

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/372047196>

Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en Personas migrantes internacionales

Article in *Metas de Enfermería* · July 2023

DOI: 10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082128

CITATIONS

0

READS

42

4 authors, including:



Alfonso Urzua

Universidad Católica del Norte (Chile)

271 PUBLICATIONS 4,089 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en personas migrantes internacionales

Consuelo Cruz-Riveros¹, Gustavo Macaya-Aguirre², Alfonso Urzúa³, Báltica Cabieses⁴

¹Doctoranda en Psicología. Universidad Católica del Norte, sede Antofagasta. Académica de la Escuela de Enfermería. Universidad Santo Tomás, sede Concepción (Chile)

²Doctorando en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile (Chile)

³Doctor en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta (Chile)

⁴PhD Health Sciences. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile (Chile)

Fecha de recepción: 28 de marzo de 2023. Aceptada su publicación: 17 de junio de 2023.

Resumen

Objetivo: analizar las barreras que enfrentan las personas migrantes internacionales al utilizar los servicios de Atención Primaria de salud en la comuna de Antofagasta, Chile.

Método: diseño de investigación cualitativa bajo un enfoque interpretativo fenomenológico-descriptivo. Se utilizó un muestreo por conveniencia y por bola de nieve hasta la saturación del discurso. La muestra se conformó por 42 personas mayores de 18 años (personal funcionario y personas migrantes). Se realizaron entrevistas individuales y grupales semiestructuradas. Para el análisis de los datos se llevó a cabo un análisis reflexivo temático, con codificación abierta para la posterior construcción de categorías. Como criterios de calidad se utilizó la triangulación, la confirmabilidad y la reflexividad.

Resultados: desde el personal funcionario de salud se identificaron dimensiones como la aceptabilidad del otro, el idioma y la alteridad racializadora. Desde las personas migrantes internacionales se destacó el idioma, el trato discriminatorio y las dificultades en el acceso relacionadas con los procedimientos administrativos para afiliarse al seguro público de salud. Además, se identificaron barreras en las interacciones diarias entre los equipos de salud y las personas migrantes, en las cuales las interpretaciones mutuas de las acciones desempeñan un papel importante.

Conclusiones: las barreras existentes en la utilización de los servicios de la Atención Primaria de Salud presentan componentes del sistema asociado a políticas y normativas que en las prácticas se relaciona a un segundo componente, el individual, en donde el personal funcionario y las personas migrantes estarían plasmados en las interacciones cotidianas durante el proceso de atención.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud (APS); barreras de acceso a los servicios de salud; Derechos Humanos; migrantes; salud.

Abstract

Barriers for the use of primary care services by international migrants

Objective: to analyse the barriers faced by international migrants when using Primary Care services in the commune of Antofagasta, Chile.

Method: a qualitative research design with an interpretative phenomenological-descriptive approach. Convenience and snowball sampling was used until the saturation point was reached. The sample was formed by 42 >18-year-old persons (civil servants and migrants). Semi-structured individual and group interviews were conducted. Reflexive-thematic analysis was used for data analysis, with open coding for subsequent category building. The quality criteria used were triangulation, confirmability and reflectivity.

Results: the dimensions identified by the health civil servants were: acceptability of the other, language, and racialization otherness. The international migrants highlighted language, discriminatory treatment, and difficulties for access associated with administrative procedures to enrol in the public health system. Moreover, barriers were detected in the daily interactions between health services and migrants, where mutual interpretations of actions played a major role.

Conclusions: the current barriers for the use of Primary Care services presented system components associated with policies and rules which in practice are associated with a second component, the individual one, which would be reflected in the daily interactions by civil servants and migrants during the process of care.

Keywords

Primary Health Care (PHC); Barriers to access of health services; Human Rights; migrants; health.

