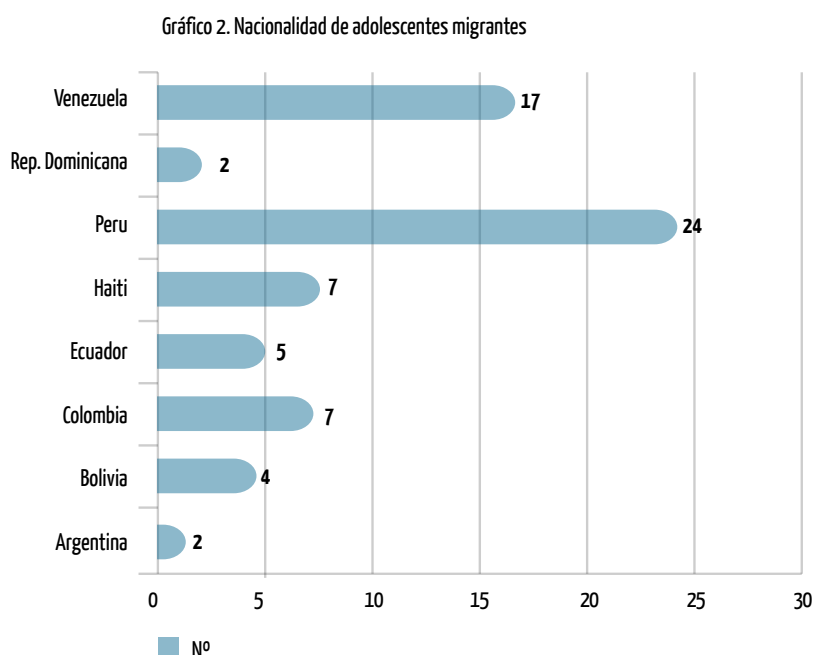
Gráfico 1: Edad de adolescentes que tuvieron parto. SSMN periodo marzo-diciembre 2019



De estos partos en adolescentes el 70% (157) corresponde a adolescentes chilenas y el 30% (68) a adolescentes migrantes. La edad no muestra diferencia entre adolescentes migrantes y no migrantes.

f) Nacionalidad de las adolescentes migrantes internacionales

Gráfico 2: Nacionalidad de adolescentes migrantes internacionales que tuvieron parto. SSMN periodo marzo-diciembre 2019



g) Tipo de parto en adolescentes

La mayoría de las adolescentes (80,44) tuvieron partos normales, llama la atención aunque las cifras son pequeñas, que el 100% de los partos con fórceps y que el 7,35% versus 0,64% de los partos no atendidos en el sistema sanitario corresponden a adolescentes migrantes.

Tabla 3.: Tipo de parto según mujeres adolescentes migrantes y no migrantes, SSMN período marzo-diciembre 2019

Tipo de parto	Adolescentes No migrantes	Adolescentes migrantes	Total
Cesárea	24 15,29	10 14,71	34 15,11
Fórceps	0 0,00	4 5,88	4 1,78
Normal	132 84,08	49 72,06	181 80,44
Parto fuera del sistema sanitario	1 0,64	5 7,35	6 2,67
Total	157 100	68 100	225 100

Estudio descriptivo de las características personales y familiares de adolescentes migrantes atendidas en un centro de salud sexual y reproductiva para adolescentes, CEMERA

CEMERA, es un centro dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que implementó un programa especialmente dirigido a alcanzar a adolescentes vulnerables y en riesgo de embarazo, que no logran ser acogidas en el sistema público de salud, brindando atención integral y confidencial, de bajo costo en un espacio seguro y amigable con entrega de servicios anticonceptivos,

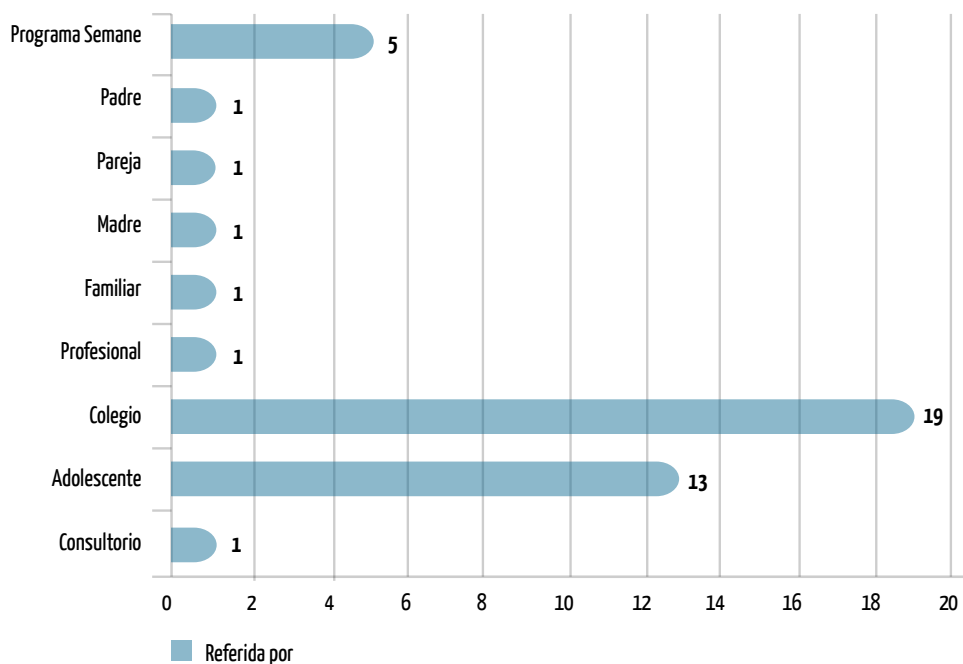
fortaleciendo la permanencia escolar como también el fortalecimiento de un proyecto de vida. A contar del año 2017 empezaron a solicitar atención adolescentes migrantes que no estaban siendo atendidas en el sistema de salud público, referidos por los colegios del sector norte de la Región Metropolitana.

Las variables seleccionadas para el presente análisis fueron: Referencia, país de origen, actividad de la adolescente, figura de crianza, con vive al momento de la entrevista, calidad relación familiar, edad inicio de relaciones románticas, edad de inicio de relaciones sexuales, número de relaciones románticas o pololeo, número de parejas sexuales. Los datos corresponden a 43 adolescentes migrantes consultantes durante el periodo 2017 a 2019. La información se obtuvo a partir de una base de datos secundaria que se creó a partir de la información de la ficha social. La información ya está debidamente anonimizada mediante la asignación de un identificador numérico y manejada de forma confidencial. Para mantener la información segura todos los datos se mantienen en una ubicación segura en CEMERA. Solo la investigadora y el analista de datos de CEMERA tienen acceso. Los análisis descriptivos de este estudio fueron realizados con los datos ya codificados no vinculados a su identidad.

a) Referencia

La mayoría de las adolescentes migrantes fueron referidas a CEMERA por los establecimientos educacionales del sector norte de Santiago, principalmente por los equipos psicosociales. Una de las necesidades de salud detectadas por los equipos psicosociales de los colegios es la sexual y reproductiva. 13 de ellas supieron del Centro por otra adolescente que ya había concurrido y 5 de ellas fueron derivadas desde distintos programas que integran la red de SENAME. La información se muestra en el Gráfico 3.

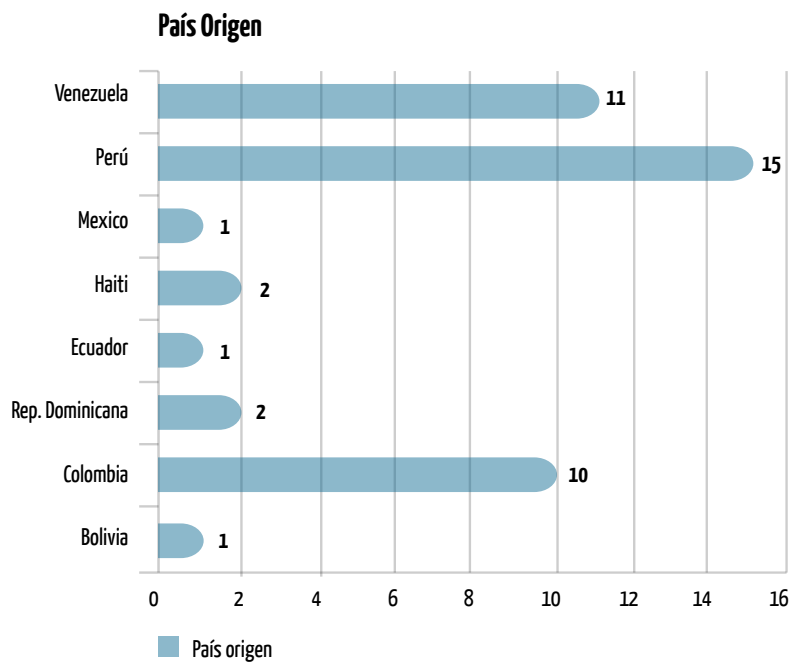
Gráfico 3: Referencia de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA (n=43)



b) País de origen

Los países de origen de estas adolescentes fueron diversos, entre ellos, la mayoría de ellas su país de procedencia era Perú, con 15 casos, en seguida Venezuela, con 11 casos, Colombia con 10 casos. Gráfico 4.

