

DALE LA VUELTA:

SENSIBILIDAD, CONOCIMIENTO Y
HABILIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD
A PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

Andrea Avaria

María Isabel Zavala

Ilustraciones de Nicolle de Raucourt



*Dale la vuelta: sensibilidad, conocimiento y habilidades
en la atención de salud a personas migrantes en Chile*

Andrea Avaria

María Isabel Zavala

Primera edición: julio, 2022

Santiago, Chile

Ediciones Universidad Autónoma de Chile

<https://ediciones.uautonoma.cl>

© Universidad Autónoma de Chile

Avenida Pedro de Valdivia 425, Providencia

Santiago, Chile

Ilustraciones:

Nicolle de Raucourt (@neonatologiaenesquemas)

Coordinación editorial:

Isidora Sesnic

Corrección de textos:

Carolina Ugarte

Diseño y diagramación:

Antonia Sabatini

ISBN (versión digital): 978-956-6201-00-7

Registro de propiedad intelectual: 2022-A-6009

Este libro ha sido financiado por fondo interno Genera- Innovación 2019-006 de la Vicerrectoría de Investigación y Doctorados de la Universidad Autónoma de Chile.



Este material puede ser copiado y redistribuido por cualquier medio o formato, además se puede remezclar, transformar y crear a partir del material siempre y cuando se reconozca adecuadamente la autoría y las contribuciones se difundan bajo la misma licencia del material original.

Impreso en Chile | Printed in Chile

DALE LA VUELTA:

SENSIBILIDAD, CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

Andrea Avaria
María Isabel Zavala



MÁS UNIVERSIDAD

EDICIONES

Universidad Autónoma de Chile

ÍNDICE

Introducción.....	6
Presentación.....	10
Estructura del Manual.....	19
Guía de Aprendizaje Módulo 1	20
Guía de Aprendizaje Módulo 2	28
Guía de Aprendizaje Módulo 3	38
Anexos	49
Referencias.....	55
¿Quiénes somos?	62

INTRODUCCIÓN

La migración en el actual contexto mundial es un gran desafío desde distintos ámbitos. En salud, la evidencia científica coincide en subrayar que los problemas de la población migrante se ven determinados por los procesos migratorios (origen, tránsito y destino), por el desconocimiento del sistema de salud en los contextos de llegada y por las barreras sociales y de trato que se producen en la interacción al interior del sistema de salud.

Así, la interacción con las diversidades culturales evidencia las tensiones que se producen en lo cotidiano y en las instituciones. Creer que Chile es un país homogéneo impide observar estas diversidades como oportunidades y, en este sentido, hoy, en salud, se hace indispensable avanzar en prácticas que incorporen una perspectiva global.

Parte importante de las barreras sociales y de trato dan cuenta de problemas relativos a la comprensión del otro, al etnocentrismo y al

marco hegemónico desde el que se construyen las interacciones en el campo de la salud. Por lo general, en Chile actualmente se reproduce el modelo biomédico como si fuera un modelo único y universal, cuestión que entra en contradicción, muchas veces sin resolución, en los campos de ejercicio profesional y clínico.

Los procesos de formación profesional de especialistas en salud son indispensables a la hora de desarrollar e instalar capacidades técnicas y personales para una atención centrada en los sujetos, de carácter humanista y holístico. Se requiere, para una mejora en la pertinencia cultural de la atención en salud de personas migrantes, el fortalecimiento y el desarrollo de capacidades a nivel profesional, de modo de que se produzca una apertura a nuevas prácticas que consideren las adecuaciones, las cosmovisiones y diferencias culturales. El desafío de los campos clínicos es el traspaso, a profesiona-

les en formación, de sensibilidad, conocimientos y habilidades en la intervención de nivel primario y secundario con personas migrantes. Se espera que este traspaso de información sea un círculo virtuoso, es decir, que el estudiantado también sea capaz de compartir conocimientos y habilidades.

Las prácticas de salud permiten, de mejor manera, conocer las problemáticas de salud que afectan a la población usuaria, tanto nacional, como migrante, en contextos en que cuestiones como el curso de vida, el género y el origen social son relevantes. Estos marcos de formación, por cierto, no son ajenos al contexto general de la sociedad y de los centros de salud en particular que atienden a nivel primario y secundario, pues son parte de la red de salud y por ende implementan las políticas sociales de nivel nacional. Es por ello que resulta especialmente relevante detenerse a observar y responder: los y las profesionales que interactúan prin-

principalmente con población migrante, ¿cuentan con las competencias culturales necesarias para la construcción de un proceso inclusivo y pertinente dada las características y necesidades particulares de la población que atiende?, ¿la formación en salud de las nuevas generaciones de enfermeras/os, profesionales de la obstetricia y puericultura,

médicos/as, otros profesionales y técnicos, y equipos de salud en general, considera las competencias culturales necesarias para resolver las demandas de atención sanitaria de la población migrante?, ¿cómo se produce la interacción entre distintas cosmovisiones y culturas que se encuentran en la relación durante la atención de salud de la

población migrante?, ¿qué se requiere mejorar tanto en la formación de pregrado y de postgrado para incrementar las competencias culturales de los y las profesionales de salud que atienden a población nacional y migrante?

Este manual es una invitación a generar y orientar las prácticas en salud hacia el avance de los equipos de salud en competencias culturales de modo de establecer procesos base hacia la interculturalidad en salud. El presente documento surge a partir de los principales resultados del proyecto Genera Innovación 2019-006, fondo concursable de la Vicerrectoría de Investigación y Doctorados de la Universidad Autónoma de Chile (UA) denominado "Las oportunidades que abre la migración en la atención de salud en Chile: medición y promoción de competencias culturales de estudiantes de Enfermería y Obstetricia de la UA, y de las y los profesionales que apoyan la formación de especialidad en los centros de salud



de la red de campos clínicos de la UA”¹. En términos teórico-conceptuales y metodológicos, se trabajó con la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) que permite evaluar una puntuación global de competencias culturales y tres subáreas de (i) sensibilidad, (ii) conocimiento, y (iii) habilidades (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019). Este manual surge de la evaluación de las competencias culturales de estudiantes en práctica de Enfermería, Obstetricia y Puericultura en formación en la UA, sede Santiago y de los² equipos de salud de los campos clínicos.

Chile se ha planteado la política de salud e inmigrantes internacionales y ha trabajado la elaboración durante 2018-2019 del Plan Nacional de la Política Nacional de Inmigrantes Internacionales. Para el desarrollo de este se han diseñado una serie de indicadores que permitirían, a mediano y largo plazo, evidenciar las modificaciones a nivel asistencial, de modo de

mejorar, desde el sistema, las condiciones de atención y de acceso a derechos de la población migrante. Entre los indicadores se propone el incremento de establecimientos de salud que cuenten con personal de salud capacitado y competente culturalmente en temas de diversidades culturales. Del mismo modo, se valora el incremento de centros de formación técnica y profesional que incorporen el desarrollo de capacidades y habilidades para la intervención y atención sanitaria desde una perspectiva intercultural.

Como parte de sus compromisos, este proyecto de innovación se ha planteado un “set de herramientas” (el presente manual y un video) que posibiliten la adquisición de una mayor competencia cultural en las prácticas de atención de salud de las personas migrantes. La propuesta que acá presentamos esperamos sea acogida, utilizada y trabajada, tanto para mejorar procesos de revisión de la formación de pre y postgrado (y con ello, in-

crementar el acceso a derechos de las personas migrantes a través de la atención sanitaria), como para contribuir a revisar las prácticas de atención de salud que se producen a nivel nacional.

Les invitamos a “darle una vuelta” a las construcciones y representaciones del otro, y a los modos de comunicar e informar a las personas respecto de su salud o enfermedad. Les invitamos a discutir al interior de los equipos de salud respecto de las prácticas sociales y de salud, lo que como establecimientos o programas se realiza, o podría realizarse, para garantizar los derechos de salud de las personas considerando las condiciones y particularidades de las personas migrantes.

Los productos que proponemos como resultado y frutos de este proyecto creemos constituyen una invitación a los procesos de formación de pregrado de Enfermería y Obstetricia-Puericultura, a los equipos de salud y a la atención en general de población migrante en



los niveles primarios y secundarios. Pues la falta de formación de pre y post grado en relación a temáticas relativas a la diversidad, las dificultades que se producen en el marco de atención sanitaria de las personas migrantes y la presencia de prejuicios, xenofobia y racismo de parte de la población chilena (Avaria, 2018; Bernales, Cabieses, McIntyre y Chepo, 2017; Cabieses, 2019), repercuten en la atención de salud, en la eficiencia de los procedimientos, y en la resolución de procesos de atención oportuna y pertinente desde parámetros de las diferencias culturales asociadas a la salud y enfermedad.

Estamos convencidas de que esta propuesta aporta directamente al desarrollo de competencias culturales de profesionales de la salud, como también a la habilitación de mejores prácticas de los equipos de salud, en la medida que se reconocen las particularidades de los y las usuarias respecto del curso de vida, género, identidad

sexual, origen nacional y cultural o social, entre otras, y se reconocen las prácticas sociales y las cosmovisiones de los equipos. Como señalan varios autores, avanzar en esto potencia intervenciones en salud con pertinencia cultural (Bernales, Pedrero, Obach y Pérez, 2015; Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra, Silva-Fernández, 2019; entre otros).

Notas

- (1) Fondo concursable interno de investigación e innovación de la Vicerrectoría de Investigación y Doctorados de la Universidad Autónoma de Chile, adjudicado el 2019. Proyecto Genera Innovación 2019-006, adjudicado y realizado por el equipo conformado, en la dirección, por Andrea Avaria, Dra. en Antropología, y por Maria Isabel Zavala, Dra. en Psicología.
- (2) En el presente manual se utilizará, en algunos apartados, el uso del pronombre “los” con el único objetivo de realizar una síntesis del lenguaje, aunque se considera siempre que esta decisión incorpora en sí misma la inclusión con perspectiva de género de las mujeres y los hombres en todas sus expresiones diversas y disidentes.

PRESENTACIÓN

¿DE DÓNDE SURGE ESTA IDEA?

De acuerdo con la evidencia acumulada en torno al tema, las personas refieren diversas experiencias en torno a la atención y la relación con el sistema de salud. Algunas personas se sienten satisfechas y contentas por la atención recibida, otras dan cuenta de las dificultades para comprender cómo funciona el sistema de salud nacional y de experiencias de salud en que han enfrentado situaciones de discriminación de parte de otros usuarios del sistema o de funcionarios de salud, o respecto a diversas situaciones en que las personas no se sienten comprendidas en sus necesidades y particularidades. Por otro lado, tanto los equipos de salud, como quienes se encuentran en procesos de formación, en sus prácticas profesionales evidencian la necesidad de mejorar el conocimiento y habilidades para la atención de personas diversas, afirmando la necesidad de comprender de mejor manera cómo

son las experiencias de salud de las personas migrantes.

Como equipo, creemos que es fundamental mejorar las herramientas para avanzar hacia el reconocimiento de las necesidades y de las diversidades migrantes en el contexto de atención de salud. De esta forma, la migración se presenta como una oportunidad para mejorar la calidad y la oportunidad en salud, tanto de las personas migrantes como de la población chilena. Incrementar las habilidades que faciliten la comunicación, la información y la intervención es una oportunidad para el sistema, mejorando, a su vez, la calidad de trabajo de los equipos de salud en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible.

¿POR QUÉ USAR CÓMIC?

La posibilidad de aproximarnos a realidades cotidianas de las personas migrantes y de los equipos de salud puede abrir procesos de toma de conciencia y de sensibilidad que

favorezcan la búsqueda de información para la comprensión de las múltiples realidades de origen, de tránsito y destino que enfrentan las personas y sus familias durante el proceso de migración. En el contexto de este proyecto, la identificación del equipo de salud con las personas migrantes puede suceder a través del encuentro con la propuesta de ilustración que sostiene una primera y esencial etapa de este proceso: el reconocimiento de los “otros” y del “nosotros” y la identificación con los personajes que interactúan en cada una de las historias que se perfilan en el cómic. Este hito puede favorecer un proceso de empatía que resulta indispensable para el desarrollo de estrategias de innovación y cambio en las prácticas de salud sobre la base de derechos y desde un enfoque ético de reconocimiento del otro. Luego, en una segunda etapa, a través de la narrativa ilustrada del cómic, puede ser más fácil que los equipos de salud se sientan identificados no solo con los personajes,

sino que con sus vivencias también ilustradas en el material.