Introducción

La migración internacional, como resultado del fenómeno de la globalización a nivel mundial, asciende a

281 millones de personas que residen fuera de su país de nacimiento (1). Este desplazamiento territorial se caracteriza por el cruce de fronteras de un Estado a otro, y

Autora de correspondencia:

Consuelo Cruz-Riveros. Escuela de Enfermería. Universidad Santo Tomás. Sede Concepción. Arturo Prat, 879. 4080536 Concepción, Bío Bío (Chile). Email: consuelocruzri@santotomas.cl

Cómo citar este artículo:

Cruz-Riveros C, Macaya-Aguirre G, Urzúa A, Cabieses B. Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en personas migrantes internacionales. *Metas Enferm* jul/ago 2023; 26(6):57-63. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082128>

es independiente del tiempo de permanencia y la causa migratoria (1,2). El proceso migratorio (traslado y asentamiento) puede verse afectado por múltiples factores que podrían actuar como potenciales riesgos para la salud de las personas, actuando como determinante social de la salud (1).

En Latinoamérica, durante los últimos años, Chile ha sido un país receptor de migrantes internacionales, caracterizándose, por ser una migración reciente, joven, principalmente latinoamericana, inscrita en un constante proceso de feminización (especialmente en las regiones del norte del país) y concentrada en la Región Metropolitana. En esta línea, es relevante considerar que otras dos regiones concentran un mayor número de personas migrantes, siendo estas Antofagasta y Valparaíso (3-7). Según estimaciones realizadas al 31 de diciembre de 2020 vivían en el país 1.462.103 personas migrantes, provenientes principalmente de Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%) (6,7).

Entre las razones causantes de la migración a Chile se encuentran las condiciones de estabilidad política del país, la consolidación del modelo neoliberal durante los años de la transición y el auge de los proyectos mineros transnacionales ligados al cobre, que generaron un ciclo de bonanza y crecimiento económico (8). Asimismo, las condiciones de vida en los países de procedencia son una de las causales de migrar (9). Otros posibles destinos enmarcan en constantes restricciones de ingreso, entre las cuales Europa, Estados Unidos y Canadá han desencadenado la reconfiguración de las rutas de las personas migrantes de América Latina y el Caribe al interior de la región (10-12).

Este nuevo escenario ha demandado una serie de medidas a fin de resguardar los derechos humanos de las personas migrantes, en especial aquellas que se encuentran en situación irregular (13,14). Algunas de las problemáticas a las cuales se enfrentan a causa de su situación de indocumentación son el hacinamiento, la pobreza, el desempleo o el empleo informal, procesos de discriminación y abuso, que son aceptados por el miedo a la deportación (15,16). Se suma a lo anterior, procesos burocráticos para acceder a prestaciones básicas del Estado en ámbitos de protección y resguardo, siendo un punto crítico el sistema sanitario (17). Lo anterior desencadena un círculo vicioso de interacciones de los distintos factores de riesgo, resultando de ello el deterioro del estado de salud (físico y mental) con diagnóstico tardío

producto de las múltiples barreras existentes para la utilización de servicios sanitarios (1,17).

Considerando lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido, mediante tratados internacionales y orientaciones, para la realización de políticas que entreguen lineamientos básicos para las atenciones en salud de población migrante internacional (13,18). A pesar de ello, distintas investigaciones siguen informando sobre la existencia de dificultades y barreras para la utilización de los servicios (1,20). Otros factores asociados al empleo del sistema son el uso del servicio de salud sin necesidad de ausencias laborales, disponibilidad de transporte para llegar al centro de salud y la seguridad del entorno, costes asociados al proceso de atención, adecuación idiomática incluyendo en ello también el lenguaje utilizado (modismos o tecnicismos), sumándose además las creencias y prejuicios por parte del personal sanitario (14,20).

La presente investigación tuvo por objetivo describir las barreras existentes para la utilización de servicios en la Atención Primaria de Salud de personas migrantes en Chile, a partir de las experiencias y discursos narrados por personal funcionario público de salud y personas migrantes en la comuna de Antofagasta, en el norte de Chile. La pregunta que orienta la investigación es ¿cómo pensar las barreras que presenta la utilización de servicios en la Atención Primaria de Salud durante las prácticas de salud en personas migrantes internacionales?