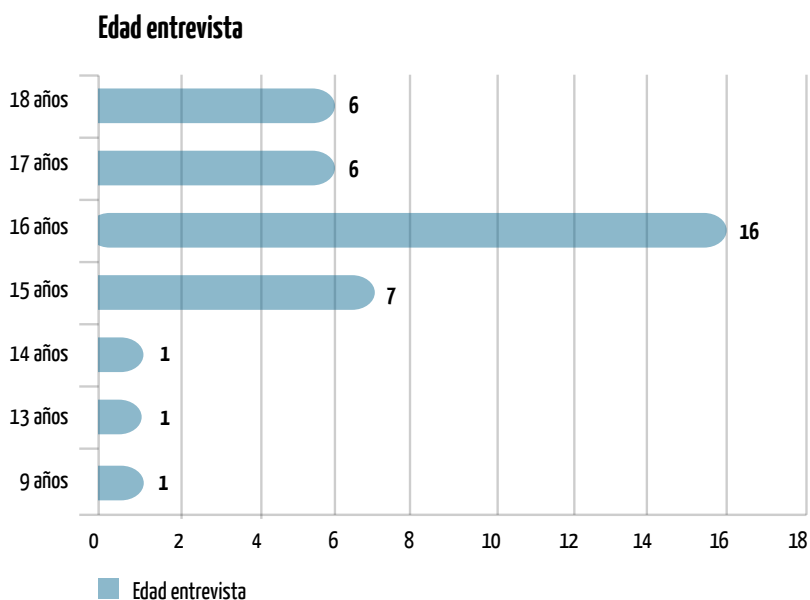
Gráfico 4: País de origen de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA (n=43)



c) Edad

La mayoría de las adolescentes 16, tienen 16 años, le sigue 15 años con 7 adolescentes, 3 reportan edades de 14 años y menos. Gráfico 5.

Gráfico 5: Edad de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA (n=43)

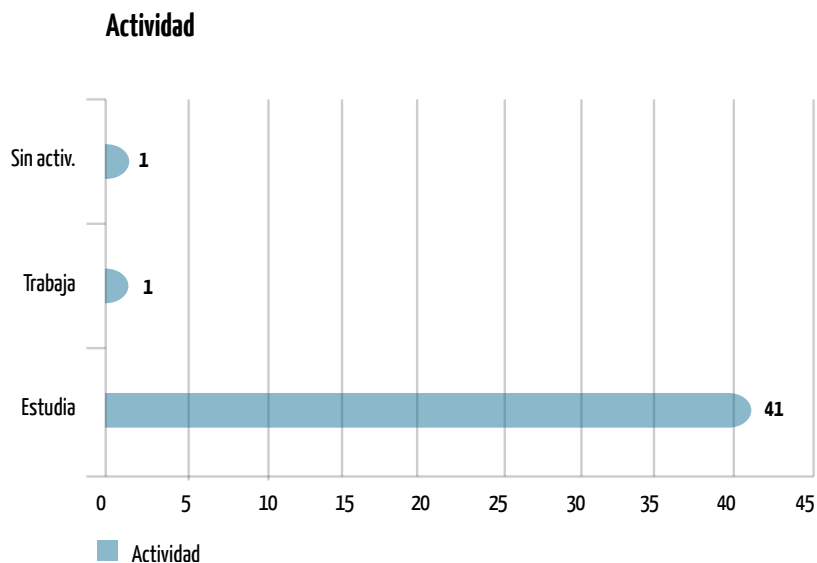


d) Actividad

La mayoría de las adolescentes migrantes son estudiantes, (41), insertas en el sistema escolar chileno, sin embargo, dos de ellas se

encontraban fuera del sistema escolar, debido a sus precarias condiciones sociofamiliares y a pesar de los esfuerzos de los equipos psicosociales de los programas **colaboradores de la red Sename no pudieron lograr que se mantuvieran en el sistema escolar. Gráfico 6.**

Gráfico 6: Actividad de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA (n=43)



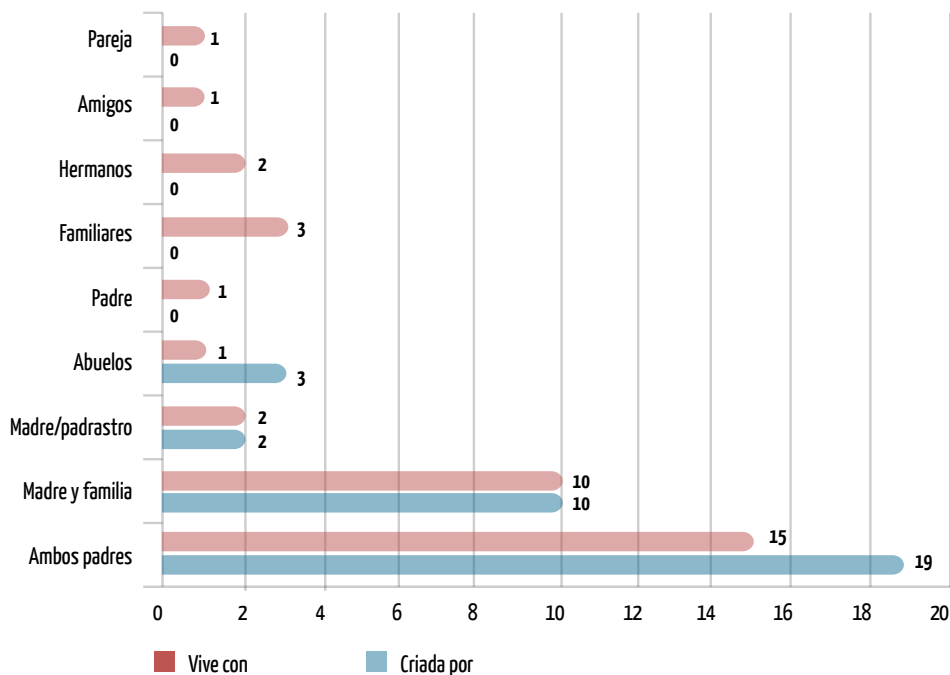
e) Características familiares.

En cuanto a las características familiares de las adolescentes que ingresaron a Cemera se les preguntó acerca de sus principales figuras de crianza, con quien viven actualmente (al momento de la entrevista) y la calidad de la relación familia.

f) Figuras de crianza.

19 de ellas reportaron que sus figuras de crianza fueron ambos padre, 10 de ellas fueron criadas solo por su madre y la familia materna, 2 por la madre y padrastro y 3 por abuelos. Al momento de la entrevista la situación cambió notablemente, bajando de 19 a 15 las adolescentes que vivían con ambos, tanto las que se criaron con la madre y madre y padrastro no se modificó, llama la atención el número de adolescentes que no vivía con ninguno de sus padres, sino a cargo de hermanos, otros familiares incluso amigos y buscando las formas de sobrevivir en circunstancias muy desventajosas. Gráfico 7.

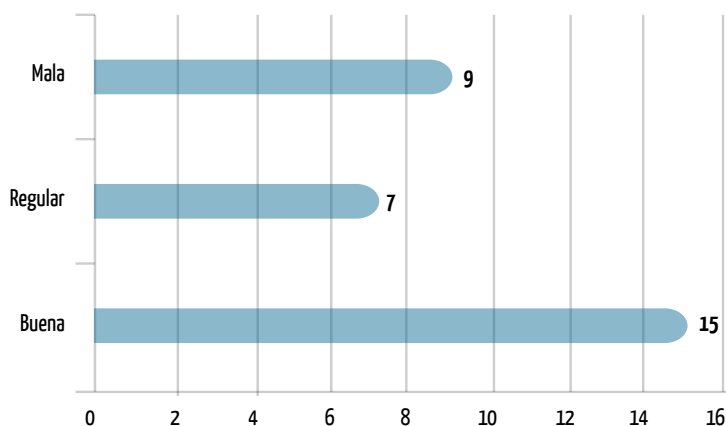
Gráfico 7: Figura de crianza y con quien viven al momento de la entrevista adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA



g) Relación familiar

La mayoría reportó tener una buena relación familiar, le sigue en frecuencia mala relación. De acuerdo a los reportes de las adolescentes, una de las mayores dificultades que enfrentaron con sus padres o tutores fue en la comunicación sobre temas de sexualidad. Los padres tenían valores más tradicionales en temas como relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, los roles de hombres y mujeres y tuvieron más dificultades que sus hijas en adaptarse a los valores que la sociedad chilena les mostraba. Las relaciones románticas y la actividad sexual no era un tema que se conversara con los padres. Gráfico 8.