¿POR QUÉ UN MANUAL DE AUTOAPRENDIZAJE?

El autoaprendizaje es una oportunidad para administrar y potenciar los procesos de aprendizaje y transformación a través de la comprensión de conceptos, la internalización de procesos y el desarrollo de propuestas innovadoras hacia el desarrollo de competencias culturales en salud, a la luz de las reflexiones que invitamos a revisar a lo largo de este manual.

¿POR QUÉ DARLE LA VUELTA?

Por la necesidad de generar procesos que permitan a los equipos de salud el desarrollo de competencias culturales situadas, lo que implicará avanzar en procesos de sensibilidad, conocimiento y habilidades que facilitarán desde la singularidad de los territorios, personas,

cursos de vida, géneros, orígenes sociales, étnicos, culturales, etc., el desarrollo de estas competencias.

Darle la vuelta es una invitación a mirarnos y mirar desde el reconocimiento de los aspectos que intervienen en la relación, esperando que seamos capaces de observar desde estas aproximaciones.

¿DESDE DÓNDE INICIAMOS ESTA REFLEXIÓN?

La migración como determinante de la salud de las personas

En la actualidad, el fenómeno migratorio a nivel global está relacionado a la migración producto de guerras, procesos de





desertificación y conflictos políticos locales e internos de los países. Sin embargo, el impacto y la visibilidad de este fenómeno tiene un carácter global y de repercusiones múltiples.

De acuerdo con los datos en Chile, la migración se ha incrementado producto de la inestabilidad que han experimentado los países vecinos, principalmente, y por las condiciones que Chile –hasta antes del 18 de octubre 2019– ofrecía en términos laborales, principalmente. Si se revisan los datos del Departamento de Extranjería y Migración (DEM) y el Instituto Nacional de Estadística INE (2020), los cinco grupos migrantes principalmente provienen de: Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%). El incremento más significativo se ha observado en la población proveniente de Venezuela, que para el 2017, de acuerdo con los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen, constituía el 24,2%

de la población extranjera, mientras que, en 2015, solo representaba un 4,5% de esta población. Algo similar ocurre con los grupos provenientes de Haití, quienes incrementaron su presencia desde un 3,4% en 2015, a un 9,8% en 2017 (Godoy, 2020).

Los datos de DEM e INE (2020) indican que la población extranjera que reside actualmente en Chile está compuesta por 1.462.103 personas, es decir, un 7,5% de la población del país.

En su mayoría, quienes ingresan a Chile, corresponde a población femenina en edad reproductiva entre 15-29 años (34,6%) y entre los 30 y 44 años (36,1%). Cada grupo migrante presenta características diferenciadas y heterogéneas entre sí, por ejemplo, la población haitiana es predominantemente masculina (61,9%). Algo similar ocurre con la población venezolana (51,7%) y la población ecuatoriana (50,1%). Distinto es lo que ocurre con la población peruana y boliviana, que es predominantemente femenina (un

56,2% y un 59%, respectivamente) (CASEN, 2017). En cuanto a su ubicación, es en la Región Metropolitana donde se concentra una mayor población extranjera.

Respecto de las condiciones de pobreza y pobreza multidimensional, la evidencia indica peores condiciones de inserción social y condiciones estructurales para la población extranjera. De acuerdo a la CASEN (2017), el porcentaje de hogares que carecen de adscripción al sistema de salud es mayor en la población extranjera (21,2%) que en la chilena (4,6%). A su vez, un 32,2% de los extranjeros reconocen una carencia en el trato igualitario, en contraste con un 12,7% de la población nacional.

Si bien la población migrante es más bien sana y consulta poco al sistema sanitario, se evidencia que, en los egresos hospitalarios, las razones de este se deben principalmente a motivos asociados al parto y a accidentes, siendo esto último lo que afecta a la población

masculina. Las complejidades en el embarazo y parto se relacionan con el momento del ingreso a la atención sanitaria, por lo general, tardío, de las mujeres migrantes, quienes se enfrentan al desconocimiento del sistema producto de las diferencias con los sistemas sanitarios de los países de origen.

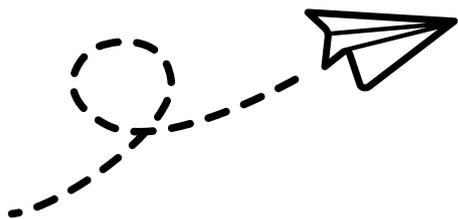
Cabieses, Bernaldes y McIntyre (2017) señalan que en la comuna de Recoleta se produce una brecha en relación al acceso tardío si contrastamos los indicadores entre nacionales (33,4%) y migrantes (66,5%). De acuerdo a Agar *et al.* (2017), respecto de los egresos hospitalarios, un 43,7% del total corresponde a población migrante y un 19,4% a población chilena. A su vez, se aprecian una serie de dificultades asociadas al trato, a las formas de resolución del parto (incremento de cesáreas en población migrante) y violencia que se experimenta en la atención del parto, por razones asociadas al origen nacional o a la condición de

migrantes de las mujeres (Avaria, 2019, 2018a, 2018b).

En la atención de salud de población migrante, las mayores tensiones se producen durante el embarazo, parto y crianza, especialmente en la interacción con población que proviene de orígenes nacionales y culturales muy distintos y desconocidos para la población chilena que les atiende. En estos contextos, la atención de salud se hace especialmente sensible, puesto que las experiencias previas en los países de origen determinan en gran medida lo que esperan los sujetos del sistema de salud en Chile. Al mismo tiempo, se producen una serie de diferencias en los marcos de socialización de las personas: diversas formas de parir, de cuidar y de criar, tensionan las interacciones al interior de los sistemas de salud y estas distintas formas de experimentar los procesos de salud se enfrentan durante la atención sanitaria (Avaria, 2019, 2018a, 2018b).

El modelo de atención y formación en salud en Chile

El modelo de atención y formación en salud en el país responde a una cultura que pone en el centro al sistema médico, el saber racionalista que separa cuerpo-mente y que es representado por el sistema médico occidental, sus ejecutores y el personal médico o profesionales de salud, quienes encarnan el conocimiento y el saber validado y hegemónico. Así, el modelo médico es un sistema y/o construcción cultural que es compartido entre las personas, quienes tienen una forma de entender el mundo, de cuestionar y resolver las preguntas; un paradigma o conjunto conceptual que se utiliza para entender y explicar la salud, enfermedad, la vida y la muerte (Citarella, 1995; Alarcón, Vidal y Neira, 2003). Como señalan Alarcón, Vidal y Neira (2003) el sistema médico es un conjunto organizado, de prácticas y procedimientos, y de elementos materiales, roles y normas.



Menéndez (2003) llamó a este conjunto de características el “modelo médico hegemónico”, el cual sienta sus bases en el biologicismo, la asociabilidad, la ahistoricidad, aculturación e individualismo, y en donde la eficacia y la orientación curativa se sostienen en una relación asimétrica y de subordinación médico-paciente. La relación de subordinación y de poder que conlleva el saber biomédico, supone una descalificación de los otros saberes y de los otros mecanismos de resolución de la salud. Se les subordina o se les considera no científicos, es decir, que no responden a las mismas racionalidades. Esto impacta directamente en la salud de las personas ya que no se consideran los aspectos culturales, las representaciones y las interpretaciones que subyacen a otras formas de entender la salud-enfermedad, desarticulando, por ende, la relación entre el sistema de salud, la comunidad y los otros determinantes de la salud de la población.

Por otra parte, no es posible solo considerar la enfermedad o el padecimiento como consecuencia de una problemática exclusivamente biológica. Kleinman (1997), Farmer (1999,1996) y Otegui (2000), entre otros, nos alertan sobre la necesidad de recuperar el significado moral del padecimiento, o el significado social de este, planteando que se requiere ampliar la comprensión médica de las formas de enfermedad, estableciendo la relación entre las experiencias de enfermedad con las formas de miseria, violencia y exclusión social. El dolor no es una expresión solamente fisiológica. Otegui (2000) señala que el dolor nos permite plasmar las relaciones sociales e históricas que significan sufrimiento, siendo este el síntoma que evidencia un malestar vital. De esta forma, la atención de salud requiere tener un enfoque en las posibilidades de alivio de este (Le Breton, 1999; Avaria, 2014, 2005). A su vez, según Kleinman (1999) y

Das (1996), a través del dolor lo que se busca es un reconocimiento social del proceso de individuación del sufrimiento social.

El entendimiento del dolor como algo más allá de lo fisiológico es un tema especialmente sensible en personas migrantes, como resultado de los procesos de exclusión social asociado a las experiencias de migración (Avaria, 2014, 2012). Así, la migración tiene manifestaciones y significaciones particulares que se manifiestan en los cuerpos de las personas migrantes (Avaria, 2018a, 2018b, 2013, 2012).

El malestar de la migración es representado y significado por la población migrante y está vinculado a la exclusión social, a la explotación laboral o institucional, y a los procesos relativos al racismo y la xenofobia que experimentan, especialmente aquella que tiene características físicas diferenciadas como rasgos u orígenes indígenas o negros (Tijoux, 2016; Liberona, 2012, Liberona y Mansilla, 2017).

El proceso de enfermar y/o sanar, como hemos afirmado, es un proceso biológico y también social. Es posible distinguir algunas diferencias en los significados de algunas maneras de nombrar la enfermedad en inglés. La palabra *disease* está asociada a enfermedad y signos interpretados y asociados a un diagnóstico específico; *illness* a un padecimiento relativo a construcciones culturales y simbólicas; y, *sickness*, referido más bien a las articulaciones ideológicas, políticas y económicas (Comelles y Martínez, 1993; Kleinman, Eisenberg y Good, 2006).

Good (2003) afirma que las construcciones de salud y enfermedad requieren ser revisadas en y durante la formación profesional, pues la biomedicina es una construcción cultural, un modelo cultural que aborda la salud-enfermedad. En la interacción diagnóstica las narraciones son fundamentales. El acercamiento al diagnóstico y a la evaluación de la salud de las personas,

a sus condiciones e interpretaciones, se producen a través de las narraciones que las personas realizan en torno a la enfermedad, el relato de sus familias e, incluso, del propio equipo médico y los agentes que se relacionan con estos procesos. ¿Qué ocurre cuando el/la profesional de salud y usuario no comparten los significados que permiten comprender la narración del otro en torno a la salud? ¿Son suficientes y adecuados los procesos de facilitación que ocurren en la atención de salud? ¿Pueden los equipos de salud estar más dispuestos y abiertos a narraciones distintas a las que están acostumbrados?

La interculturalidad como oportunidad

En Chile, la salud intercultural se instala como una forma de abordar la coexistencia de modelos de atención diferenciados, por un lado, el modelo biomédico hegemónico y, por otro, los modelos existentes, por ejemplo, desde los pueblos ori-

ginarios. En estos últimos, el ethos de cada pueblo determina las cosmovisiones, las interpretaciones de realidad y la resolución de los problemas de salud de las personas. El Programa Especial, Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del MINSAL, ha propuesto diversas estrategias que permiten, al interior del sistema, como en los procesos de formación en salud y de atención en salud, trabajar una resolución de la salud-enfermedad de la población consultante desde una perspectiva orientada a la interculturalidad, lo que implica el respeto de las diversidades culturales (Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra, Silva y Fernández, 2019). La interculturalidad es una práctica que requiere la transformación explícita del Estado (Avaria, 2008) y, por ende, un cambio en los paradigmas desde los cuales se aborda la atención de salud-enfermedad (Veliz-Rojas, y otros, 2019).