Método

Se utilizó un enfoque interpretativo en un diseño de investigación cualitativa fenomenológico-descriptivo con el objetivo de explorar los discursos y las descripciones de significados y prácticas del personal de salud (21). El propósito principal fue dar sentido e interpretar las realidades individuales de los participantes en el estudio (21).

Para el reclutamiento de participantes se utilizó un muestreo por conveniencia y por bola de nieve hasta la saturación del discurso (22). La participación fue voluntaria, la selección se llevó a cabo a través de participantes semilla que contactaron al resto de participantes y les comentaron su experiencia para generar mayor confianza y comodidad. El criterio de inclusión para la participación de personas migrantes fue que se tratara de sujetos mayores de 18 años que fuesen usuarias/os de algún centro de Atención Primaria de Salud de la comuna de Antofagasta; y para el personal de salud, haber atendido a personas migrantes internacionales. La muestra se conformó por

42 personas mayores de 18 años, de las cuales 22 correspondían a personal funcionario de los equipos salud, referentes a nivel comunal y regional y personal directivo de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna (Tabla 1) y 20 personas migrantes (Tabla 2).

Para la recogida de los datos se realizaron entrevistas individuales y grupales semiestructuradas (Tabla 3). Las entrevistas llevadas a cabo a personas migrantes incluyeron cuatro ejes: 1) Presentación y aspectos generales de su migración (cuándo llegó, con quiénes y dónde vive aquí, etc.); 2) Descripción de prácticas de salud en su país de origen y en Chile; 3) Su experiencia de salud en Chile (¿cómo ha sido su experiencia de atención en los centros de salud primaria en Chile? y 4) Barreras idiomáticas o de otro tipo. Por su parte, para las entrevistas al personal de salud se incluyeron los siguientes temas: 1) preguntas introductorias sobre la persona y trabajo en sector salud (¿cuál es su edad?, ¿cuál es el cargo que desempeña?), 2) Experiencias de trabajo y/o atención a personas migrantes (¿cómo ha sido tu experiencia en atención a personas migrantes?), 3) Protocolos y acciones formales o buenas prácticas en el trabajo con personas migrantes (¿existen protocolos de atención para migrantes que han sido instaurados desde los directivos en su lugar de trabajo?,

¿hay acciones concretas que haya implementado usted o en conjunto con su equipo de trabajo para atender a personas migrantes?, ¿cuáles?).

Cada una de estas entrevistas se realizó de manera presencial y tuvo una duración entre 60 y 90 minutos. El proceso de análisis se desarrolló de la siguiente manera: en primer lugar se llevaron a cabo las transcripciones de

Tabla 1. Características del personal de Atención Primaria de Salud

Actividad laboral	Sexo	Edad
Referente técnico	Mujer	44
Referente técnico	Hombre	51
Trabajadora social	Mujer	*Mayor de 25
Matrona	Mujer	54
Psicóloga	Mujer	*Mayor de 25
Matrona	Mujer	*Mayor de 25
Administrativa	Mujer	56
Trabajadora social	Mujer	*Mayor de 25
Enfermera	Mujer	*Mayor de 25
Técnico nivel superior	Mujer	*Mayor de 25
Enfermera	Mujer	*Mayor de 25
Técnico nivel superior	Mujer	33
Médico	Mujer	28
Matrón	Hombre	25
Enfermera	Mujer	36
Psicóloga	Mujer	28
Odontólogo	Hombre	31
Gestora comunitaria	Mujer	27
Trabajadora social	Mujer	31
Kinesióloga	Mujer	30
Administrativa	Mujer	37
Kinesiólogo	Hombre	39