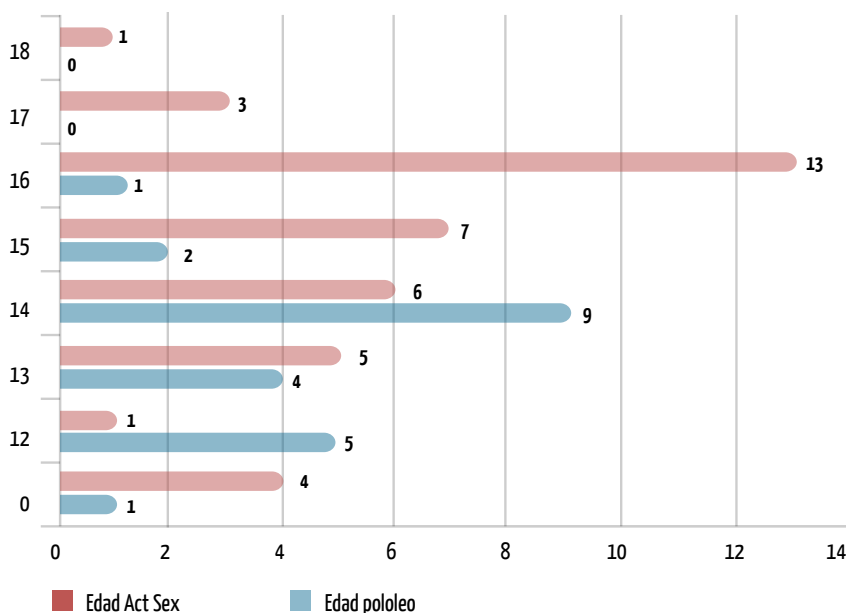
Gráfico 8: Calidad de la Relación familiar reportada por adolescentes migrantes consultantes en CEMERA



h) Edad inicio de las relaciones románticas y de actividad sexual en adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA

La mayoría de las adolescentes reportaron que iniciaron relaciones románticas o que empezaron a tener “novios” a los 14 años pero para un grupo importante de ellas la edad de inicio fue antes de los 14 años. En relación a la edad en las adolescentes inician actividad sexual la mayor frecuencia se dio a los 16 años, sin embargo, le sigue en frecuencia los 15 y 14 años. Llama la atención el número de adolescentes que mencionó el inicio de la actividad sexual antes de los 14 años. Este dato es muy sensible porque las adolescentes migrantes sabían que en Chile el inicio de la actividad sexual antes de los 14 años, está sancionado como violación, lo que no era así en sus países de origen. De acuerdo a su reporte este inicio sexual ocurrió en sus países de origen. Un número menor de adolescentes reportó no haber iniciado relaciones románticas ni actividad sexual. Gráfico 9.

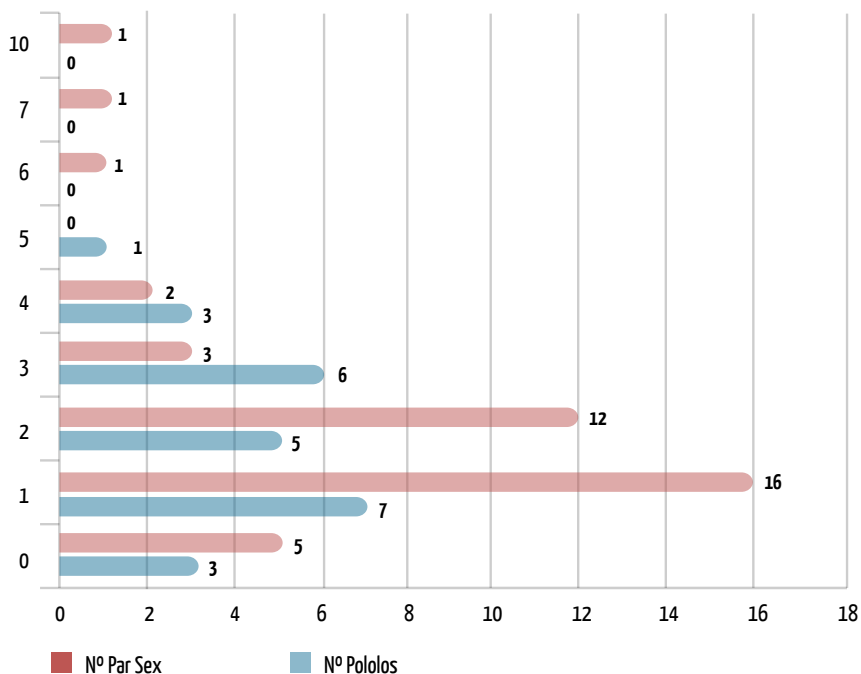
Gráfico 9: Edad de inicio de las relaciones románticas y de relaciones sexuales de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA



i) Número de relaciones románticas, pololeos o noviazgos y parejas sexuales de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA

La mayoría de las adolescentes reportó haber tenido entre 1 y 3 “novios” o “pololos”. En general las adolescentes migrantes indicaron establecer relaciones románticas con adolescentes de su misma nacionalidad, ya sea en sus países de origen o en Chile. Un grupo indica también que pololea con compañeros del colegio de otras nacionales. Muy pocas pololeaba con adolescentes chilenos. En cuanto al número de parejas sexuales la mayoría reportó entre 1 y 2. Sin embargo llamo la atención aquellas adolescentes que reportaron más parejas sexuales pero aparentemente no relacionadas con relaciones románticas. Gráfico 10.

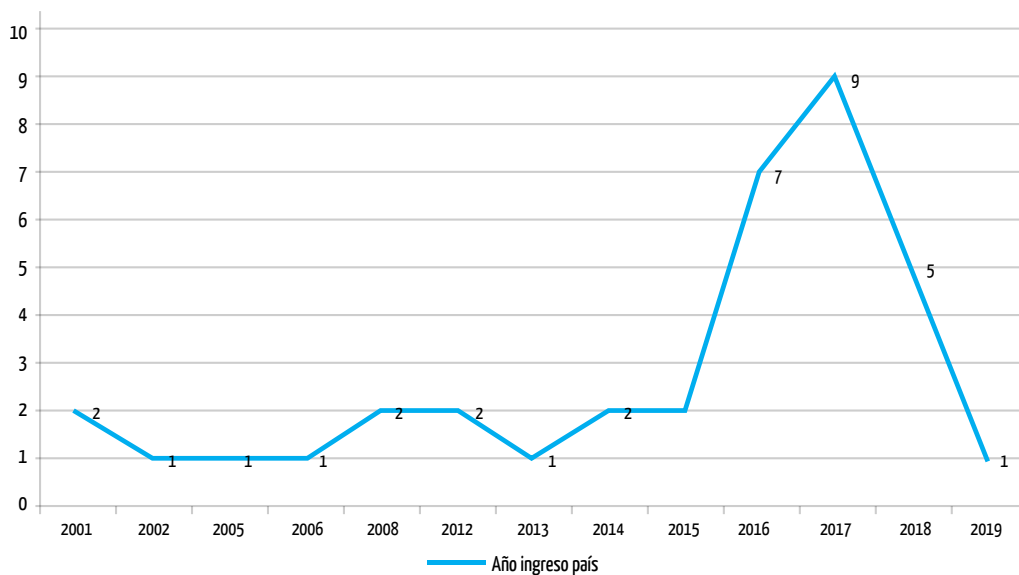
Gráfico 10: Número de novios o pololos y pareja sexuales de adolescentes migrantes consultantes en CEMERA



j) Año de ingreso al país.

La mayoría de las adolescentes del estudio ingresó al país desde el 2015 en adelante. Lo que es coincidente con las cifras nacionales de ingreso de personas inmigrantes al país en que en este periodo se incrementó el flujo de la población migrante. Gráfico 11.