De acuerdo con lo que afirma Walsh (2012), se requiere un giro

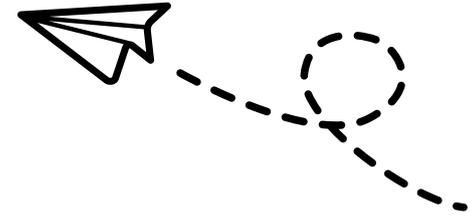
epistemológico. Debemos considerar que este no es solo discurso, sino lógica, es decir, un pensamiento que subyace en este, desde donde se construye un proceso de diferenciación en que se manifiestan las consecuencias de la subalternización. Dicho de otro modo, se evidencia y exterioriza la diferencia de posición de poder. Tanto el conocimiento como el pensamiento son constitutivos de los paradigmas y de las estructuras dominantes y pueden operar al mismo tiempo, descolonizando, cuestionando la universalización del pensamiento y, por ende, reconociendo los diversos núcleos o centros de conocimiento y de poder. Para Walsh, el proyecto intercultural no solo está compuesto de relaciones, sino que se requiere acceder a él desde la revisión de lo propio, es decir, desde la comprensión del lugar de subalternidad que se ocupa, de las políticas y de su georreferenciación, y del lugar de enunciación epistemológico desde donde se construye lo político y lo ético (pág. 69).

Existen enfoques que cuestionan los marcos institucionales, es decir, las estructuras institucionales, las políticas públicas y sociales, más abiertas o restrictivas, que permitirán o no la interacción desde las diferencias (Albó, 2004; Avaria, 2008; Walsh, 2012). Estos son parte de otras perspectivas que se sitúan en la institución sanitaria de preferencia o escolar, que permite la interacción, en y desde las diferencias, a partir de marcos de reconocimiento de las diferencias de poder y posiciones que cada uno ocupa en estos espacios. Perspectivas que cuestionan las estructuras que sostienen las desigualdades de poder y saber, y que permiten generar las transformaciones en los diversos niveles involucrando a distintos actores.

Interculturalidad y salud

Actualmente, la formación en Chile en las áreas de la salud se centra en el traspaso y reproducción de un modelo biomédico. Los siste-

mas de formación profesional no cuestionan, necesariamente, los marcos desde los cuales se produce conocimiento y formación de los y las especialistas en salud. Es justamente en este nivel que emergen una serie de interrogantes que se hacen indispensables de profundizar. ¿Las mallas y la formación de práctica, permiten el desarrollo de competencias culturales en el desarrollo de la formación profesional de enfermeras/os y obstetras?, ¿qué habilidades, conocimientos y sensibilidades se requieren para habilitar a los profesionales en formación de Enfermería y Obstetricia y Puericultura, en el trabajo e intervención con personas migrantes?, ¿están los equipos locales capacitados para el desafío de atender a los nuevos usuarios?, ¿los campos clínicos están traspasando o contribuyendo a la formación y el desarrollo de habilidades para intervenir desde las competencias culturales?, ¿es posible detectar algunos aspectos



que permitan identificar, desde el proceso formativo profesional y a través del contacto con la realidad y de los profesionales en formación, las competencias culturales que cuentan para el trabajo con población migrante?

Como afirman Pedrero, Bernal y Chepo (2019) “para lograr interacciones terapéuticas efectivas que consideren las diferencias culturales en salud es necesario que los trabajadores de salud posean ciertas capacidades específicas tales como las de reflexionar su propia cultura, incorporar una visión del contexto social y cultural en cada interacción, ser sensible y comprensivo frente a diferencias culturales, poseer capacidades de negociación en diferentes contextos y ser capaces de poner en marcha mecanismos adaptativos en diferentes situaciones” (p.13). Desde esta perspectiva es que se entiende la competencia cultural en salud.

Dado que la competencia cultural conlleva la modificación de las

habilidades, sensibilidades y los conocimientos, tanto del sistema, como de los y las profesionales, con ambos se requieren considerar los parámetros epistemológicos propios (cómo se entiende el poder, el mundo, la salud, enfermedad) y los del otro (usuario, migrante). Se deben develar las representaciones desde las cuales se construyen en relación a la migración y al otro, sean mujeres, hombres o niñas migrantes. Desde este marco, nos planteamos aportar con estrategias que posibiliten en distintos niveles de la estructura y en los sujetos profesionales y técnicos, el desarrollo de habilidades, capacidades y conocimientos que permitan, por un lado, la construcción de una línea de sostén para el establecimiento de relaciones en marcos éticos y, por el otro, el reconocimiento del otro, sus particularidades y diferencias. Esto, a través de acciones y prácticas respetuosas, prácticas profesionales e institucionales, y políticas y estructuras institucionales

donde la interrelación se sostenga en la interacción dialógica de los sujetos.

Reducir las disparidades de salud y lograr una atención médica equitativa es un objetivo importante cuando se considera que la población a atender presenta una diversidad de origen y cultura (Jeffreys, 2016; Truong, Paradies y Priest, 2014), y que la migración es un reconocido determinante social de salud en el mundo (Davies, Mosca y Frattini, 2010). Los actuales modelos de salud deben estar orientados hacia la inclusión cultural de los y las usuarios/as (Riya *et al.*, 2015). Varias investigaciones evidencian desigualdades en la salud, disparidades en la calidad de la atención, menores tasas de satisfacción y una percepción convincente de la entrega de servicios de salud culturalmente inadecuados para los miembros de grupos minoritarios (Carrasco-Garrido y Hernández-Barrera, 2007; Gallagher, 2015; Schouler-Ocak, 2015; Van Ryn y Fu, 2003).

Específicamente, en el caso de Chile, el aumento exponencial de la migración en los últimos años con su correspondiente diversidad cultural viene planteando desafíos que tienen relación con la garantía de acceso a la salud, así como a otros factores relevantes. Uno de ellos es la calidad de la atención, en la cual se hace necesario abordar el tema de las percepciones culturales de los equipos de salud a través de una capacitación, con el objetivo de lograr una mejora sustantiva en la intervención y la garantía de los derechos humanos de las y los usuarios (Armas *et al.*, 2018; Bernales *et al.*, 2017).

En esta línea, como se ha señalado, la competencia cultural es un componente esencial para la mejora de los accesos y la eficacia de los servicios de atención médica para personas de grupos étnicos diferenciados o personas con características raciales distintas (Campinha-Bacote, 1999; Truong, Paradies y Priest, 2014). Diversos

autores han propuesto instrumentos que permiten evaluar las competencias culturales y la puesta en práctica de formación considerando el enfoque cultural. Al respecto, los resultados de distintos estudios en la materia han puesto de manifiesto la relevancia de este tipo de investigación e intervención. Por un lado, se destacan resultados positivos, en particular respecto del personal de salud que recibe formación específica en competencias culturales (Bhui *et al.*, 2007; Fisher *et al.*, 2007; Henderson *et al.*, 2011; Truong, Paradies y Priest, 2014). En este sentido, Browne *et al.* (2012), identificaron que la incorporación de la competencia cultural en el ámbito de la salud mostraba importantes beneficios y repercusiones, en particular, una mejora en la igualdad en salud. Por su parte, Davey *et al.* (2014), dieron cuenta de un mayor grado de satisfacción en los y las usuarios/as; Weech-Maldonado *et al.* (2012) identificaron la mejora de la comunicación y un

mejor control del dolor; y, Saha *et al.*, (2013), un incremento en la adhesión a los tratamientos, cuestión que hoy en día, en el contexto nacional, implica un gran desafío. Otro aspecto relevante, “es que la incorporación de la competencia cultural se convierte en una oportunidad que se despliega en la apertura a nuevos conocimientos y a una mayor búsqueda de intercambio de información durante las visitas de atención médica” (traducción libre de las autoras de texto de Paez *et al.*, 2009, p. 1).

ESTRUCTURA DEL MANUAL

Módulo	Objetivos específicos	Contenidos
Sensibilidad y concienciación	<ul style="list-style-type: none">> Cuestionar los paradigmas desde los cuales enfrentamos la salud y la atención de las personas migrantes.> Comprender la dinámica de atención en la interacción de los equipos de salud con las personas migrantes.	<ul style="list-style-type: none">> Definición de sensibilidad y concienciación.> Migración como determinante de la salud.> Migración familias e infancias migrantes.
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none">> Comprender la migración como determinante de la salud de las personas migrantes.	<ul style="list-style-type: none">> Definición de conocimiento.> La salud como derecho.> Principales tensiones en torno a la salud sexual.> El género y la edad como determinantes de la salud de las mujeres.> Salud sexual y violencia.> Estigma de enfermedades transmisibles asociadas a población migrante.
Habilidades	<ul style="list-style-type: none">> Reflexionar y proponer el desarrollo de habilidades y propuestas de transformación de prácticas de atención de personas migrantes desde los equipos de salud.	<ul style="list-style-type: none">> Definición de habilidades.> Interculturalidad como estrategia de atención en salud.> Principales tensiones en torno a la salud reproductiva de la población migrante.> Nuevas prácticas de salud y atención de población migrante.

GUÍA DE APRENDIZAJE MÓDULO 1

SENSIBILIDAD Y CONCIENCIACIÓN

Objetivos específicos

- ◆ Comprender desde diversos contextos de atención e interacción la relevancia de la sensibilidad y reflexividad en los marcos de atención en salud de personas migrantes, de modo de potenciar procesos de cambio e interacción intercultural.
- ◆ Integrar en la práctica en salud, la relevancia de la sensibilidad y la concienciación para una aproximación intercultural con las personas migrantes en los contextos de atención de salud.

Concepto

Sensibilidad

La sensibilidad corresponde a la comprensión de las propias influencias culturales que afectan nuestras creencias, valores y actitudes. Se relaciona con la conciencia de nuestra herencia cultural, experiencias, reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos. Así como también con el respeto y valoración de la diversidad cultural (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019).

Síntesis de contenidos

Contenidos:

- ◆ Definición de sensibilidad.
- ◆ Familias en contexto de migración transnacional con perspectiva de género.
- ◆ Cuidados y condiciones para el desarrollo de niñas, niños y jóvenes como sujetos de derechos.

Trabajo de estudiante/profesional:

- ◆ Desarrollar el ítem de reflexiones, a modo de preguntas, en torno al eje de sensibilidad abordado desde las competencias culturales en este módulo.

SITUAR CONTENIDOS

En la experiencia con equipos de salud y profesionales de salud en formación nos hemos dado cuenta que, para el trabajo en salud con personas migrantes, se requiere sensibilidad en los equipos de salud.

¿Qué significa ser sensible culturalmente?

Ser sensible culturalmente implica que, para trabajar con personas migrantes, estamos invitados a hacer una revisión de lo que para nosotros significa el otro, las personas migrantes y las diferencias

que construimos en relación con este colectivo. Es decir, reconocer las imágenes que tenemos de la migración, las mujeres, hombres, niños/as y adolescentes migrantes, identificar las diferenciaciones (y el porqué) que hacemos en relación con el origen nacional o cultural de las personas.

Y las imágenes o ideas que tengo, ¿son iguales o diferentes de las ideas que las otras personas tienen de quienes migran?

Por lo general, las ideas, las construcciones del otro o la otra migrante son compartidas por las personas

en diversos espacios, en los lugares de trabajo, en los barrios, o en un país, y esto no quiere decir que sean correctas. Por el contrario, esto ocurre por razones culturales o sociales, es decir, reproducimos prejuicios o nociones respecto del otro migrante. Estas ideas generales o construcciones son diferentes en cada territorio, pero, en todas ellas, usualmente se producen construcciones equivocadas, centradas en lo racial, en la clase o en el origen nacional que son erróneas, pues no podemos asumir que las construcciones o prejuicios sean válidos por el solo hecho de compartirlos.

¿Y para qué sirve que yo, como parte del equipo de salud, sea sensible o consciente culturalmente?

Ser conscientes de los propios prejuicios (preconociones, ideas previas) en relación con otro nos permite comprender el origen de estos y las posibilidades que se abren (una vez reconocidos) para conocer las múltiples realidades que nos eran invisibles o desconocidas.

¿Cuáles son las ideas que tengo de las personas migrantes y/o sus familias, cuando atiendo?