*No especificaron edad

Tabla 2. Características de las personas migrantes internacionales

Nacionalidad	Sexo	Edad (años)	Tiempo de residencia (años)
Peruana	Mujer	*Mayor de 25	11
Colombia	Mujer	*Mayor de 25	12
Colombiana	Mujer	77	*Mayor de 1
Boliviana	Mujer	*Mayor de 25	10
Peruana	Mujer	*Mayor de 25	12
Boliviana	Mujer	44	18
Boliviana	Mujer	30	12
Boliviana	Mujer	36	6
Venezuela	Mujer	*Mayor de 25	1
Venezuela	Mujer	*Mayor de 25	2
Boliviana	Mujer	*Mayor de 25	10
Peruana	Mujer	*Mayor de 25	11
Peruana	Mujer	*Mayor de 25	11
Peruana	Mujer	51	12
Colombia	Mujer	85	*Mayor de 1
Peruana	Mujer	*Mayor de 25	12
Boliviana	Mujer	*Mayor de 25	0,3
Bolivia	Mujer	*Mayor de 25	7
Venezuela	Mujer	*Mayor de 25	3
Colombia	Mujer	*Mayor de 25	*Mayor de 1

*No especificado

Tabla 3. Entrevistas realizadas y participantes

Tipo de entrevista	Nº entrevistas	Nº personas
Entrevista individual a personal funcionario de APS	8	8
Entrevista individual a migrantes	9	9
Entrevista grupal a personal funcionario APS	2	10
Entrevista grupal a migrantes	2	11
Entrevista individual directoras/es CESFAM	2	2
Entrevista individual referentes migración y salud APS	2	2
Total	25	40

APS: Atención Primaria de Salud; CESFAM: Centro de Salud Familiar

las entrevistas. Posteriormente se realizó un análisis temático mediante lecturas repetidas de las transcripciones y se procedió a una codificación abierta con el fin de identificar las categorías y temas relevantes (22,26). A continuación se procedió a la decantación, donde se identificaron las categorías que fueron codificadas a partir de la matriz. Además, se estuvo atento a la aparición de códigos emergentes y se les asignaron uno o más códigos relacionados con su significado e intención. Todo el proceso de análisis fue llevado a cabo y supervisado por todos los autores del estudio, y se requirió la aprobación y las consideraciones proporcionadas por el equipo en relación con el progreso de la codificación.

Entre los criterios para garantizar el rigor se encuentra la triangulación, método con el cual se contrastan varias fuentes de información narrativa. En este estudio se incluyó la triangulación de los discursos brindados por personal de salud y personas migrantes internacionales (23-25). Un segundo criterio es la confirmabilidad, en el presente trabajo se desarrolló a través de un segundo investigador que tomó notas durante la recopilación de datos y siguió el camino de las decisiones utilizadas durante la investigación, llegando a conclusiones similares en términos de saturación de datos (23-25). Un tercer criterio es la reflexividad, que se realizó a través de una revisión exhaustiva de los pasos y las decisiones tomadas por el equipo de investigación, especialmente durante la fase de análisis e interpretación.

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad del Desarrollo (protocolo código 2019-094 y fecha de aprobación 22 de noviembre de 2019) y se rigió por los principios de voluntariedad, autonomía y confidencialidad de los participantes, así como de protección de participantes y datos. Posteriormente, se procedió a la firma del consentimiento informado y realización de la entrevista.

Resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos de la investigación, de la siguiente manera: en primer lugar se presenta un panorama o ponderación más general, desde el personal funcionario de salud; en segundo lugar, la percepción de barrera de utilización de las personas migrantes internacionales.

Las barreras y la construcción de la diferencia Equipos de salud

De los discursos de los participantes surge una dimensión importante sobre las barreras, relacionada con la

aceptabilidad del otro, caracterizada por dificultad en la comprensión de las costumbres de los países de orígenes y creencias individuales. Las cuales se encuentran intervenidas por la accesibilidad administrativa, involucrando prácticas asociadas a la discriminación en la disponibilidad de servicios por causas como no cobertura del seguro público y desconocimiento del sistema por parte de las personas migrantes principalmente.