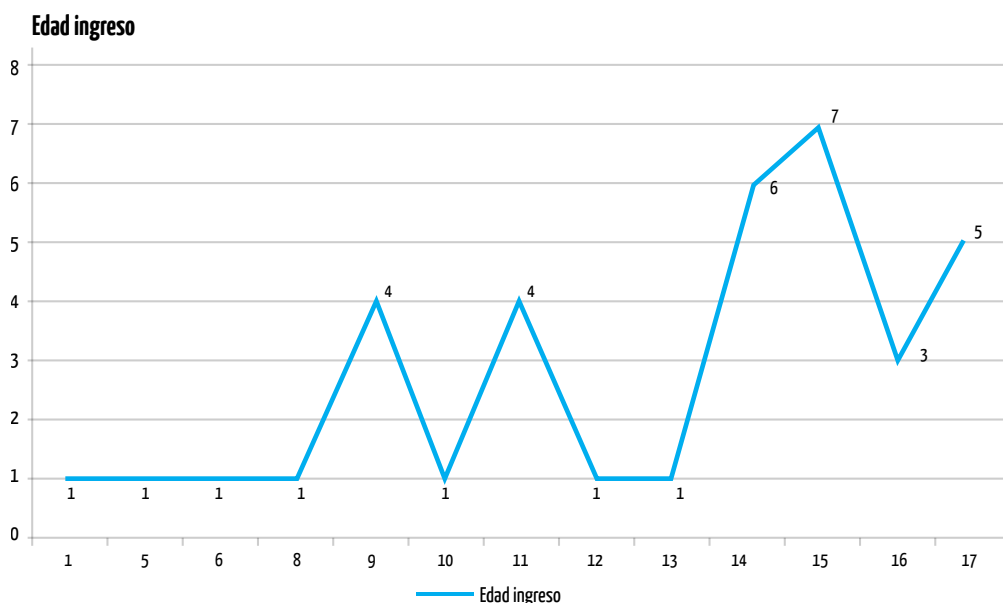
Gráfico 11: Año de ingreso al país de adolescentes migrantes consultantes en CEMERA



k) Edad al ingreso al país

En cuanto a la edad de ingreso al país, la mayoría lo hizo en la etapa de la adolescencia, la minoría en la niñez. Gráfico 12.

Gráfico 12: Edad al ingreso al país de adolescentes migrantes internacionales consultantes en CEMERA



Conclusiones

En la actualidad se observa que el sistema de salud pública ofrece algunos programas relacionados con la salud sexual y reproductiva a los que las mujeres migrantes pueden acceder como atención de embarazo, parto y post parto hasta los 12 meses. Los datos del servicio de salud metropolitano norte muestran que la cobertura del control de embarazo y atención del parto fue bastante similar a la de mujeres chilenas. Los resultados obstétricos como tipo de parto tampoco muestran diferencia con las mujeres chilenas. Los niños hasta los 18 años de edad tienen derecho a todas las prestaciones de salud que requieran, pero persisten barreras administrativas que les impiden el acceso.

No hay programas en salud sexual y reproductiva diseñados especialmente para alcanzar a adolescentes migrantes previo al embarazo, o si los hay éstos no son conocidos por las adolescentes. Por otro lado si bien está disponible como prestación de salud pública como métodos anticonceptivos y incluida la anticoncepción de emergencia para la población migrante las adolescentes no acuden al centro de salud porque sus padres no saben de su actividad sexual.

Del primer estudio relacionados con los partos ocurridos en el SSMN se puede observar que de los partos ocurridos en adolescentes el 70% (157) corresponde a adolescentes chilenas y el 30% (68) a adolescentes migrantes internacionales. La edad no muestra diferencia entre adolescentes migrantes y no migrantes. La mayoría de las adolescentes son peruanas y le sigue Venezuela.

El 97% de las adolescentes tanto nativas como migrantes controlaron embarazo en consultorio del sector, el 80,44% tuvieron partos normales, pero es importante notar que, aunque las cifras son pequeñas, el 100% de los partos con fórceps ocurrió en adolescentes migrantes, y que el 7,35% versus 0,64% de los partos no atendidos en el sistema sanitario corresponden a adolescentes migrantes.

Los resultados preliminares del estudio de CEMERA permiten mostrar que las adolescentes migrantes presentan factores personales,

familiares y comportamientos sexuales de riesgo importantes. La mayoría concurre a CEMERA referidas por los establecimientos educacionales donde ellas estudiaban, la mayoría de ellas acudió a CEMERA sin conocimiento de sus padres, y solicitaron encarecidamente no comunicarles esta información. Esto puede ser un obstáculo cuando se necesita referir por exámenes o por una patología que debe ser atendida en el sistema de salud público ya que no cuentan con los recursos económicos ni seguros en salud para cubrir esta atención. Coincidentemente algunas adolescentes tuvieron dificultades para precisar sus domicilios. Una de las razones para mantener esta reserva es que sus padres o ella no tenían regularizada su residencia en el país. Esta misma razón expresaron para no concurrir al CESFAM del sector. La otra razón importante que reportaron es que sus padres no sabían de su actividad sexual y que este es un tema muy difícil de conversar en sus familias.

Se observa que la mayoría de las adolescentes ingresaron al país en la adolescencia esta información es importante porque la literatura muestra que cuando el proceso migratorio se ha producido a edades tempranas, como la niñez, ya están insertas en el sistema escolar del país de acogida, ya ha habido por lo tanto un proceso de maduración, de desarrollo, incluso han adoptado los modismos propios del país, el lenguaje, el acento, las costumbres de sus pares al momento de entrar en su adolescencia. Pero diferente es el caso de adolescentes que llegaron en la etapa de la adolescencia, en que debieron asumir todos los cambios, complicaciones de adaptación del proceso migratorio sumado a las dificultades propias de la etapa de ser adolescente en esa edad.

Algunas adolescentes presentaron dificultades en su adaptación a las costumbres del país, especialmente en aquellas adolescentes provenientes de países de climas más tropicales que por su forma de vestirse como de relacionarse con otros, tuvieron dificultades en la relación con sus pares. Las adolescentes chilenas las vieron como potenciales rivales y las aislaban y los adolescentes varones que interpretaban erróneamente los mensajes y las veían más bien como potenciales conquistas. Se produjo entonces una confrontación cultural ya que los valores tradicionales de sus sociedades de origen sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el papel de hombres y mujeres, se confrontaron con los valores de la sociedad chilena. Las adolescentes no saben qué valores adoptar, sobre todo si hay resistencias de parte de sus familias acerca de estos nuevos valores, lo cual las puede llevar a situaciones de gran vulnerabilidad. Agregado a ello, la discriminación real o percibida que pudieron sentir las adolescentes inmigrantes, especialmente las adolescentes afro descendientes. Aun así, su adaptación a la cultura chilena fue mejor que la de sus familias quienes tuvieron más dificultades a los fuertes cambios culturales que debieron enfrentar. Más aun cuando las discordias familiares estaban presentes en estas familias lo que las llevaron a mayores problemas de integración.

Factores Familiares

La situación familiar cambió seriamente para estas adolescentes debido a la migración y las razones de esta migración desde sus lugares de origen. Una de las principales razones expresadas por las adolescentes es que sus familias debieron emigrar por las situaciones de pobreza en vivían en sus países de origen y vieron en Chile un país que podía mejorar sus vidas. Esto se observó en familias peruanas, bolivianas que ingresaron al país antes de 2015. En otro grupo de adolescentes expresaron que fue principalmente por razones políticas y económicas. Con frecuencia fue el padre o la madre quien emigró primero a Chile, dejando a su familia en su lugar de origen con la promesa de traerlos a Chile apenas se consolidara su situación laboral y vivienda en Chile y sobre todo que pudieran regularizar su situación legal en el país, proceso que en algunos casos les tomó años.

De acuerdo a lo reportado por las adolescentes del estudio, las madres tuvieron mejores oportunidades de trabajo en el trabajo doméstico, o en restaurantes, aun cuando ellas tuvieran mejor capacitación laboral, como en el caso de mujeres venezolanas, por ejemplo. Cuando era la madre quien emigraba los hijos quedaban a cargo de los abuelos u otros familiares. Algunas adolescentes relataron que este proceso migratorio fue muy difícil de sobrellevar y que significó el quiebre de la relación de la pareja de sus padres. Causó preocupación la vulnerabilidad de aquellas adolescentes que llegaron al país sin ninguno de sus padres, por separación o rupturas con sus familias previa, que tuvieron que recurrir a familiares que ya estaban en el país, para aquellas que los tenían, pero en algunos casos no hubo familiares que se hicieran cargo de ellas y estaban viviendo con amigos o parejas. En estas adolescentes se pudo observar las complicaciones que vivieron al emigrar, con los cambios, las crisis de adaptación que el proceso migratorio conlleva, las de ser adolescente, pero además, agudizados por la circunstancias de llegar al país solas, sin redes de protección, tratando de ser estudiantes y l buscar al mismo tiempo el sustento económico para sobrevivir.