Algunos estudios evidencian que las personas migrantes, en nuestro



contexto nacional, tienden a ser criminalizadas, especialmente quienes ingresan o tienen una situación irregular en el país. De acuerdo con Chepo (2021), la opinión de la población chilena sobre la población migrante se centra en algunas ideas como el “mérito” (en inglés, *deservingness*). La autora define al menos cuatro criterios que subyacen en la relación a las personas migrantes como condición para acceder a bienes públicos como es la seguridad social: “1) la identidad (ser considerado «uno de nosotros»); 2) el control (la responsabilidad individual de determinada condición); 3) la reciprocidad (cuánto se ha ganado el apoyo); y, 4) la actitud (gratitud por el apoyo brindado)”. Estos elementos interactúan además con la trayectoria migratoria de cada país, así como también con los antecedentes políticos e históricos que van determinando la presencia de diversos estigmas hacia ese grupo. En esta lógica, las personas inmigrantes muchas veces no son percibidas como cumplidoras de dichos criterios por ser consideradas responsables de su situación (han elegido emigrar), no ser “uno de nosotros” o percibir que tensionan la distribución de recursos” (Chepo, 2021, pág. 562).

La información referente a las percepciones de la población chilena en torno a la migración, de acuerdo con Active Research, muestra que un 95% de los entrevistados considera que la población migrante en el país ha aumentado, siendo esta una información ajustada a los datos actuales que dan cuenta de un incremento de la población, en particular en ciertos territorios (Monasterio-Blanco, 2019). Sin embargo, al ahondar en aspectos vinculados a posturas de la población respecto a este fenómeno social, un 57% considera que la migración debería disminuir, un 24% mantenerse en el nivel actual, un 11% no sabe y un 8% indica que debiera aumentar (Valdés y Serra, 2020).

Desde una perspectiva de identificación política de derecha e izquierda, declararon estar de acuerdo con la migración en un 46% y 45%, respectivamente, y quienes señalaron no tener una tendencia política alcanzaron el 24%. Respecto al ámbito laboral, un 35% de las personas encuestadas declaró que las personas migrantes suelen tomar empleos que las chilenas y chilenos no quieren realizar y un 70% considera que el Estado no debe otorgar Visa a las personas migrantes con trabajo en Chile y que han

entrado por pasos no habilitados. Junto con lo anterior, un 46% indica que prefieren que sean bienvenidas todas las personas migrantes que cumplan con los requisitos legales, un 28%, bienvenidas aquellas que aporten al país, un 10% solo turistas por un tiempo limitado y un 8% todas las personas que quieran vivir en el país. Un 6% de los encuestados señalaba que prefería que no entraran extranjeros al país y un 1% que no tenía una postura ante la pregunta. Por otro lado, un 38% considera que entre personas con nacionalidad chilena y extranjera existe un conflicto menor, un 37% un gran conflicto, un 17% que no existe conflicto y un 8% que no sabe (Valdés y Serra, 2020).

AUTORREFLEXIÓN COMO CAMINO AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES

Te invitamos a responder estas preguntas, de la forma más sincera y completa posible. Este ejercicio nos permitirá (auto)reflexionar en torno a lo que hacemos en salud y el lugar desde el cual nos situamos como enfermeras, desde la Obstetricia y Puericultura, como parte de los equipos de salud en la atención de personas migrantes.

* ¿Creo que hay un solo tipo de familia o que diversos tipos de uniones también pueden ser consideradas como familias?

* ¿Creo que una familia se configura cuando sus miembros residen en el mismo hogar o territorio, o cuando se mantienen los vínculos significativos entre sus miembros, aunque no residan en el mismo espacio o territorio?

* ¿Considero que las familias migrantes se enfrentan a mayores situaciones que las vulneran o que ponen en riesgo sus derechos, salud e integridad, y tienen, en menor medida, factores que los protegen?

* Cuando atiendo a una persona o familia migrante, ¿tengo algunas ideas previas acerca de sus características que considero son comunes a su pertenencia cultural, étnica o social de origen?

* ¿Reconozco las concepciones de salud-enfermedad que tienen las personas o las familias que atiendo?

* ¿Conozco las situaciones sociales que enfrentan o viven las personas y las familias migrantes que atiendo?

* ¿Identifico situaciones o determinaciones sociales que pueden afectar a las personas y familias migrantes que atiendo?

* ¿Comparo a las familias migrantes, sus creencias, prácticas y costumbres? ¿Me siento más cercana o más alejada de algunas de ellas?

* ¿He preguntado a las personas migrantes acerca de lo que hacen para mantener su salud y lograr la sanación de las enfermedades o problemas de salud que enfrentan?

* ¿Me he planteado incorporar en los procesos de atención de salud las creencias, prácticas y costumbres de las personas usuarias que asisten al sistema de salud?

Concretamente, en relación con los grupos familiares te proponemos un análisis integral que puede considerar:

- 1) Su contexto sociocultural (disponibilidad de las redes de apoyo social, relaciones interétnicas, hábitat, situación económica, trabajo).
- 2) Su contexto personal y familiar (configuración familiar, salud física y mental, trayectorias vitales, resignificación de historias



de vida, sistemas de creencias, afectividad y apego, autoeficacia, cuidados básicos, y pertenencia étnica y cultural).

- 3) El contexto de niñas, niños o jóvenes (su opinión y espacios de decisión, vínculos significativos en el país de origen y de destino, características propias de niños y niñas, salud, educación e integración con grupo de pares) (Cabrolié *et al.*, 2014).

MANOS A LA OBRA: ABRIRNOS AL OTRO, POTENCIAR LA SENSIBILIDAD Y LA CONCIENCIACIÓN

Las personas y las familias en contexto de migración transnacional, desde una perspectiva de género

¿Sabías que en América Latina los proyectos migratorios familiares son iniciados principalmente por mujeres –muchas jefas de hogar– y, en este camino, suelen contar con el apoyo de redes familiares, principalmente otras mujeres, como sus madres, en los países de origen? (Pedone y Gil-Araujo, 2016).

Cada persona y familia tiene una experiencia única de migración que refleja diversas trayectorias en sus vidas: personas que viajan solas, que dejan a sus familias en

el país de origen, que están acompañadas por su pareja, amigos o familias, o que viajan juntas como núcleo familiar (Correa *et al.*, 2020).

Se debe considerar que las mujeres migrantes son un grupo heterogéneo y la migración, para cada una de ellas, implica desafíos diversos según su pertenencia social, edad, formación educativa, etnia, redes de apoyo y procedencia regional (Correa *et al.*, 2020; Pedone y Gil-Araujo, 2016).

¿Sabías que las familias inician su proceso migratorio mucho antes de llegar al país de destino, cuando visualizan la posibilidad de residir en otro país y analizan los pros y contras de esta decisión? El proceso continúa con el tránsito hacia el país de destino, lo que implica el cruce de fronteras por diferentes vías: terrestre, aérea, marítima, paso fronterizo regular e irregular (Correa *et al.*, 2020).

Las familias siguen siendo familia, se mantienen unidas por lazos de cuidado, amor y/o también financieros, a pesar de la distancia geográfica que les separa (Correa *et al.*, 2020; Bryceson y Vuorela, 2002; González, 2016).

Las familias en procesos de migración se preguntan: ¿cómo podemos reorganizarnos en rela-

ción con nuestros vínculos y roles familiares?, ¿en qué nos parecemos y en qué somos distintos a las familias del país de destino?, ¿cómo experimentamos las tensiones de nuevas formas de ser y hacer familia en el país de destino respecto a nuestras creencias e identidad familiar?, ¿cómo apoyar a niñas, niños y jóvenes de nuestra familia?, ¿será posible concretar la reunificación con mis familiares? (Correa *et al.*, 2021).

Alguna vez te has preguntado ¿cómo cuidan en tu familia? ¿Cómo cuidas tú (en lo personal y profesional)? y ¿Qué aprendiste como equipo de salud, respecto al cuidado?

Todas las personas formamos parte de contextos culturales, sociales y de espacios relacionales que definen nuestras creencias y comportamientos. ¿Cuánto de nuestros propios marcos culturales y sociales les exigimos a las personas que atendemos? ¿Cuántos de estos consideramos que son superiores a otras formas de cuidado o son más valorados en términos de saberes?

Cuidados y condiciones para el desarrollo de niñas, niños y jóvenes como sujetos de derechos

¿Sabías que el cuidado de los niños lo pueden realizar diversas

personas significativas, además del padre y la madre, y que es fundamental la garantía de los derechos de niñas, niños y jóvenes y sus familias para un mejor desarrollo de este rol? (Convención Internacional Derechos del Niño y la Niña, 2010).

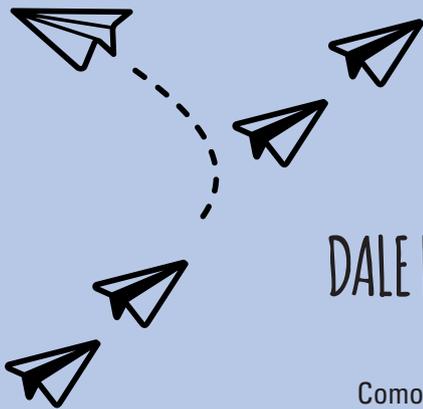
Quienes migran y tienen hijos/as en el país de origen ejercen un cui-

dado transnacional que trasciende la distancia geográfica y las fronteras del estado-nación. Para esto es fundamental favorecer los espacios de información respetuosa y preservación de los vínculos (Baldassar, Baldock y Wilding, 2007, citado en Pedone y Gil-Araujo, 2016).

La responsabilidad del cuidado en las familias que migran puede

verse tensionado por las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales del país de origen y de destino representado por la legislación e instituciones que promueven o dificultan el ejercicio del cuidado (Cabrolié *et al.*, 2014; González, 2016; Pavez-Soto *et al.*, 2020).





DALE LA VUELTA

Como parte de un equipo de salud, te sugerimos una actuación que en conjunto promueva un diálogo respetuoso y participativo entre las diversas personas, como mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes, personas mayores y familias migrantes, que dé cuenta de un trabajo personal de conciencia y de sensibilidad, y que evidencie un proceso al interior de los equipos de salud.

Inicia este proceso preguntándote, ¿desde dónde estoy atendiendo?, ¿cómo veo a la persona que atiendo?, ¿qué es lo que pienso de las personas que comparten origen social, de género, étnico, y de país?, ¿qué lugar le asigno a mi origen social, cultural, étnico y nacional?, ¿de qué manera reafirmo con el equipo, nociones o ideas sobre las personas que atiendo?

Escribe o proponte preguntas y reflexiones. Al respecto, ¿cuáles propondrías tú para continuar tu proceso de concienciación y sensibilización?, ¿cómo harías para invitar al equipo de salud con que trabajas, o que se forma contigo, para mejorar la conciencia o sensibilidad en torno a las personas migrantes, considerando el ciclo vital en que se encuentran?, ¿cuáles preguntas propondrías para que el equipo de salud continúe con la reflexión?

PARA SEGUIR AVANZANDO EN LA SENSIBILIDAD

Abarca-Brown, G. (2018). "¡Promueva el apego!": Sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de gobierno en Chile. *Bricolaje*, (3), 12-21. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589/53937>

Cabrolié, M., Sanhueza, L., Vásquez, M., Aburto, A., Mella, C., Rain, A. y Troncoso, J. (2014). *Modelo de evaluación de condiciones para la parentalidad-MECEP. En el marco de la política de protección de derechos de la infancia* [Archivo PDF]. http://www.fundacionlafrontera.cl/wp-content/uploads/2016/05/MODELO_DE_EVALUACION_DE_CONDICIONES_PARA.pdf

Correa, M-E., Cabieses, B. y Moena, O. (2021). *Guía para el cuidado de niños, niñas migrantes y sus*

familias en Chile con enfoque intercultural. Editorial Universidad Andrés Bello. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4564>

González, H. (2016). Las familias transnacionales ¿una tautología? Más allá de la dicotomía "distancia/proximidad geográfica". *Polis Revista Latinoamericana*, 15(43), 511-532. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682016000100024

Pavez-Soto, I., Galaz, C., Poblete-Godoy, D., Acuña, V. y Sepúlveda, N. (2020). Horizontes de la intervención con infancia migrante en Chile. *Rumbos TS*, (23), 9-40. DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.403>



GUÍA DE APRENDIZAJE MÓDULO 2

CONOCIMIENTO

Objetivo específico

- ◆ Promover el desarrollo de competencias interculturales vinculadas con la comprensión de las visiones de personas culturalmente diferentes, a través del acercamiento a las personas y grupos diversos, a la comprensión de sus orígenes sociales, culturales, y a la comprensión de los efectos de los estilos de comunicación y de las barreras institucionales que enfrentan las personas migrantes durante la atención de salud.