Las relaciones entre el equipo de salud y las personas migrantes se basan en las interacciones cotidianas y las percepciones construidas en esos espacios, especialmente por parte de los profesionales de la salud. Estos profesionales tienden a percibir y construir una imagen generalista de las personas migrantes, lo cual puede estar influenciado por sus propias creencias y las del equipo de atención. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas percepciones pueden estar sesgadas:

"...[Las personas migrantes] vienen con otra visión de la vida en general, es una población que uno como chileno no la entiende del todo... en el caso de los dientes no entiendo los descuidos, o algunas cosas que tienden a normalizar... También los definiría quizás como muy demandantes [risas]...". (Funcionario, centro de salud, 31 años, entrevista grupal).

Por su parte, las diferencias culturales, tales como creencias, religiosidad, uso medicinal y resistencia a los tratamientos de la medicina convencional occidental son interpretados en clave educacional, las personas migrantes actuarían de unas maneras diferentes a las que ellos esperan, pues tienen problemas de educación:

[Participante 1:] Y son reacios a la medicina tradicional. [Entrevistador:] ¿Y a qué se debe eso? ¿Cómo ustedes interpretan esa resistencia a la medicina más convencional, como ustedes le llaman? [Participante 2:] Yo creo que en parte al nivel educacional, porque si vemos a la población migrante que tenemos acá, muy pocos tienen completos los estudios..." ([Participante 1: funcionaria centro de salud, 28 años; Participante 2: funcionario centro de salud, 25 años).

En la práctica, se han evidenciado barreras idiomáticas que afectan principalmente a los migrantes latinoamericanos, especialmente a las personas de origen boliviano. Estas barreras generan que los funcionarios de salud operen bajo la suposición de que todas las personas hablan y entienden el idioma español de manera fluida. Como resultado, las dificultades en la compren-

sión de las indicaciones sanitarias suelen ser interpretadas erróneamente como consecuencia de un nivel educativo más bajo, problemas psicológicos o discapacidad cognitiva por parte de los pacientes.

Esta situación pone en evidencia la necesidad de abordar de manera más sensible y efectiva las barreras idiomáticas en el ámbito de la atención sanitaria, reconociendo que la diversidad lingüística es una realidad y que es fundamental ofrecer servicios de salud culturalmente competentes y accesibles para todos los migrantes:

"...igual pasa por ejemplo en el caso de bolivianos, hay mucha lengua materna de base, entonces muchos compañeros llegan así 'es que no me entiendo', así como dándome a entender que su CI es bajo..." (Funcionaria, centro de salud, 29 años, entrevista individual).

Estas construcciones discursivas también implican una dimensión de alteridad racializada, que se basa en los países de origen de las personas migrantes. Por un lado, se observa que el personal de salud tiende a posicionar a las personas peruanas y bolivianas en un grupo, mientras que a colombianas y venezolanas en otro:

"...Conuerdo con mis compañeros... al menos los que son bolivianos son como súper retraídos, pueden estar todo el día ahí en la sala de espera y si uno no les pregunta a qué vienen no se acercan, son como más callados, a veces cuesta igual entenderles su forma de hablar..." (Funcionaria, centro de salud, 33 años, entrevista grupal).

Entre los participantes del equipo salud, destacan además discursos en donde la percepción de los cuidados entregados hacia los niños y las niñas se presentan deficitarios:

"...Tengo hartos niños en este último tiempo... me ha tocado harito niño con harta alteración de retraso del desarrollo psicomotor, y es porque no vienen y no les interesa que el niño tenga esos test..." (Funcionaria, centro de salud, 36 años, entrevista grupal).