Recomendaciones

Uno de los problemas que se visualizaron a través de la experiencia fue el menor uso de los servicios de salud por parte de los y las adolescentes migrantes y que tiene que ver con la existencia de muchas barreras que impiden su acceso. Algunas recomendaciones para disminuir estas barreras son:

- Integrar el enfoque de los derechos humanos en todos los ámbitos de la gestión de los servicios de salud dirigidos a adolescentes, en especial los espacios amigables.
- Otra forma de ir disminuyendo las barreras es desarrollar actividades de comunicación social y educación en salud con el fin de sensibilización sobre la diversidad cultural, migraciones y derechos humanos, que contribuyan a eliminar los prejuicios frente a la población de adolescentes y familias migrantes.
- Es importante también que los sistemas de salud y sociales puedan incorporar procedimientos de registros actualizados respecto a los y las adolescentes migrantes de manera de conocer sus características y necesidades específicas de atención.
- Contar con facilitadores interculturales y material educativo en el idioma de los adolescentes migrantes, asegurará que la atención en salud y material educativo tengan pertinencia cultural para estos adolescentes y jóvenes. Esta acción es otra forma de acercar los servicios de salud y eliminar barreras de acceso.
- En especial para el acceso a servicios de SSR será necesario conocer y respetar las creencias y valores relativos a la sexualidad de cada grupo y considerarlos en el asesoramiento para el uso de anticonceptivos, y para la prevención y manejo de las infecciones de transmisión sexual.
- Es importante destacar el rol que tienen los y las profesionales de educación como psicosociales en detectar las necesidades de salud, en especial, salud sexual y reproductiva en estudiantes en general, como en especial en estudiantes migrantes y referirlos a la red de atención pública de salud.
- Para esto se recomienda que el personal de salud pueda orientar a las familias y a los y las adolescentes en los procesos administrativos para acceder a los servicios de salud y estén disponibles para contestar dudas al respecto.
- Los profesionales del ámbito educacional y de salud en conjunto pueden crear acciones locales para visibilizar al grupo de los adolescentes migrantes orientadas y abordar sus problemas y necesidades en salud sexual y reproductiva de manera integral e intercultural.
- Finalmente la capacitación continua de los equipos de salud será fundamental para adquirir las competencias que permitan un abordaje con perspectiva intercultural y de derechos, dónde se reconozca y se actúe en base a los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adolescente y joven migrante.

Referencias

1. World Migration Report 2020. Organización Internacional para las Migraciones, OIM
2. Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2019. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Departamento de Extranjería y Migración. Marzo 2020
3. Síntesis resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas. Junio 2018
4. CASEN 2015. Encuesta de caracterización socioeconómica. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
5. CASEN 2017. Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
6. Informe de Desarrollo Social/2019. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
7. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. 2020 Anexo 6. Población Migrante. Subsecretaría de Redes Sociales. Ministerio de Salud
8. Características de la inmigración internacional en Chile. Censo 2017. 2018. Instituto Nacional de Estadísticas
9. Oliver MI, Barraza O, Martínez E. La salud y la mujer inmigrante. En: García R. Manual de Atención sanitarias a inmigrantes. 2007. Consejería de Salud. Sevilla
10. Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión*. 2004; 5(17):12-18

11. Jovita Ortiz, Marcela Díaz, Marcela Araya, Jael Quiroz, Begoña Carroza, et al. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristic among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Midwifery*. 2019, 75:72-79.
12. Ministerio de Salud. FONASA. Superintendencia de Salud, 2017. Anexo sobre salud sexual y salud reproductiva de mujeres inmigrantes en Chile
13. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de Salud. FONASA, Superintendencia de Salud. 2017.
14. Harker K. Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces*; 2001, 79(3):969-1004
15. Van Geel M and Vedder P. The adaptation of non-western and Muslim immigrant adolescent Netherlands: An immigrant paradox?. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010, 51,398-402
16. Diler R, Avci A, Seydaoglu G. Emotional and behavioural problems in migrant children. *Swiss Medical Weekly*. 2003,133(1-2):16-21
17. Ciarrochi J and Scott G. The link between emotional competence and well being: a longitudinal study. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2006, 34, 231-244
18. Repetto E, Pena M. Las competencias socioemocionales como factor de calidad en la Educación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2010;8(5):89-95
19. Pertegal M, Oliva A and Hernando A. Los programas escolares como promotores del desarrollo positivo del adolescente. *Cultura y Educación*. 2010, 22(1):53-66
20. Mandy W, Skuse D, Steen C, Pourcain B, Oliver B. Oppotionality and socioemotional competence: Interacting risk factors in the
21. Goldenberg I, Matheson K and Mantler J. The assessment of emotional intelligence: A comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of Personality Assessment*. 2006,86(1):33-45
22. Frederickson N, Petrides K and Simmonds E. Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and Individual Differences*. 2012; 52(3). Doi: 10.1016/j.paid.2011.10.034
23. Petrowski K, Berth H, Schmidt S, Schumaker J et al. The assessment of recalled parental rearing behavior and relationship to life satisfaction and interpersonal problems: A general population study. *BMC Medical Research Methodology*. 2009, 9:17
24. Romer D, Betancourt L, Brodsky N, Gianetta J, Yang Wei and Hunt H. Does adolescent risk taking imply weak execution function?. A prospective study of relations between working memory performance, impulsivity and risk taking in early adolescence. *Developmental Science*. 2011, 14(5):1119-1133
25. Lau P and Wu F. Emotional competence as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012
26. Pegalajar-Palomino M and Colmenero-Ruiz M. Actitudes y formación docente hacia la inclusión en Educación Secundaria Obligatoria. *REDIE, Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2014, 19(1):84-97
27. Soriano E and Osorio M. Competencias emocionales del alumnado "autóctono" e inmigrante de educación secundaria. *Bordón. Revista de Pedagogía*. 2008, 60(1): 129-148
28. Gilmore K. Migration and Adolescent Health. *Journal of adolescent Health*, 2018, 63:12-15
29. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018, 15,1583:1-12
30. Ministerio Salud. 1° Encuentro participativo de adolescentes y jóvenes migrantes en salud. 2020.
31. Registros Estadísticos Mensuales, REM, abril-diciembre 2018, marzo-diciembre 2019, SSMN



Epilogue: This book at the times of COVID-19

Kate Pickett. Professor of Epidemiology, Deputy Director of the Centre for Future Health and Associate Director of the Leverhulme Centre for Anthropocene Biodiversity, all at the University of York, UK.

This is a very timely book. Cultural variation in population health, in health-related behaviours, attitudes and values, as well as cultural differences in health policy, have come to the fore throughout the COVID-19 pandemic as never before. How welcome it is to have a book of thoughtful essays on intercultural health to guide reflection, policy, and practice.

Although we have often, in Western medicine, thought that we know best, if we look back in time we can see that the history of health sciences is a history of discovery often rooted in us finding out how other cultures managed health, disease and wellbeing.

The eradication of smallpox from the world is often seen as a triumph of Western medical technology that began with the brilliant observations of Edward Jenner, an English country doctor, who pioneered vaccination after observing that milkmaids, who were chronically exposed to the milder disease of cowpox, appeared to be protected from smallpox. In fact, the similar practice of variolation - deliberately infecting someone with a mild dose of smallpox to protect them from a more severe infection - was widely known and practiced throughout the world, originating in Asia as far back as 1000BC, and being well-known in China, India, Africa and the Middle East. People traded from Africa to the Americas as slaves brought the practice with them where it was 'discovered' by a prominent Colonist, Cotton Mather. Mather encountered violent opposition when trying to promote variolation, much of it racist, there was widespread belief that no good could come from a medical practice from the "uncivilised" world.

Another example is the World Health Organisation's recommended treatment for malaria, Artemisinin Combination Therapies (ACTs). The active ingredient in ACTs is artemisinin, naturally produced in small quantities by the medicinal plant *Artemisia annua*. The "discovery" of artemisinin and its antimalarial properties in the 1970s led to a 2015 Nobel Prize for the Chinese scientist, Tu Youyou - yet it had been used for perhaps 2000 years in China to treat fever.

These two examples, one historical and one contemporary, highlight the importance to science and medicine of keeping an open mind and being respectful of non-Western traditions of medicine and healing both because it is the right thing to do, and because we may have much to learn. The diversity of cultures in the world create a diversity of knowledge that can create benefits across

cultures but only if we are attentive. Intercultural health is how we bridge the gaps between 'knowledge' created by different systems of belief and practice, and that bridging will always be a connection that enables innovation and enhances wellbeing.