Concepto

Conocimiento

El conocimiento se relaciona con la comprensión de las visiones de individuos y grupos culturalmente diferentes. Incluye estar al tanto de nuestro impacto social, estilo de comunicación, el conocimiento sobre los grupos con los que se está en contacto, influencias sociopolíticas, inmigración, prácticas discriminatorias en la comunidad y efectos de barreras institucionales, entre otras (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019).

Síntesis de contenidos

Contenidos:

- ◆ Definición de conocimiento, Derechos Humanos, racismo, racialización, género, discriminación, interseccionalidad, derechos sexuales y reproductivos

Trabajo de estudiante/profesional:

- ◆ Desarrollar el ítem de reflexiones, a modo de preguntas, en torno al eje de conocimiento abordado desde las competencias culturales en este módulo.

SITUAR CONTENIDOS

El conocimiento de las personas migrantes a las que se atienden en los sistemas de salud en Chile es fundamental para quienes son parte de los equipos de salud.

¿Qué significa conocer a las personas migrantes que atendemos en salud?

Conocer implica aproximarnos a las personas, a las culturas, a las condiciones sociales, religiosas, étnicas y a los orígenes nacionales distintos, conocer también su proceso migratorio y la condición de regularidad y el impacto de este en las vidas de las personas. Es decir, es importante que conozcamos las diversas formas de entender el cuerpo, lo social, la idea de persona, de familia, de entender y practicar la salud, comprender la

enfermedad, sus causas y consecuencias personales, familiares y sociales, etc. Es importante identificar las tensiones que emergen en la interacción con un modelo y sistema de salud distinto al propio o al del país de origen. A su vez, conocer el trato, la valoración y las diversas maneras de relacionarse con las personas de acuerdo a la edad. De esta manera, implica adentrarnos en los modos de vivir de las personas, conocer los sistemas de salud en los países de origen, comprender los procesos de migración y las motivaciones que subyacen a estas decisiones y la participación de cada uno de los miembros de las familias.

¿Qué es importante que conozca de las personas migrantes y de sus contextos?

Con frecuencia creemos que los sistemas de salud y las lógicas de atención son únicos y universales. Pensamos, sin cuestionar, que todas las personas compartimos una similar forma de entender la atención, la salud y la enfermedad.

Pero los sistemas de salud son distintos en cada país y en cada realidad, confluyen diversos modelos de atención de salud. Uno de los modelos de salud es el biomédico, pero este modelo no es único, ni menos universal. En un mismo territorio pueden existir y confluir distintos modelos de atención de salud (popular, indígena, etc.)

Es importante también conocer cómo las personas migrantes se relacionan entre ellas, cómo construyen relaciones de confianza, de reciprocidad, de qué manera entienden las interacciones, el impacto que para ellas tienen las relaciones



familiares, sociales y comunitarias. Cuando interactuamos solemos interpretar lo que ocurre en la interacción desde nuestros propios parámetros y, por ello, podemos malinterpretar gestos, silencios, expresiones verbales, físicas, etc. Solemos creer que los modos de expresarnos son iguales para todas las personas, sin embargo, las expresiones de afecto, de dolor, de tristeza, alegría, etc., tienen manifestaciones que difieren de acuerdo con los orígenes culturales de cada una de las personas, lo que hace más compleja la interacción y la relación entre personas.

El conocimiento, ¿tiene que ver con nosotros y con el otro?

Es importante estar atentos y conscientes a los procesos que se producen en la interacción en salud. Es decir, identificar las influencias sociales, políticas, de género, etc., que pueden estar presentes e influir en las prácticas de salud. Considerar las decisiones que tomamos, lo que decimos, lo que dejamos de decir e incluso asumimos por sabido o comprendido.

Conocer implica reconocer en qué momento del ciclo vital individual y/o familiar y en qué momento del proceso de migración se en-

cuentran las personas migrantes, y de qué manera impactan las decisiones de política pública sobre ellas y sus familias. Reconociendo que el trabajo, las condiciones de regularidad, la relación con las familias, la vivienda, el cuidado, etc., determinan sus condiciones de salud.

Conocer los efectos de las barreras que enfrentan las personas migrantes en la interacción con el sistema de salud y sus implicancias en el bienestar, es fundamental para comprender lo que se hace necesario transformar en salud.

Evidenciar las prácticas de exclusión, el racismo, la xenofobia y la aporofobia (temor a la pobreza) como algunas de las principales barreras que enfrentan las personas migrantes, y reconocer el malestar que expresan las personas en los procesos de atención de salud, son indispensables para entender las necesidades de cambio al interior de los sistemas de salud. Esto permite, en particular, identificar qué y por dónde podemos mejorar como profesionales de la Enfermería, la Obstetricia y Puericultura, y como equipos de salud en general.

AUTORREFLEXIÓN COMO CAMINO AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES

A continuación, se comparten una serie de preguntas vinculadas a la dimensión de conocimiento de las competencias culturales.

* ¿Tengo conocimiento en salud con perspectiva intercultural?



* ¿Qué entiendo por salud y enfermedad?, ¿cuál o cuáles son los modelos de atención de salud que en lo personal utilizo más para resolver los problemas de salud y enfermedad?

* Las personas migrantes que atiendo, ¿qué entienden por *persona*?, ¿qué es el cuerpo para quienes

atiendo y para mí?, ¿qué entienden por salud y enfermedad?, ¿cuál o cuáles son los modelos de atención de salud que utilizan con frecuencia las personas que atiendo?

* ¿Conozco el sistema de salud biomédico y la estructura y funcionamiento de este en los países de origen de las personas que atiendo?

* ¿Me he preguntado si puedo explicar el complejo sistema de salud a una persona migrante?

* ¿Me he interesado por conocer acerca de los contextos sociales y culturales de la población usuaria extranjera con la que trabajo desde fuentes confiables (evidencia cualitativa o cuantitativa)?

* ¿Me he interesado en conocer los sistemas de salud de otros países, en especial, los vinculados a las poblaciones con las que trabajo?, ¿me he interesado en conocer las perspectivas culturales vinculadas a los países de origen con la población que atiendo, mediante la revisión de otras fuentes de información?

* En el centro de salud u hospital en el que trabajo, ¿se incorporan lineamientos orientados a mejorar la atención individual y el trabajo en equipo en relación con las necesidades y particularidades de la población usuaria migrante?

* En nuestras reuniones de equipo o en los espacios de derivación al interior del establecimiento de salud o en coordinación con otros profesionales, ¿realizamos



valoraciones conjuntas con y desde una perspectiva intercultural?

* Ante el escenario de haber trabajado con población migrante, ¿he tenido las siguientes ideas o prácticas en el contexto de la atención?

Considera que estas son una ALERTA, es decir, que, si respondemos afirmativamente a alguna de estas, debemos avanzar en procesos de conocimiento de las personas migrantes.

- 1) He considerado que la visión de la persona sobre su propia concepción de salud-enfermedad, creencias y prácticas son muy poco adecuadas y deben ser ajustadas, o las personas “deben adaptarse” a la atención profesional que se otorga en Chile.
- 2) He pensado que en nuestra cultura existen muchos más avances en materia de salud respecto a la realidad de la persona usuaria que se atiende en mi contexto laboral.
- 3) He considerado que las personas usuarias extranjeras suelen presentar más factores de riesgo propios de su condición, como pobreza, menor nivel educativo, creencias anticuadas,

entre otros, en comparación con la población chilena en general.

- 4) Creo que poco se puede hacer para cambiar su situación en cuanto a factores de riesgo y que será complejo cambiar sus posiciones en torno a la atención en salud.

Te invitamos a CONOCER a las personas migrantes que atiendes o que habitan en el sector en que trabajas. Profundiza, desde ellas/os, en sus cosmovisiones, en sus necesidades, en las barreras que enfrentan y cómo asumen conductas o decisiones en salud. Adéntrate en comprender de dónde vienen y lo que han vivido.

MANOS A LA OBRA: ABRIRNOS AL OTRO, POTENCIAR EL CONOCIMIENTO

Derechos Humanos, racismo, racialización, género, discriminación e interseccionalidad

¿Sabías qué, en virtud del derecho internacional, desde los Derechos Humanos, los Estados deben prohibir y erradicar la discriminación racial en todas sus formas y garantizar los derechos de todos y cada uno, ¿sin distinción de raza, color, ascen-

dencia u origen étnico o nacional? (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ACNUDH, 2020).

En el contexto de la atención en salud a personas migrantes es fundamental conocer y reflexionar sobre el racismo. Históricamente, este ha fundamentado el rechazo y la discriminación hacia ciertos grupos humanos, sobre la base del determinismo biológico, que sitúan a unos en la superioridad y a otros en la inferioridad y la negación (Curiel, s.f; Rojas *et al.*, 2015).

El racismo no es una simple actitud propia de los sujetos racistas y sus mecanismos psicológicos, sino que se inscribe en prácticas sociales concretas, en formas de violencia, desprecio, intolerancia, humillación y explotación, entre otras, que se justifican en la preservación de la identidad del “nosotros” y la “purificación social”. De esta manera, se constituye en una ideología con consecuencias sociales que atentan contra la diversidad y los derechos de las personas (Balibar y Wallerstein, 1991, p. 32).

¿Sabías que la racialización es el proceso mediante el cual los grupos son socialmente construidos como diferentes y desiguales en función de la construcción

de “raza”? “Esta construcción se intersecta con otros determinantes estructurales de salud, sexismo, discriminación por edad, clase social, diversidad funcional, xenofobia, homofobia y transfobia” (traducción libre de las autoras de texto de Crenshaw, 1989, citado en Hassen *et al.*, 2021, p. 2).

La discriminación racial es una violación a los derechos humanos e implica “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de

igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social” (ACNUDH, 2021, p.2).

Derechos sexuales y reproductivos

La ACNUDH (1995) declara que los derechos sexuales y reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas y las parejas a decidir libre y responsablemente acerca del número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones

relativas a la reproducción sin sufrir discriminación,

coacciones o violencia, en conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Ten presente que en los estudios de la sexualidad se aborda el sexo en tanto actividad social, es decir, buscan definir qué es sexo y qué no lo es, qué actores lo ejecutan, de

qué modo lo hacen y las razones y consecuencias sociales de todo ello (Guasch, 1993).

La sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se establece por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, y se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones (Fundación Huésped, 2021).

Conocer implica comprender no solo datos, sino procesos.

Salud sexual y reproductiva en mujeres haitianas

¿Sabías qué en Haití un 64% de las mujeres tiene su parto en casa? Esto se debe a diversos factores: los bajos ingresos de la población y el pago asociado a la atención en salud en el parto, así como a las dificultades de acceso debido a las distancias geográficas. Así, un 90% de los partos en domicilio, de acuerdo con Damus, son atendidos por las *Famn Chay* (comadrona), quienes acompañan a las mujeres en sus



procesos de salud reproductiva, y por los *Konsej Kominote* quienes tienen un rol de activismo social y político, con perspectiva de género. Estas últimas corresponden a organizaciones locales que promueven apoyos –como acceso a alimentos para la madre y su recién nacido/a– para disminuir las brechas que genera la desigualdad social en el país, en especial de las mujeres en sectores rurales. Todo esto permite evidenciar el empoderamiento social y cultural de las mujeres en Haití dada una importante representación de las mujeres y sus conocimientos ancestrales (Damus, 2017; Ministerio de Salud Chile, 2019; OPS y OMS, 2021; Simeunovic, 2018).