Población migrante internacional

Los discursos frente a las dificultades en el idioma, las propias personas migrantes han buscado estrategias para poder derribar esa barrera, sobre todo cuando se trata, por ejemplo, de pacientes adultos mayores que llegan al centro de salud requiriendo atención:

"...Generalmente, son personas adultas mayores [las que tienen problemas con el idioma], pero vienen con los hijos" (Mujer, peruana, dos hijos, entrevista individual).

Por otro lado, en los discursos de las personas migrantes se evidencia que experimentan tratos discriminatorios y diferenciados en comparación con la población nativa. Estos tratos se manifiestan, por ejemplo, en los juicios negativos que hace el personal funcionario, los cuales afectan especialmente a las mujeres migrantes. Además, se observa que hay una tendencia a invisibilizar o visibilizar parcialmente a las personas migrantes, lo cual se refleja en la entrega de instrucciones sin una explicación o contexto adecuados.

Sin embargo, las personas migrantes no son pasivas frente a esta situación; reclaman y tratan de subvertir este orden establecido. A veces, se saltan las filas y buscan acceder directamente a los proveedores de servicios de salud. Esta es una estrategia que utilizan para poder ser considerados y tener acceso a los servicios de salud disponibles. Es importante destacar estas dinámicas y manifestaciones de resistencia por parte de las personas migrantes en su lucha por una atención justa e igualitaria.

"...Una vez con mi niño lo llevé con la fonoaudióloga y bueno, una de las razones por las que me alejé de ese CESFAM fue que la señorita vio a mi niño y me dijo ya tanto, tanto, tanto, póngale eso, su hijo tiene esto y ya.... No me explicó nada..." (Mujer boliviana, un hijo, 36 años, entrevista grupal).

"...Te hacen esperar dos horas para ingresarte adentro, aunque llegues de emergencia, entonces dije anda al consultorio..." (Mujer boliviana, 30 años, un hijo, entrevista grupal).

Discusión y conclusiones

Tanto los discursos del personal de salud como los de las personas migrantes internacionales revelan la existencia de obstáculos en la utilización de los servicios de salud. Estos obstáculos se derivan de las relaciones establecidas entre los participantes, las cuales se ven influenciadas por percepciones mutuas en relación con las costumbres y formas de vida de cada grupo. Estas percepciones se reflejan en las interacciones que se producen durante el proceso de atención en salud y tienen un impacto en el nivel de respeto y trato hacia las personas migrantes.

En términos más generales, las barreras para la utilización de los servicios de salud pueden estar presentes en el ámbito individual, relacionadas con las actitudes y creencias tanto del personal de salud como de las personas migrantes. También pueden estar presentes en el ámbito sistémico, relacionadas con el funcionamiento y las políticas del sistema de salud en sí mismo. Es importante considerar y abordar estas barreras para lograr una atención en salud equitativa y de calidad para las personas migrantes internacionales (9,14).

Al considerar la dimensión de la alteridad racializada, los discursos del personal sanitario generan categorizaciones que se reflejan en las percepciones generadas por las acciones de la población migrante. Esto resulta en tratamientos que pueden ser favorables o discriminatorios en función de su origen. La literatura existente sobre salud y migración es escasa, según el autor Tapia (28), la alteridad se refiere a la producción de la diferencia en relación con el otro.

Entre los hallazgos encontrados, una de las barreras que generaba conflictos era la disponibilidad de servicios en la cartera de atención. Se destacaba la escasez de personal, lo cual se reflejaba en horarios limitados y largos tiempos de espera, lo que generaba descontento y un deterioro en la salud de las personas. Estudios anteriores han señalado la existencia de barreras tanto sistemáticas como individuales, que con el tiempo han exacerbado problemas de salud, como es el caso de la salud mental en personas migrantes internacionales (15,28,29).

Por otra parte, las barreras idiomáticas han sido tradicionalmente consideradas en relación con las personas migrantes internacionales que hablan otro idioma. Sin embargo, este estudio revela otra dimensión relacionada con las personas migrantes internacionales de origen indígena, quienes enfrentan dificultades significativas en la utilización de los servicios de salud. Entre las problemáticas experimentadas destacan aquellos de origen peruano y boliviano, cuyo idioma materno es el quechua o el aimara, y esto se agrava especialmente en el caso de las personas mayores.