In our modern world, all countries are experiencing a broadening of diversity as people migrate and settle in response to global economic, social, political and technological pressures and transformations. Environmental factors and climate change also increasingly affect population movement. There are estimated to be 272 international migrants globally, and this, along with intra-country migration, and the co-existence of indigenous and non-indigenous peoples, means that all societies have a rich mixture of cultures, significantly enriching social and cultural life. This heterogeneity presents many challenges for medicine and health services, thoughtfully described and discussed in this book.

I can think of no country in the world where there are no differences, no inequalities, in the health of people from different cultures. Across the world, indigenous people experience precarious socioeconomic conditions and poor population health and often the health inequalities are dramatic. The life expectancy of indigenous populations is often a decade shorter than their non-indigenous counterparts within a country. Mortality gaps start at birth, and the infant mortality rates for indigenous and many migrant populations are like 'canaries in coal mines' – they reveal the social and economic marginalization and exclusion that these groups are suffering. Migrant groups often experience similar health disparities. Intercultural approaches to health can help to address these inequalities as this book so carefully lays out and, ultimately, we must judge societies by the degree to which they protect and promote the health of the most vulnerable.

Intercultural health is complex and our approaches to it must be nuanced. While it is hubris to think that Western science always knows best, we must also acknowledge that all cultures can produce ideas and practices that may be harmful or have outlived their usefulness or not be health promoting in different contexts. We must all learn to hold fast to beliefs and behaviours that produce health and wellbeing and move on from those that don't. The integration of different bodies of knowledge should lead to mutual enhancement.

There is richness in this book – it draws our attention to human rights, processes of integration, assimilation, segregation and exclusion, to economic and technological development, and to social relationships between groups. The authors collectively ask us to focus on a very simple question – why are some groups of people healthier than others? And for as long as we have to keep asking that question, we will need to keep applying ourselves to making it an unnecessary one.

In this time of a global pandemic, inequalities of health and socioeconomic circumstances have determined who is most likely to be exposed to COVID-19, who is most likely to become very sick, and who is most likely to die. The practices that protect us – social distancing, hand washing, mask wearing and getting vaccinated – have not been equally accessible. Intercultural health approaches are needed more than ever before to counter the threats to equality and positive interactions between groups, the increases in racism, prejudice, stereotyping, and discriminatory practices, and the restrictions of human rights and freedoms that COVID-19 brings. Encouragingly, COVID-related restrictions and confinements have also led to increased solidarity between people and the strengthening of social relationships within and between many communities. Intercultural health approaches can build upon these positive effects and help to sustain them over time for cross-cultural benefits and wellbeing.

EPÍLOGO 1

Epílogo: La oportunidad de este libro en tiempos de COVID-19

Kate Pickett. Professor of Epidemiology, Deputy Director of the Centre for Future Health and Associate Director of the Leverhulme Centre for Anthropocene Biodiversity, all at the University of York, UK.

Este es un libro muy oportuno. La variación cultural en la salud de la población, en los comportamientos, actitudes y valores relacionados con la salud, así como las diferencias culturales en las políticas de salud, han pasado a primer plano durante la pandemia de COVID-19 como nunca antes. Qué bienvenido es tener un libro de ensayos reflexivos sobre salud intercultural para guiar la reflexión, la política y la práctica.

Aunque a menudo, en la medicina occidental, hemos pensado que sabemos qué es mejor, si miramos hacia atrás en el tiempo podemos ver que la historia de las ciencias de la salud es una historia de descubrimientos que a menudo se basa en el proceso de averiguar cómo otras culturas gestionaron la salud, la enfermedad y el bienestar.

La erradicación de la viruela en el mundo a menudo se ve como un triunfo de la tecnología médica occidental que comenzó con las brillantes observaciones de Edward Jenner, un médico rural inglés, quien fue pionero en la vacunación después de observar que las lecheras, que estaban crónicamente expuestas a la enfermedad más leve de la viruela vacuna, parecían estar protegido de la viruela. De hecho, la práctica similar de *viruelación* (infectar deliberadamente a alguien con una dosis leve de viruela para protegerlo de una infección más grave), ampliamente conocida y practicada en todo el mundo, se originó en Asia ya en el año 1000 a.C., y era muy conocida en China, India, África y Oriente Medio. La gente comerciada de África a América como esclavos trajo la práctica con ellos donde fue “descubierta” por un colono prominente, Cotton Mather. Mather se encontró con una oposición violenta al tratar de promover la viruelación, que era en gran parte racista, puesto que existía la creencia generalizada de que nada bueno podía provenir de una práctica médica del mundo “incivilizado”.

Otro ejemplo es el tratamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la malaria, las terapias combinadas con artemisinina (ACT). El ingrediente activo de los ACT es la artemisinina, producida naturalmente en pequeñas cantidades por la planta medicinal *Artemisia annua*. El “descubrimiento” de la artemisinina y sus propiedades antipalúdicas en la década de 1970 llevó a un premio Nobel en 2015 para el científico chino Tu Youyou; sin embargo, se había utilizado durante tal vez 2000 años en China para tratar la fiebre.

Estos dos ejemplos, uno histórico y otro contemporáneo, resaltan la importancia para la ciencia y la medicina de mantener una mente abierta y respetar las tradiciones no occidentales de la medicina y la curación, tanto porque es lo correcto como porque

podemos tener mucho aprender. La diversidad de culturas en el mundo crea una diversidad de conocimientos que puede generar beneficios en todas las culturas, pero solo si estamos atentos. La salud intercultural es la forma en que superamos las brechas entre el “conocimiento” creado por diferentes sistemas de creencias y prácticas, y ese puente será siempre una conexión que permita la innovación y mejore el bienestar.

En nuestro mundo moderno, todos los países están experimentando una ampliación de la diversidad a medida que las personas migran y se establecen en respuesta a las presiones y transformaciones económicas, sociales, políticas y tecnológicas mundiales. Los factores ambientales y el cambio climático también afectan cada vez más el movimiento de la población. Se estima que hay 272 migrantes internacionales a nivel mundial, y esto, junto con la migración dentro del país y la coexistencia de pueblos indígenas y no indígenas, significa que todas las sociedades tienen una rica mezcla de culturas, enriqueciendo significativamente la vida social y cultural. Esta heterogeneidad presenta muchos desafíos para la medicina y los servicios de salud, que se describen y comentan cuidadosamente en este libro.

No puedo pensar en ningún país del mundo donde no haya diferencias, ni desigualdades, en la salud de personas de diferentes culturas. En todo el mundo, los pueblos indígenas experimentan condiciones socioeconómicas precarias y una mala salud de la población y, a menudo, las desigualdades en salud son dramáticas. La esperanza de vida de las poblaciones indígenas es a menudo una década más corta que la de sus contrapartes no indígenas dentro de un país. Las brechas de mortalidad comienzan al nacer y las tasas de mortalidad infantil de las poblaciones indígenas y de muchos migrantes son como “canarios en las minas de carbón”: revelan la marginación y exclusión social y económica que sufren estos grupos. Los grupos de migrantes a menudo experimentan disparidades de salud similares. Los enfoques interculturales de la salud pueden ayudar a abordar estas desigualdades, tal como este libro lo expone con tanto cuidado y, en última instancia, debemos juzgar a las sociedades por el grado en que protegen y promueven la salud de los más vulnerables.

La salud intercultural es compleja y nuestros enfoques deben matizarse. Si bien es arrogancia pensar que la ciencia occidental siempre sabe lo que es mejor, también debemos reconocer que todas las culturas pueden producir ideas y prácticas que pueden ser dañinas o haber dejado de ser útiles o no promover la salud en diferentes contextos. Todos debemos aprender a aferrarnos a las creencias y los comportamientos que producen salud y bienestar y dejar atrás los que no lo hacen. La integración de diferentes cuerpos de conocimiento debería conducir a una mejora mutua.

Hay riqueza en este libro: llama nuestra atención sobre los derechos humanos, los procesos de integración, asimilación, segregación y exclusión, el desarrollo económico y tecnológico y las relaciones sociales entre grupos. Los autores colectivamente nos piden que nos concentremos en una pregunta muy simple: ¿por qué algunos grupos de personas son más saludables que otros? Y mientras tengamos que seguir haciendo esa pregunta, tendremos que seguir aplicándonos para hacerla innecesaria.