Violencia de género en mujeres y niñas migrantes

¿Sabías que la decisión de migrar de muchas mujeres y niñas en el mundo está vinculada a experiencias de violencia sexual y de género en su país de origen? La violencia puede continuar durante la migración, tanto en el tránsito como en el país de destino. La evidencia establece una relación entre la ausencia o baja calidad del empleo, la falta de dominio del segundo idioma (Maher y Segrave, 2018) y la escasez de capital humano con la

dependencia financiera y/o legal. A su vez, esta dependencia es un factor determinante en la ocurrencia de violencia sexual y doméstica (Segrave, 2017). Las denuncias de situaciones de violencia de género pueden verse limitadas por la desconfianza de las migrantes en los sistemas judiciales y de salud de los países de destino. La capacitación de los equipos de salud constituye una buena estrategia para disminuir la violencia hacia mujeres migrantes (citado en Granada *et al.*, 2021).

Salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe las/os jóvenes hacen frente a muchos obstáculos que los excluyen de los beneficios de la salud. Se estima que un 40% vive en la pobreza. La migración se puede considerar como un factor de riesgo cuando se intersecta con factores de vulneración social que se producen en los contextos de destino. La Organización de Naciones Unidas señala que la mayoría de las y los jóvenes tiene una percepción baja de riesgo personal en las relaciones sexuales inseguras y que el contexto social se configura como un marcador importante del grado de riesgo que

corren. Así, a mayor vulneración social, menor probabilidad de conocimientos básicos de anticoncepción y reproducción; más probabilidades de adoptar o experimentar conductas sexuales de riesgo; más probabilidad de tener relaciones sexuales transaccionales; menor capacidad de protegerse contra la coerción sexual, incluida la capacidad de consensuar la adopción de medidas anticonceptivas y de protección contra las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH (OPS y OMS, 2013).

La educación sexual y, en general, la preparación para enfrentar las relaciones afectivas, románticas y eróticas sigue siendo un tema pendiente en educación en Latinoamérica y el Caribe, con escasas experiencias de programas exitosos y duraderos. Siendo alguno de los desafíos, mejorar las políticas públicas, trabajar en el rol de la familia cuando limitan el acceso a un abordaje integral de estos temas, y fomentar la real participación de las y los jóvenes y la perspectiva de género como una herramienta de análisis de los marcos informativos heteronormados. Junto a esto, considerar estos desafíos como una posibilidad de ampliar la mirada (Rodríguez-Vignoli, 2017).

DALE LA VUELTA



Mientras más haya disposición a conocer las vivencias de las personas, las realidades de origen y los sistemas de salud, se producirá una mayor sensibilidad, y será posible elaborar estrategias diferenciadas para los procesos de atención de salud de las personas migrantes.

Principales desafíos desde una perspectiva de género y condición de migrante

Te proponemos una lista de chequeo, que podrás ampliar.

- ◆ Indago, en la anamnesis, respecto de las determinaciones sociales que pueden estar afectando la salud de las personas. Identifico el ciclo vital, el género, el origen social y me detengo a identificar las experiencias de racismo, sexismo, homofobia, transfobia o xenofobia que pueden estar afectando a las personas.
- ◆ Considero la opinión y la visión de la persona migrante que atiendo. La escucho activamente.
- ◆ Le pregunto cómo se siente en el proceso de atención que ha enfrentado.
- ◆ El equipo de salud y el establecimiento se orientan a revisar y mejorar los mecanismos que faciliten garantizar los derechos de atención de las personas migrantes.
- ◆ Conozco las experiencias de atención de salud y los sistemas de salud en origen para poder identificar lo que las personas esperan o buscan del sistema de salud en Chile (conocer permite adaptarse y entender lo que sucede. Por ejemplo, ¿por qué las personas consultan (más) al sistema de salud terciario?, porque no comprenden o desconocen el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud, APS, o las estrategias de prevención).
- ◆ He desarrollado estrategias para reforzar la salud sexual y reproductiva a través del trabajo con otras mujeres, abordaje de pares o desde la comunidad o los referentes propios (culturales, sociales, etarios, identidades sexuales, etc.).



- ◆ Diseñamos estrategias adaptadas a las necesidades y particularidades de las personas y grupos migrantes que atendemos de modo de asegurar la consulta por infecciones de transmisión sexual (ITS), anticoncepción, enfermedades transmisibles durante el embarazo, salud reproductiva, etc. No solamente traduciendo la información, sino adaptando la información a las necesidades y características de cada grupo (contrasto y pregunto si lo que quiero decir es comprensible).
- ◆ Valido la experiencia previa de las personas migrantes. Tanto en salud, como en relación a las enfermedades, me adentro en su conocimiento para comprender desde dónde y por qué enfrenta la salud o la enfermedad de determinada manera.
- ◆ Comprendo las problemáticas relativas al acceso a salud, comprendo las razones que están a la base de una consulta tardía, el abandono de los tratamientos, o la no consideración de riesgo asociada a una determinada problemática de salud.
- ◆ Construimos alianzas y trabajo intersectorial e intrasector, de modo de favorecer el apoyo a las mujeres, el cuidado y la protección de la salud, y la salud sexual de las y los adolescentes y de poblaciones claves, de modo de evitar condiciones que determinen el incremento de riesgo de abuso sexual, de violencia y de sexo transaccional.
- ◆ Como equipo de salud, promovemos relaciones y prácticas de atención libres de estigma, prejuicios y racismo.
- ◆ Somos conscientes de las construcciones de género y racialidad que reproducimos a nivel social y que recaen en las mujeres, principalmente en mujeres afrocaribeñas, así como construcciones que recaen sobre los hombres migrantes, tanto la sexualización de estos, como la construcción de ellos sobre los ejes de machismo y abuso. Evitamos la reproducción de estas construcciones.

PARA SEGUIR AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO

Avaria, A. "El parto (no) es cuestión de mujeres". (2018). Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica. Universidad de Academia de Humanismo Cristiano*, (2), 130-159. <http://revistas.academia.cl/index.php/academiaycritica/issue/view/128>

Avaria, A. (2020). Intersecciones y diferencias entre las experiencias de parto de mujeres migrantes en la atención de salud pública en Santiago de Chile. En Avaria, A. Cabieses, B. Obach, A. (Edit). *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp. 131-178). Ediciones UA- RIL.

González, R., Neira, J., Daza, P, Nien, J.K, Oyarzún, E., Piedra, Daily, y Velozo, L. (2019). La paradoja de la

inmigración: las madres haitianas y latinoamericanas en Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(6), 449-459. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600449>

Ortiz, J., Diaz, M., Araya, M., Quiroz, J., Carroza, B., Pavez, J; Gutierrez, J. y Binfa, L. (2019). Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Midwifery* (75), 72-79. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613819300919>

El trabajo comunitario es una estrategia fundamental para la mejora de indicadores de cuidado en relación a la salud reproductiva, y la crianza en la primera etapa de la infancia. Te invitamos a mirar <https://www.youtube.com/watch?v=UkqvMwdjScc>



GUÍA DE APRENDIZAJE MÓDULO 3

HABILIDADES

Objetivo específico

- ◆ Proponer estrategias específicas que permitan a las y los integrantes de los equipos de salud desarrollar prácticas competentes culturalmente.

Síntesis de contenidos

Contenidos:

- ◆ Definición de habilidades
- ◆ Intervención horizontal
- ◆ Ética
- ◆ Comunicación verbal y no verbal
- ◆ Habilidades blandas

Trabajo de estudiante/profesional:

- ◆ Desarrollar el ítem de reflexiones, a modo de preguntas, en torno al eje de habilidades abordado desde las competencias culturales en este módulo.

Concepto

Habilidades

Este concepto se entiende como el desarrollo de competencias de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Se relaciona con las maneras de adaptar las intervenciones a los diferentes receptores y contextos culturales de los que provienen. Contar con habilidades en este contexto implica practicar diferentes estilos de comunicación verbales y no verbales, y adoptar formas de disminuir los prejuicios y discriminación en las prácticas de atención de salud. Supone familiarizarse con investigaciones relevantes sobre grupos raciales o étnicos, y otras asociadas a la población migrante con que se relacionan los equipos en cada establecimiento según los distintos territorios (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019).

SITUAR CONTENIDOS

¿Qué significa desarrollar habilidades que me hagan más competente culturalmente?

Como profesionales de la salud, como enfermeras y profesionales de la Obstetricia y Puericultura, entre otros, desarrollamos metodología disciplinar y estrategias de intervención que son específicas a cada profesión o a cada función al interior del sistema de salud. Sin embargo, tener habilidades culturales para el trabajo en salud con personas migrantes implica un desafío y el desarrollo de prácticas de atención

conscientes: qué hacemos, qué decimos, cómo lo decimos y cómo lo hacemos, lo que omitimos o dejamos de hacer que, como hemos visto, implican el desarrollo de sensibilidad, es decir, un hacer reflexivo que involucre el reconocimiento del otro (persona migrante) en y desde las diferencias y particularidades. Conlleva pensar el hacer y el sentir en la interacción en salud, esto es, cuestionar nuestras propias cosmovisiones, reconocer las lógicas de intervención, etc. Desde el componente ético, significa reconocer al otro desde su legitimidad.

Hacerse más competente culturalmente implica abrirnos a

otras formas de comunicar, y esto no solo es un desafío que considere la comprensión idiomática del otro, sino, como hemos visto en los módulos anteriores, constituye una adecuación de los modos en que informamos, comunicamos y educamos a las personas migrantes. Es la oportunidad de incorporar otras prácticas de intervención en salud y nuevas y distintas formas de entender la salud, la enfermedad, el dolor, los afectos, los cuidados, etc. Asimismo, permite incorporar otras maneras de comprender el cuerpo, la sexualidad, la reproducción, el cuidado, la satisfacción de necesidades básicas, etc.

¿Todo el equipo debe ser competente culturalmente?

La interculturalidad es una oportunidad para revisar nuestras cosmovisiones, descentrarse, descolonizar las formas de entender la salud y la sanación, es decir, abrirnos a cuestionar nuestras prácticas, comprender que el modelo de salud biomédico es uno entre varios modelos de salud y que podemos trabajar de forma activa y preventiva con las personas, con la comunidad, etc.

Los equipos pueden avanzar en desafíos que, desde la



implementación de los programas y la atención de salud, impliquen la incorporación del otro, el desarrollo de otras formas de hacer, la anexión de personal de salud a los equipos para mediar culturalmente. Es decir, que podamos ser capaces, como equipos de salud, de comunicar desde cosmovisiones distintas los procesos de salud, en consonancia con los ciclos vitales, el género, las identidades sexuales, las diversidades culturales, étnicas, etc. La comunicación, como hemos visto, se abre a través del reconocimiento, por medio de la adecuación del ejercicio profesional e institucional, de modo de garantizar la atención de salud de las personas.

AUTORREFLEXIÓN COMO CAMINO AL DESARROLLO DE COMPETENCIAS CULTURALES

Reflexionemos:

- * ¿En mis atenciones profesionales mantengo un espacio de escucha activa con las usuarias y usuarios?
- * ¿En mis atenciones profesionales mantengo una comunicación verbal y no verbal que refleje un interés genuino en lo que me está

compartiendo el/la usuaria/o? Por ejemplo, ¿miro a los ojos a la persona, mi postura corporal es relajada pero atenta y se encuentra en dirección hacia la persona, repito parte de lo escuchado, pregunto y me intereso por lo que dice?

- * En las atenciones profesionales, cuando la/el usuario me señala alguna información que difiere de mis propios marcos culturales y/o formación profesional, ¿intento responder con empatía, es decir, sin emitir juicios negativos o de negación de las otras visiones?
- * ¿Considero ofrecer un espacio para que usuarias/os puedan expresar sus expectativas en relación con el proceso de atención en salud?
- * ¿Me planteo en mis metas y/o objetivos terapéuticos de atención la incorporación del contexto cultural (creencias, costumbres y prácticas sociales) de las/os usuarias/os?
- * ¿Registro en la ficha clínica antecedentes que desde la persona migrante resultan relevantes? Por ejemplo, ¿cómo siente y describe su malestar y padecer, su situación de salud o los aspectos que desde

su vida cotidiana explican la razón de la consulta?