Los discursos de las personas migrantes participantes reflejan experiencias de trato discriminatorio, que se manifiestan en la negación de servicios, la falta de disponibilidad de servicios que satisfagan sus necesidades y la diferenciación en el trato recibido. Una de las expresiones encontradas que se puede asociar a esto es la producción de sujetos liminales, como sugiere Turner

(30). Estos sujetos viven en sectores marginales con escasos ingresos económicos y se encuentran en una situación en la que solo les queda esperar por atención.

A pesar de lo expuesto anteriormente, la retórica administrativa y jurídica que regula el acceso a la salud de las personas migrantes busca promover el respeto y la protección de los Derechos Humanos. Sin embargo, en la práctica, las interacciones diarias entre los migrantes y los equipos de salud se ven influenciadas por el poder ejercido por el personal sanitario en términos de conocimiento del sistema, información y disposición para facilitar o dificultar la gestión de citas y atención sanitaria. Esto crea una paradoja entre los discursos teóricos expresados tanto por las personas migrantes como por el personal de salud, y las dinámicas reales que se establecen en el contexto de la atención sanitaria (15,20,31).

Respecto a las limitaciones del estudio uno de ello es el alcance, en donde se restringe a la ciudad de Antofagasta en la zona norte de Chile; respecto al personal sanitario solo se incluye el nivel primario de salud y no los migrantes internacionales de todos los países de origen relevantes, aunque más del 70% de ellos son de países de la región y, además, todas eran mujeres. Estas cuestiones podrían afectar a la transferibilidad de los hallazgos, poniendo de manifiesto la necesidad de profundización en las prácticas sanitarias, con el fin de disminuir brechas entre aspectos teóricos-prácticos.

En conclusión, las barreras existentes en la utilización de los servicios de la Atención Primaria de Salud presentan componentes del sistema asociado a políticas y normativas que en las prácticas se relaciona a un segundo componente, el individual, en donde el personal funcionario y las personas migrantes estarían plasmados en las interacciones cotidianas durante el proceso de atención.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Esta investigación forma parte de la tesis doctoral del primer autor, en el marco del proyecto FONIS SA19I0066 ANID, Gobierno de Chile.

Bibliografía

1. International Organization for Migration. Migración y Salud [internet]. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/migracion-y-salud>