En este momento de una pandemia mundial, las desigualdades de salud y las circunstancias socioeconómicas han determinado quién tiene más probabilidades de estar expuesto al COVID-19, quién tiene más probabilidades de enfermarse gravemente y quién tiene más probabilidades de morir. Las prácticas que nos protegen, el distanciamiento social, el lavado de manos, el uso de mascarillas y la vacunación, no han sido igualmente accesibles. Los enfoques de salud intercultural son más necesarios que nunca para contrarrestar las amenazas a la homogenización cultural, al aumento del racismo, los prejuicios, los estereotipos y las prácticas discriminatorias, y las restricciones de los derechos humanos y las libertades que trae COVID-19. Es alentador que las restricciones y confinamientos relacionados con COVID también hayan llevado a una mayor solidaridad entre las personas y al fortalecimiento de las relaciones sociales dentro y entre muchas comunidades. Los enfoques de salud intercultural pueden aprovechar estos efectos positivos y ayudar a mantenerlos a lo largo del tiempo para obtener beneficios y bienestar interculturales.

EPÍLOGO 2

Interculturalidad como respuesta a las migraciones internacionales: a modo de epílogo

Gunther Dietz. Universidad Veracruzana, guntherdietz@gmail.com

La diversidad humana siempre ha sido nuestra característica como especie, una diversidad que nos ha posibilitado procesos de adaptación medioambiental, procesos de creatividad cultural así como procesos de movilidad geográfica. Esta diversidad intra-especie se manifiesta “desde tiempos inmemorables” en nuestras culturas, lenguas, identidades y etnicidades, en nuestros géneros y generaciones/edades, en nuestras cosmovisiones, religiones y espiritualidades así como en nuestras estratificaciones socio-económicas (Todorov, 2013). La resultante “diversidad de diversidades” (Dietz, 2012) representa una continuidad que solamente ha sido invisibilizada y/o suprimida durante un breve lapso de tiempo, la era de los nacionalismos de origen europeo, que pretendían hacernos creer que solamente deberíamos practicar una cultura, hablar una sola lengua, creer en un solo Dios e identificarnos con una sola nación.

Esta época del nacionalismo ha durado aproximadamente dos siglos, caracterizados por grandes confrontaciones violentas y genocidas entre naciones supuestamente homogéneas hacia dentro y claramente discernibles mediante fronteras cada vez más nítidas y militarizadas o “securitizadas” hacia fuera (Gil Araujo, 2010). Aunque actualmente creemos estar superando este legado nocivo del nacionalismo, su producto más palpable y tangible, el estado-nación de cuño europeo, persiste y goza de gran vitalidad. Es este estado-nación el que hoy en día constituye el principal obstáculo para que las sociedades contemporáneas puedan aprovechar al máximo la diversidad de diversidades que nos caracteriza como seres humanos.

Ello se debe a que el estado-nación se ha generalizado a nivel global como forma de organización política legitimada para definir quién pertenece y quién no pertenece a la comunidad nacional (Brubaker, 1996). Como ha demostrado magistralmente Abdelmalik Sayad (2010), es este estado-nación el que produce los problemas con la llamada “cuestión migratoria” que luego dice querer resolver. Mientras que las moviidades y migraciones humanas existen desde siempre, actualmente los estados-naciones tienden a regular, problematizar e incluso patologizar los movimientos migratorios, que constituyen un derecho humano universal.

Aparte del sistema educativo y del sistema de justicia, uno de los ámbitos más importantes en los que el estado-nación contemporáneo interviene para reglamentar inclusiones y exclusiones lo constituye el sistema de salud. Mediante la apertura de los servicios de salud o la denegación de los mismos para las comunidades migrantes, el estado-nación establece el marco normativo

para las relaciones interculturales que de manera formal o informal se generan en la atención a la salud de estas comunidades. Como resultado, en diferentes partes del mundo están surgiendo regímenes diferenciados de lo que se ha denominado salud intercultural.

El presente libro constituye una aportación fundamental para contextualizar, conceptualizar, analizar y evaluar las políticas y prácticas que en el caso chileno se están generando en el ámbito de esta incipiente salud intercultural. Concatenando revisiones exhaustivas y críticas del estado del arte sobre la normatividad internacional y nacional con evaluaciones críticas de investigaciones empíricas realizadas sobre salud pública, medicina social y etnopsiquiatría con poblaciones migrantes así como con experiencias concretas, proyectos-piloto y programas de salud intercultural específicos, esta obra se destaca por un cuidadoso y explícito trabajo conceptual, que define, delimita y problematiza lo que en cada política, en cada programa y en cada proyecto se entiende por interculturalidad en salud.

Este cuidado conceptual evita simplificar, dicotomizar o estigmatizar a las personas y comunidades afectadas por problemas de salud en el marco de sus procesos migratorios, como ha ocurrido en otros casos, donde se acaba patologizando a la persona migrante como una especie de “riesgo sanitario” móvil. Todos los capítulos contribuyen por tanto a una teorización siempre basada en datos, en experiencias concretas. Me llamaron particularmente la atención aquellas contribuciones que destacan las similitudes y diferencias, las convergencias y divergencias entre lo que ya se ha logrado e institucionalizado en el ámbito de la salud intercultural con los pueblos originarios de Chile, en particular con el pueblo mapuche en la Araucanía, por un lado, y lo que se está gestando y desplegando en la salud intercultural con las comunidades migrantes latinoamericanas y caribeñas que se están instalando al interior de la sociedad chilena.

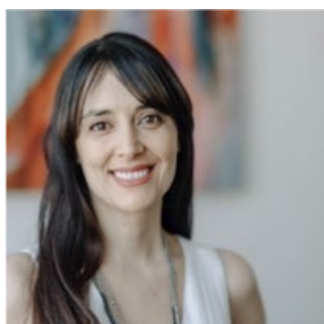
“Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales” resulta un libro particularmente útil y pertinente para el contexto chileno, pero su vigencia trasciende las fronteras de este país. Toda América Latina se encuentra hoy en día inmersa en procesos migratorios producto de persecuciones políticas, de crisis económicas, de colapsos ambientales y de proyectos de vida crecientemente transnacionales. Es necesario que aprendamos mutuamente y que compartamos propuestas programáticas tanto como experiencias concretas en salud intercultural en nuestro continente. Si hubiera hecho falta, la actual pandemia nos ha demostrado en toda su crueldad cuán caducas son las soluciones únicamente intra-nacionales a los grandes retos transnacionales que enfrentamos. Una nueva o renovada ética global del cuidado, que los feminismos latinoamericanos viene reclamando desde hace décadas, se hace ahora simplemente indispensable si queremos imaginarnos una vida saludable que – me temo – se desarrollará en medio de zoonosis continuas e intermitentes y que nos obligará a convivir entre pandemias, a cuidarnos entre todos los miembros de nuestras sociedades, sean estos migrantes internacionales, miembros de pueblos originarios o descendientes de colonos criollos.

Referencias bibliográficas

- Brubaker, Rogers (1996) *Nationalism Reframed: nationhood and the national question in the New Europe*. Cambridge: Cambridge University Press
- Dietz, Gunther (2012) *Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación: una aproximación antropológica*. México: Fondo de Cultura Económica
- Gil Araujo, Sandra (2010) *Las argucias de la integración, políticas migratorias, construcción nacional y cuestión social*. Madrid: IEPALA
- Sayad, Abdelmalik (2010) *La doble ausencia: de las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Anthropos
- Todorov, Tzvetan (2013) *Nosotros y los otros: reflexión sobre la diversidad humana*. Madrid: Biblioteca Nueva



Acerca de las editoras



Báltica Cabieses.

Enfermera-matrona, diplomada en docencia universitaria, Magíster en Epidemiología y PhD en Ciencias de la Salud (epidemiología social). Profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo y Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York. Fue vice-Presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología 2014-2017. Co-líder de Lancet Migration Latin America y coordinadora de la RECHISAM. Ganadora de Premio Santander El Mercurio 2017 categoría investigador joven en salud de personas migrantes internacionales. Miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH (International Network for Research on Inequalities in Child Health), de la red global de migración y salud MADHRI (Migration Health and Development Research Initiative) y de la red andina SAMI, entre otras.



Alexandra Obach.

PhD. Antropóloga social de la Universidad de Chile, y Magíster en Estudios de Género y Cultura por la misma universidad. Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Actualmente es profesora asociada e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Sus líneas de investigación están ligadas a las áreas de la Antropología de la Salud, del Género, Interculturalidad en Salud, Salud de adolescentes y jóvenes. Ha participado y liderado diversos proyectos de investigación en estas áreas, así como asesorías para la transferencia del conocimiento en los sectores públicos y privados de la salud en el país.



Carla Urrutia P.