- * ¿Me esfuerzo por incorporar y establecer desde una relación dialógica en las atenciones, aspectos de la cosmovisión de la usuaria/os sobre los procesos de salud-enfermedad?
- * Cuando explico a la persona usuaria su tratamiento médico, ¿me esfuerzo por establecer un proceso comunicativo que no niegue la creencia de la persona, pero en el que, con palabras mediadas culturalmente, pueda incorporar una explicación distinta a la que se elabora desde el modelo biomédico?
- * ¿Me reconozco como parte de una diversidad?



MANOS A LA OBRA: ABRIRNOS AL OTRO, POTENCIAR LAS HABILIDADES

Creemos interesante poder aportar algunos ejemplos de prácticas de intervención en salud que son propuestas inclusivas y que tienden a la interculturalidad desde diversas problemáticas de salud y desde distintos territorios.

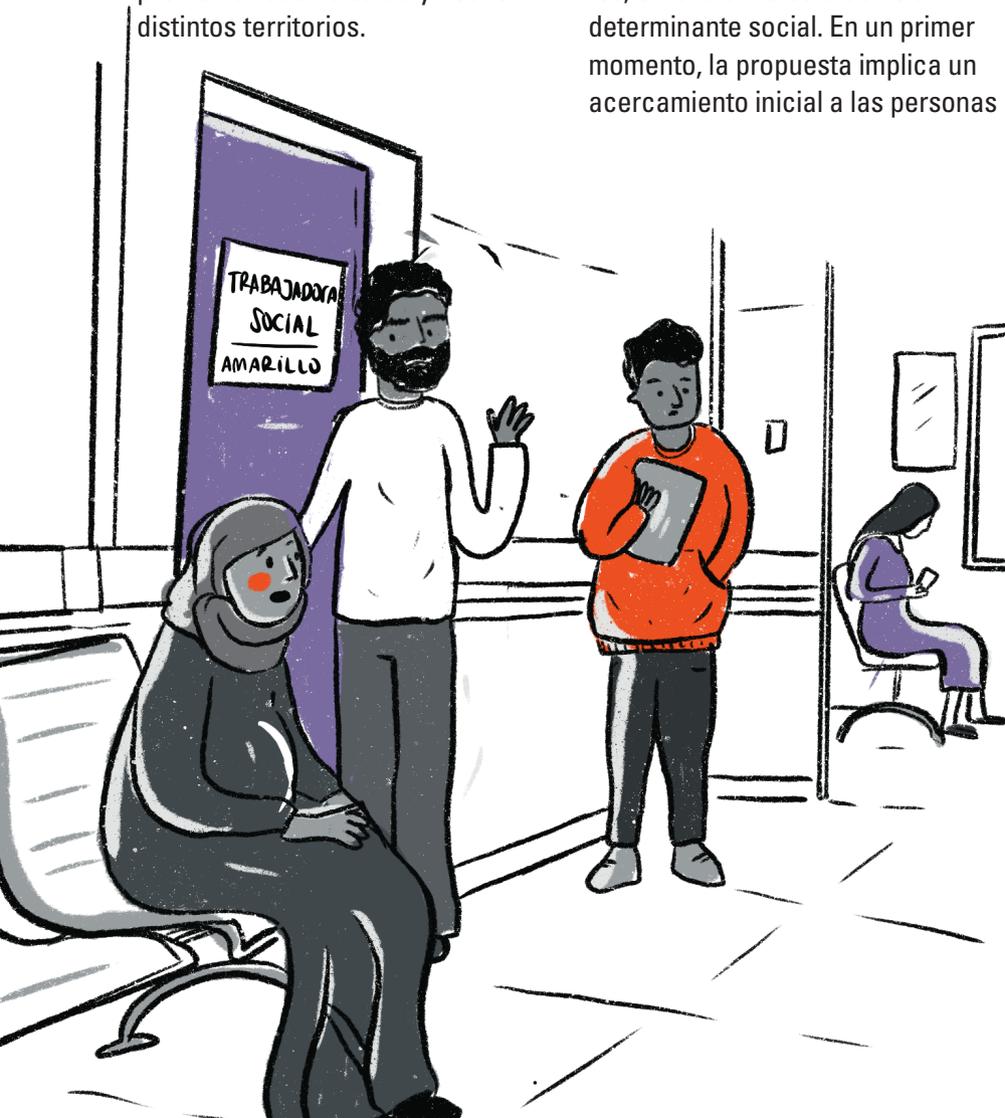
Modelo de intervención en salud con personas migrantes, “programa de atención inicial a migrantes internacionales”, Quilicura, Región Metropolitana de Chile

El “Programa de atención inicial a migrantes internacionales” constituye una estrategia de acercamiento y acogida de personas migrantes, entendiendo esta como un determinante social. En un primer momento, la propuesta implica un acercamiento inicial a las personas

migrantes, de modo de evaluar las condiciones de salud de las personas, las familias y su derivación, desde la Atención Primaria de salud (APS), a centros de especialidad en caso de necesidad. El programa considera como fundamental revertir las barreras que se observan en el sistema de salud y que se relacionan con el desconocimiento del sistema de salud. Propone una intervención de acogida y entrega de información específica.

Esta propuesta ha sido sintetizada en el capítulo desarrollado por Sofía Astorga, donde revisa los modelos de intervención en salud y propone un modelo de intervención específico para la acogida de población migrante. Les invitamos a revisarlo ya que en él encontrarán el modelo, las acciones y los momentos y contenidos que se pueden realizar desde la evaluación inicial de la salud de personas y familias migrantes.

Astorga, S. (2020). Comunidad migrante y el sistema de salud primario. El caso del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales. En *Salud y migraciones: relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy*. Avaria A., Cabieses, B., Obach, A., Santiago: RIL editores-



Universidad Autónoma de Chile, p. 69-108. ISBN: 978-956-01-0841-8

Libro y capítulo completo disponible en: <https://repositorio.uautonoma.cl/handle/20.500.12728/8151>.

Paciente experto (enfermedades infecciosas transmisibles), Barcelona-Cataluña, España

La Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes, en Barcelona, desde el 2011 inició el Programa Paciente Experto Cataluña® (PPE-CAT®) con personas con Chagas. Esta iniciativa, a través del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad, propone el manejo de las enfermedades crónicas a través de la autorresponsabilidad y el autocuidado de las personas afectadas y de los cuidadores. El programa cuenta con una guía metodológica y material educativo que han sido ajustados y revisados por personas afectadas y que desarrollan trabajo comunitario. También ha sido revisado por el equipo de salud y se acompaña con evaluaciones del proceso.

“Un rol activo de las personas afectadas, donde los cuidados de salud participativos son claves para la gestión sanitaria del presente y el futuro de las enfer-

medades crónicas, suponiendo una nueva aproximación a la asistencia en salud. La intervención de programas como este promueve el desarrollo de un colectivo (las personas afectadas) a través de su participación para transformar la situación de una manera activa, capacitando y empoderando al colectivo para favorecer la autogestión de su situación de salud. Esta estrategia combina el consejo experto científico, el consejo emocional y la experiencia práctica”

Disponible en: <https://beatchagas.info/estrategias/seguimiento/paciente-experto/>.

Se puede revisar el resumen del material y videos en relación a la experiencia en: <https://beatchagas.info/estrategias/seguimiento/paciente-experto/>

Artículo relacionado a la experiencia: Claveria Guiu, I., Caro Mendivelso, J., Ouaarab Essadek, H. *et al.* (2017). The Catalanian Expert Patient Programme for Chagas Disease: An Approach to Comprehensive Care Involving Affected Individuals. *J Immigrant Minority Health* (19), 80–90. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-016-0345-y#citeas>.

Buenas prácticas en salud y salud reproductiva y sexual de personas migrantes

Respecto de las buenas prácticas de salud con personas migrantes, Priebe *et al.* (2011, citado por Astorga, 2020) plantean diez puntos para identificar buenas prácticas en relación a la salud de personas migrantes:



- i) Atenciones basadas en los derechos humanos
- ii) Atención centrada en los usuarios
- iii) Preocupación por la interculturalidad
- iv) Confidencialidad
- v) Organización y flexibilidad
- vi) Interpretación lingüística adecuada

- vii) Educación y entrega de información atingente y completa
- viii) Continuidad de la atención
- ix) Colaboración con personas del CESFAM
- x) Relación dentro del equipo del Programa de Atención Inicial a Migrantes

Astorga, por su parte, propone un documento de compromiso y adscripción a buenas prácticas para ser comprometidas y cumplidas al ser firmado por cada uno de los participantes del equipo.

Astorga, S. (2020). Comunidad migrante y el sistema de salud primario. El caso del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales. En Avaria A., Cabieses, B., Obach, A. *Salud y migraciones: relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy*. Santiago: RIL editores- Universidad Autónoma de Chile. P. 69-108. ISBN: 978-956-01-0841-8.

Libro y capítulo completo disponible en: <https://repositorio.uautonoma.cl/handle/20.500.12728/8151>.

Promoción de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes

Una experiencia que pone en el centro el desarrollo de buenas prácticas en relación a la salud

sexual y reproductiva de las y los jóvenes es el manual “Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Reproductivos de Adolescentes”, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Esta guía recoge experiencias (lecciones aprendidas) y reconoce a las juventudes como sujetos sociales, políticos y con derechos, considerando que el avance en estas áreas es fundamental y determinante para su desarrollo humano. El documento presenta, por un lado, una propuesta de evaluación de las experiencias que permite avanzar en el reconocimiento y logro de los derechos y, por otro, aborda diversas experiencias que, sobre la base del conocimiento, la adaptación en los espacios escolares y comunitarios, y desde la comunicación social, permiten avanzar en una equidad y en buenas prácticas en la promoción de la salud sexual y (no)reproductiva de las y los adolescentes en el continente americano.

Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/buenas-pr%C3%A1cticas-en-promoci%C3%B3n-de-salud-sexual-y-reproductiva-y-derechos-reproductivos>.



Facilitadores y mediadores interculturales en Chile

La experiencia de facilitación intercultural ha sido estudiada a través de una aproximación cualitativa y exploratoria descriptiva, a través de un estudio de caso en dos comunas de la Región Metropolitana de Chile (Quilicura y Santiago), por medio de entrevistas a actores

claves como autoridades sanitarias, equipos de salud, facilitadores interculturales y personas migrantes. En el estudio se indagó en la percepción que diversos actores tenían en relación al rol de facilitadores interculturales en la atención de salud a personas migrantes haitianas en estas comunas. Los resultados del estudio destacan que la traducción, la interpreta-

ción, la educación respecto del sistema sanitario, la mediación y las labores administrativas son componentes del rol de los facilitadores interculturales. El aporte de estos en los procesos de encuentro intercultural en salud es fundamental, especialmente para resolver las diversas realidades lingüísticas y socioculturales que enfrentan las personas migrantes en la atención sanitaria.

Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n4/592-600/>.



Curso de capacitación de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en habilidades interculturales con población haitiana. Plan de capacitación virtual/presencial para los equipos locales de salud. Particularidades clínicas, epidemiológicas y culturales de la población haitiana en Chile. “Sensibilización de equipos de salud para el acceso y atención de población haitiana en Chile: una mirada desde la interculturalidad”.

La OPS insta a sus Estados Miembros, a través de la resolución CD55.R13 “La Salud de los Migrantes”, a abordar, a través de políticas y programas, las desigualdades de salud que afectan a los migrantes y a la reducción de los riesgos de salud sobre la mejora de marcos normativos y legales. Promueve, sin importar el estatus migratorio, la garantía de derecho a salud de quienes migran.