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los migrantes: Informe de la Secretaría [internet]. Ginebra: OMS; 2008. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/A61/A61_12-sp.pdf
3. Stefoni C, Jaramillo M, Urzúa A, Macaya-Aguirre G, Palma J, Bravo A, Díaz C. Informe Necesidades humanitarias Personas Venezolanas con ingreso reciente a Chile. COES [internet]. 2022 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://coes.cl/publicaciones/informe-necesidades-humanitarias-personas-venezolanas-con-ingreso-reciente-a-chile/>
4. Rojas P, Silva D. Hacia una comprensión de los procesos migratorios de mujeres colombianas que viven en Chile. Diarios del Terruño [internet]. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://www.revistadiariosdelterruño.com/macaya-aguirre-concha-de-la-carrera/>
5. Rojas N, Silva C. La migración en Chile: breve reporte y caracterización. Doc Player. es [internet] 2020 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/30174412-Lamigracion-en-chile-breve-reporte-y-caracterizacion-1.html>
6. Instituto Nacional de Estadísticas. síntesis de resultados censo 2017. Censo 2017 [internet]. 2018. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
7. Global Migration Data Portal [sede web]. Migration data portal [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://migrationdataportal.org/>
8. Larenas D, Cabieses B. Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: la respuesta del sector salud en Chile Cuad. Méd. Soc (Chile) 2019; 58(4):97-108. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4469>
9. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Calderón AC, 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. Revista del Instituto de Salud Pública de Chile [internet]. 2019 [citado 8 jun 2023]; 3(1). Disponible en: <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/49>
10. Córdova Rivera MG. La construcción social del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías Polis [internet]. 2012 [citado 8 jun 2023]; 31:523-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000100027&lng=en&nrm=iso&tng=en
11. Naciones Unidas. Migración [internet]. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
12. Hacia una comprensión de los procesos migratorios de mujeres colombianas que viven en Chile. Diarios del Terruño. [internet] 2020 [citado 8 jun 2023]; (9):70-87. Disponible en: <https://www.revistadiariosdelterruño.com/macaya-aguirre-concha-de-la-carrera/>
13. Campillay M. ¿Salud para todos? La Atención Primaria de Salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018 [internet]. Chile: Reaserch Gate; 2018. [citado 8 jun 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323855003_Salud_para_todos_La_Atencion Primaria_de_la_Salud_en_Chile_y_los_40_anos_de_Alma_Atta_1978-2018
14. Organización Internacional para las Migraciones. Migración internacional, salud y derechos humanos [internet]. 2013 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicati on_sp.pdf
15. Carreño A, Blukacz A, Cabieses B, Jazanovich D, Carreño A, Blukacz A, et al. "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. Salud colectiva [internet] 2020 [citado 8 jun de 2023]; 16:91-2. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652020000100091&lng=es&nrm=iso&tng=es
16. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLOS ONE 2015; 10(7):e0131483.
17. Benítez AF, Rubio CP, Miranda EV, Urzúa GZ, Veloso IE, Durán JL, et al. Equipo Asesor Sectorial de Salud Inmigrantes. Ministerio de Salud. Fonasa. Superintendencia de Salud [internet]. 2018 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
18. Cernadas A. La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos; desigualdades e inequidades. Madrid: Editorial Sistesis; 2010. p. 238-40.
19. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Pública de México 1992; (34):36-49.
20. Cruz-Riveros C, Urzúa A, Macaya-Aguirre G, Cabieses B. Meanings and Practices in Intercultural Health for International Migrants. International Journal of Environmental Research and Public Health [internet]. 2022 [citado 8 jun 2023]; 19(20): 13670. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13670>
21. Serrano G. Investigación cualitativa retos e interrogantes [internet]. Madrid: La Muralla S.A; 1994 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: https://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin_cualitativa.pdf
22. Salgado-Lévano C. Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del rigor metodológico y retos. [citado 8 jun 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/26001415/Investigaci%C3%B3n_Cualitativa_Dise%C3%B1os_Evaluaci%C3%B3n_del_rigor_metodol%C3%B3gico_y_retos
23. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo Malpica D, Universidad de Alicante. Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. Aquichan [internet]. 2012 [citado 8 jun 2023]; 12(3):263-74. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>
24. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [internet] 2003 [citado 8 jun 2023]; 34:5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
25. Cornejo Cancino M, Salas Guzmán N. Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. Psicoperspectivas Individuo y Sociedad 2011; 10(2):12-34.
26. Quintana A, Montgomery W (eds.) Psicología: Tópicos de Actualidad [internet]. Lima: UNMSM; 2006 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
27. Lorenzetti MI. Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas [internet] 2010 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1315>
28. Tapia AG, Cuadra J. Construcción psicosocial de la alteridad: racismo en México. Cultura y representaciones sociales 2013; (15):73-96.
29. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Pública [internet] 2018 [citado 8 jun 2023]; 42:e160. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49524>
30. Turner V. Selva de símbolos. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2020.
31. Vega CVZ, Campos MCG. Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. Salud & Sociedad [internet]. 2019 [citado 8 jun 2023]; 10(2):188-204. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludsociedad/article/view/3262>

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

encuentra
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Atención Primaria de Salud (APS); barreras de acceso a los servicios de salud; Derechos Humanos; migrantes; salud.



Contacta con los autores en:
 consuelocruzri@santotomas.cl