Antropóloga social de la Universidad de Chile, Máster en Antropología-etnología, Master en salud, mediaciones, migraciones y diplomada en Medicina y cuidados transculturales de l'Université de Bordeaux, Francia. Actualmente es investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo, y docente de la carrera de enfermería de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Ha trabajado como antropóloga en distintos proyectos de investigación (Francia y Chile) y como intérprete y voluntaria para Médicos del Mundo en Francia. Sus principales intereses de investigación están enmarcados en el área de la antropología de la salud; en específico en cuidados paliativos, salud y migraciones, salud e interculturalidad, salud sexual y reproductiva y temáticas de género.

Acerca de los autores



Herleyn Agurto.

Enfermera universitaria, investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, coordinadora del Plan de Atención inicial de salud a migrantes internacionales (La Granja) y docente en la carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.



Ana María Alarcón.

Enfermera Universidad de Chile, Antropóloga Universidad de Connecticut. Magister Ciencias Sociales Aplicadas (Universidad de La Frontera), Master Antropología (Universidad de Connecticut), PhD Antropología (Universidad de Connecticut). Profesora Titular del Dpto. de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, investigadora del centro de Excelencia CIGES y Centro de Antropología y Equidad en Salud. Líneas de investigación estudios interculturales, Infancia y niñez y Análisis de sistemas y modelos culturales de salud.



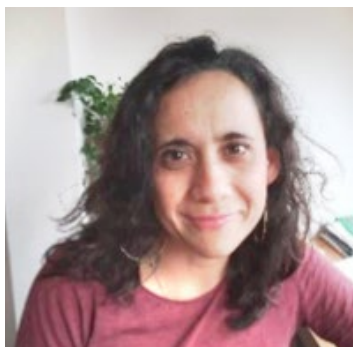
Cecilia Assael Budnik.

Educadora Diferencial de la Universidad de Chile. Especialización en Modificabilidad Cognitiva y Programas de Desarrollo del Pensamiento, en el Centro Internacional para la Propensión al Aprendizaje dirigido por el Dr. Feuerstein en Israel. Doctora en Ciencias de la Educación con Mención en Interculturalidad, por la Universidad de Santiago de Chile. Su desarrollo académico ha estado focalizado en la educación cognitiva, la educación inclusiva y la relación entre ambas. Sus áreas investigativas están ligadas a Procesos Inclusión- Exclusión/ Interacciones en aulas diversas/ Educación Cognitiva- Educación Inclusiva. Directora del Magister en Psicopedagogía de la Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo.



Alice Blukacz.

Docente investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud ICIM Universidad del Desarrollo. Licenciada en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad de Manchester (Reino Unido) y Magister Migración Internacional y Políticas Públicas de la London School of Economics (Reino Unido). Con experiencia en ACNUR (Ginebra, Suiza) y en la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe (Lima, Perú). Se ha enfocado en temas de inclusión social de poblaciones vulnerables con enfoque específico en migrantes y refugiados; y a la inclusión de poblaciones migrantes en los sistemas de salud nacionales, las dimensiones internacionales y transnacionales de la salud migrante y la interculturalidad en salud.



Alejandra Carreño Calderón .

Antropóloga Social de la Universidad de Chile (2005), Máster en Etnopsiquiatría y Salud en contextos multiculturales por la Universidad de Génova (Italia) y Doctora en Antropología Cultural por la Universidad de Siena (2013). Dedicada al desarrollo del área de la antropología de la salud, trabajando con pueblos indígenas en Chile, Perú, Bolivia y México y con migrantes internacionales en Italia, República Dominicana y Chile. Entre los años 2013 – 2015 desarrolló su investigación Post-doctoral en el Centro Frantz Fanon de la Universidad de Torino, sobre atención de salud y psicoterapéutica a migrantes, refugiados y víctimas de tortura. Actualmente es investigadora y docente del Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA) de la Universidad del Desarrollo.



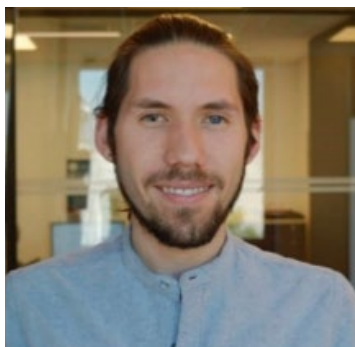
M. Eliana Correa Matus.

Enfermera Universidad del Desarrollo. Diploma en Cultura y Salud: (De) Construcciones y competencias de la antropología médica para la salud pública local y global, en Universidad de Chile. Integrante del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Docente Escuela de Enfermería Universidad del Desarrollo.



Javiera Flaño Olivos.

Médica Familiar y Magister en Salud Global. Médica en Cesfam San Alberto Hurtado, Médica de residencias espejo en Santiago de la estrategia Covid-19 del Senama, Co-investigadora del proyecto FONIS sobre estudio de carga de enfermedad atribuible al actual nivel de exposición a yodo y ácido fólico en Chile y colaboradora en Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. jflano@uc.cl



Daniel Larenas-Rosa.

Fonoaudiólogo de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Investigador del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo. Académico del Departamento de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



Electra González Araya.

Asistente Social, Universidad de Chile. Master in Population Research, University of Exeter, UK. Formación en Metodologías Cualitativas en CEDES, Argentina y en Aspectos Sociales de la Salud Reproductiva en Colegio de México, México. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, subdirectora del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, CEMERA. Directora del Diploma “Salud Integral del Adolescente” y del curso “Educación sexual en la adolescencia”.



Ingrid Leal Fuentes.

Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura. Magíster en Salud Pública. Profesora Asociada de Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Forma parte del equipo académico del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA. Realiza actividades clínicas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes, docencia de pregrado y post grado. Sus principales líneas de investigación son Prevención del embarazo adolescente, Derechos Sexuales y Reproductivos, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.



Xaviera Molina Avendano.

Enfermera de la Universidad del Desarrollo. Diplomada en Bioestadística por la Universidad de Chile, y en Epidemiología de Campo en la Universidad del Desarrollo. Docente de la carrera de enfermería de la Universidad del Desarrollo e Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud, y del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo. Actualmente se desempeña en el departamento de Epidemiología en el Ministerio de Salud.



Mery Rodríguez Parra.

Doctora en Ciencias de la Educación por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Estudios de Género y Licenciada en Antropología Social por la Universidad de Chile. Actualmente se desempeña en la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Chile, como asesora externa en la dirección de género de la Universidad de Santiago de Chile y la Universidad del Biobío, y como docente del Programa de Magister en Psicopedagogía de la Facultad de Educación de la Universidad del Desarrollo.

Acerca de los expertos revisores de Capítulos

Las editoras agradecen las revisiones ciegas de los capítulos de este libro de parte de los siguientes expertos:

Solange Campos, PhD.

Académica Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

Trinidad del Río.

Directora Educación e Interculturalidad, Servicio Jesuita Migrante

Dr. Jaime Neira, MSc.

Académico Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera

Jovita Ortiz, MSc.

Subdirectora Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile

Camila Pérez, MSc.

Académica Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Arturo Prat

Michelle Sadler, MSc.

Académica Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez

Claudia Silva, PhD.

Académica Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Universidad del Desarrollo



Universidad del Desarrollo

"Este libro nos ofrece cuidadosas revisiones de la literatura, conclusiones claras, y recomendaciones explícitas sobre las migraciones internacionales en Chile en la actualidad. Los y las autores enfatizan, definen, y reconocen dinanismos en las categorías sociales (como etnia, raza, identidad, cultura, asimilación, y muchas otras) más usadas en las discusiones y debates sobre la salud intercultural."

James Trostle

"Las editoras de este proyecto ponen en nuestras manos un valioso texto que nos invita a profundizar en la puesta en práctica de la intercultural en salud y a reflexionar sobre la oportunidad de ser aplicada, considerando la importante presencia de migrantes internacionales en nuestro país."

Margarita Sáez Salgado

"Este es un libro muy oportuno. La variación cultural en la salud de la población, en los comportamientos, actitudes y valores relacionados con la salud, así como las diferencias culturales en las políticas de salud, han pasado a primer plano durante la pandemia de COVID-19 como nunca antes. Qué bienvenido es tener un libro de ensayos reflexivos sobre salud intercultural para guiar la reflexión, la política y la práctica."

Kate Pickett

"El presente libro constituye una aportación fundamental para contextualizar, conceptualizar, analizar y evaluar las políticas y prácticas que en el caso chileno se están generando en el ámbito de esta incipiente salud intercultural de poblaciones migrantes... Esta obra se destaca por un cuidadoso y explícito trabajo conceptual, que define, delimita y problematiza lo que en cada política, en cada programa y en cada proyecto se entiende por interculturalidad en salud."

Gunther Dietz