Los gobiernos de Chile y Haití, desde 2017, han establecido lazos para el mejor acceso y atención de las personas migrantes en el país. En 2018, entre ambos países se estableció como prioritaria la mejora de acceso a salud y el uso de los servicios de salud, considerando primordial la mejora de las capacidades de los equipos de

salud, en este ámbito subrayando la necesidad de crear estrategias y habilidades que permitan, sobre la base sociocultural, la adaptación de los sistemas de salud.

A través de las orientaciones sobre migración y salud planteadas por la OPS, el 2019 se propuso un plan de acción para abordar las necesidades de salud de las personas migrantes a nivel país, mediante convenios bilaterales para el trabajo en conjunto en áreas fronterizas y de transición, y mecanismos e iniciativas subregionales. En el plan se establecen cinco líneas estratégicas: 1) vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo; 2) mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante y la de acogida; 3) mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación; 4) fortalecer las alianzas, las redes y los marcos multipaís con el fin de comprender el estatus y promover y proteger la salud de los migrantes; y, 5) adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover y proteger la salud y bienestar de los migrantes.

La capacitación aborda las particularidades clínicas, epidemiológicas

y culturales de la población haitiana en Chile, con el fin de facilitar el acceso y la atención de salud, sobre la base del cuestionamiento de los paradigmas que se sostienen en las intervenciones. En los contenidos de este plan de acción se revelan las condiciones de vida y de acceso a salud que la población haitiana enfrenta en origen y se reconocen las condiciones de vulnerabilidad social y económica relacionada a los procesos de migración. Junto a esto, se abordan los determinantes sociales y las barreras del sistema de salud que dificultan el acceso y el adecuado uso del sistema de salud y, se profundiza en la salud sexual y reproductiva, así como enfermedades relacionadas con el trabajo y enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS), el choque cultural, etc.

El curso busca que las y los profesionales de salud de Chile se sensibilicen en relación a las condiciones de desigualdad que determinan la salud de personas migrantes haitianas.

Disponible en: <https://cursospaises.campusvirtuales.org/course/index.php?categoryid=43>.



DALE LA VUELTA

La apertura de la sociedad a la recepción de migrantes implica un cambio en las lógicas de acogida en el país de destino en ámbitos como lo laboral, territorial, acceso a los sistemas de vivienda, educación, salud, seguridad social, etc. Las determinaciones sociales se constituyen en barreras en la medida que no se producen procesos estructurales y sociales de inclusión. Las representaciones del *otro*, de la persona migrante, determinan las prácticas cotidianas, es decir, a quien le abriremos o cerraremos la puerta, a quién atenderemos y cómo.

Los prejuicios respecto del *otro* están relacionados a su origen nacional, a su origen étnico, de clase y también al género, de edad, a las identidades sexuales. Esto se hace más evidente cuando hablamos de poblaciones que tienen un origen étnico (indígena), racial (afrodescendiente) o nacional que determina ciertos privilegios o, por el contrario, estigmatización, y por tanto exclusión social, económica y laboral (por ejemplo, socialmente se construyen ideas sobre trabajos que se definen, erróneamente, en función del origen nacional, racial o étnico de las personas).

Compartimos, como sociedad, valoraciones de las personas que provienen de otros países, de otras culturas, condiciones sociales, o identidades de género distintas. Estas construcciones sociales se reproducen en la estructura de salud, a través de prácticas de salud-atención y se validan equivocadamente. Estas malas prácticas, o prácticas de exclusión, se instalan como barreras objetivas y subjetivas, impactando en la salud e inclusión social de las personas migrantes en los diversos contextos y territorios (Avaria, 2017, 2015).

PARA SEGUIR AVANZANDO EN LAS HABILIDADES

Cómo ir hacia nuevas propuestas para el desarrollo de habilidades

El qué

Para identificar qué es relevante modificar en el proceso de atención de salud será importante:

- ◆ Reconocer los espacios de tensión en la atención de salud de las personas y evidenciar el malestar que se recoge en los reclamos y sugerencias de las OIRS. ¿Qué dicen los reclamos o la valoración que las personas hacen del sistema de salud y de la atención de salud? Respecto al malestar que refiere el equipo de salud, ¿qué identifica el equipo como lo que está saliendo mal?, ¿qué es lo que le molesta o no funciona en los procesos de atención de población migrante?
- ◆ Comprender lo que ocurre. Identificar el proceso, las prácticas de salud, lo que se hace, dice, cómo se explica, lo que se espera. Por ejemplo, ¿creo que estoy explicando o informado lo suficiente?, ¿qué digo?, ¿cómo lo explico? Esta información debiera ser contrastada con la información que reconocen las personas; ¿qué entendió la persona/la familia?, y luego contrastarlas. ¿Son similares o diferentes?, ¿en qué aspectos?, ¿se logró el objetivo propuesto?
- ◆ Preguntar a las personas y a los equipos sus concepciones sobre la salud- enfermedad y comprender lo que los equipos entienden. Identificar lo que las personas realizan en relación con la salud-enfermedad en sus lugares de origen. Identificar lo que consideramos como propio del sistema de salud (lo que damos por sabido o por sentido), enunciar lo que esperamos de las personas en relación con la salud-enfermedad. Por ejemplo, ¿esperamos que acuda a consulta, que

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS SUGERIDAS

Alizadeh, S. y Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. DOI: 10.1111/hsc.12293.

sea activo en las preguntas, que asuma tal o cual comportamiento? Es importante reconocer las diferencias, los puntos de encuentros y evaluar de qué manera se pueden conciliar ambas perspectivas.

El cómo

Desarrollar habilidades implica cambiar a partir del reconocimiento de lo que funciona y tiene sentido en el hacer durante el proceso de atención de salud. El desarrollo de habilidades puede estar acompañado de:

- ◆ Construir como equipo preguntas que pudieran facilitar los procesos de atención.
- ◆ Generar reuniones de equipos en donde sea posible compartir antecedentes sobre el funcionamiento del sistema de salud de los países de donde provienen las personas migrantes que se atienden en los establecimientos. En estas reuniones se debiesen compartir datos epidemiológicos que permitan comprender los antecedentes y características de

salud, niveles de desarrollo, línea de pobreza, políticas sociales, principales actividades económicas, características que diferencian el trabajo, el cuidado y niveles de educación de acuerdo al género.

- ◆ Identificar los principales estigmas que compartimos como equipo en relación con cada una de las poblaciones y deconstruir estos en base a evidencia.
- ◆ Elaborar estrategias de cooperación y coordinación con instituciones, fundaciones, organizaciones sociales de migrantes, organizaciones locales y territoriales que pueden apoyar en procesos de inclusión.
- ◆ Desarrollar estrategias de formación y capacitación permanente para el desarrollo de habilidades de comunicación y de mediación cultural en los espacios de salud.
- ◆ Incorporar prácticas de salud de la población migrante, de modo de que las personas se sientan reconocidas en el sistema de salud. En esto se refiere a formas de nombrar, uso de lenguajes locales propios, cuidados pre y post natales, pautas de crianza, etc.
- ◆ Proponer adecuaciones y cambios que, sobre la base de los derechos de las personas, nos permitan avanzar en comprender las barreras y dificulta-

des objetivas que afectan la salud de la población migrante internacional en los sistemas de salud (evidencia que permita contrastar el acceso de chilenos y migrantes a los sistemas de salud).

- ◆ Buscar mecanismos que permitan comprender las barreras subjetivas que afectan la interacción con los sistemas de salud, a través de investigación social y el permanente trabajo con las asociaciones y organizaciones de personas migrantes internacionales, de modo de identificar, desde los sujetos, los procesos que se levantan como barreras subjetivas en los procesos de atención de salud de estas.

El trabajo interdisciplinario y el trabajo colaborativo con la academia permite nutrir y mejorar la calidad y oportunidad de la atención de salud de las personas migrantes en la medida que se avanza estructuralmente en un cambio hacia procesos de interculturalidad, tanto en los sistemas de salud como en la sociedad toda.



ANEXOS

ANEXO I

Intersección entre pilares conceptuales, definiciones operativas y el modelo de atención inicial integral de salud de inmigrantes (Cabieses *et al.*, 2017a; Cabieses *et al.*, 2017b, citado por Astorga, 2020).

Modelo salud familiar	Pilares conceptuales piloto salud inmigrantes	Definiciones operativas	Abordaje en el Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales
Modelo centrado en la persona	Enfoque de Derechos Humanos	Enfoque de competencia cultural en salud	Se evalúan áreas específicas en torno a competencia cultural, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> ◆ cuidados en salud familiares e individuales (autocuidado). ◆ creencias en torno a nutrición. ◆ creencias en torno a embarazo, parto y crianza temprana. ◆ creencias en torno al cuidado de los niños y personas mayores.
	Enfoque de participación	Enfoque de curso de vida	Se indaga en el enfoque de curso de vida individual y familiar del migrante.
Integralidad de la atención	Enfoque de determinación social de la salud	Enfoque de proceso migratorio	Se indaga en: <ul style="list-style-type: none"> ◆ La situación individual y familiar en el país de origen. ◆ El proceso de toma de decisión en torno a la migración. ◆ La experiencia de migrar. ◆ La situación actual individual y familiar.
Continuidad del cuidado	Enfoque de interculturalidad en salud	Enfoque de vulnerabilidad social en salud	Se evalúan las condiciones de vida del migrante y su familia que lo sitúan en posición de vulnerabilidad social (ejemplo: condiciones de vivienda, hacinamiento, etc.).
		Enfoque de salud en todas las políticas	Se detectan necesidades en distintos ámbitos y se realiza derivación oportuna al área salud.
		Enfoque de bienestar subjetivo	Se indaga en las necesidades específicas individuales y familiares, y se plantean objetivos específicos para el logro de mayor bienestar.

ANEXO 2

Competencia cultural: conocimiento en relación con el proceso de migración familiar y cuidados de niños, niñas, jóvenes y/o personas mayores.

Las preguntas se han desarrollado en base a la revisión de las/os siguientes autoras/es: Alizadeh y Chavan, 2016; Cabrolí, Sanhueza, Vásquez, Aburto, Mella, Rain y Troncoso, 2014; Correa, Cabieses y Moena, 2021; Correa *et al.*, 2020; Pavez-Soto *et al.*, 2020; Pedrero, Bernales y Chepo, 2019 y Truong, Paradies y Priest, 2014.

A continuación, se comparten una serie de preguntas elaboradas considerando el conocimiento como competencia que debe guiar nuestras actuaciones profesionales. En esta línea, mejorar las prácticas de sensibilidad requiere un adecuado grado de conocimiento de estos espacios. Sugerimos que se lea con detención y se reflexione de acuerdo con la puesta en práctica en los contextos de atención con personas y familias.

Junto con lo anterior, es importante que estas preguntas no se configuren como un elemento estático, sino que sean abordadas cuando los objetivos propuestos en el proceso de intervención puedan mejorar con información proveniente de estas interrogantes. En otras palabras, desde un marco ético, debemos evitar indagar aspectos sensibles para las familias si no van a estar vinculados con nuestra atención o posibles derivaciones en el marco de la misma.

2.1 Proceso de migración y transformaciones en la composición del grupo familiar

- ◆ ¿Cómo se componía la familia en el país de origen?
- ◆ ¿Cómo se compone actualmente la familia en el país de destino?
- ◆ ¿Quién o quienes asumen el rol de jefatura de hogar?
- ◆ ¿Cuáles fueron los motivos que propiciaron la migración familiar?
- ◆ ¿Cómo fue el proceso de migración antes de llegar al país de destino?
- ◆ ¿Cómo fue el proceso de decisión de quién o quiénes quedaban residiendo en el país de origen y quién/es en el de destino?
- ◆ ¿Entre quién o quiénes del grupo familiar se habló el tema?
- ◆ ¿Cuáles han sido los principales cambios en la vida de la persona que consulta y de su grupo familiar?

2.2 Proceso de migración y consideración de las niñas, niños y jóvenes

- ◆ ¿Desde el grupo familiar se ha hablado con los niños y niñas referente a la decisión de migrar?
- ◆ ¿Qué temas se han abordado?
- ◆ ¿Qué emociones ha suscitado en los niños, niñas y/o jóvenes el proceso de migración?
- ◆ ¿Hay algún cambio en el comportamiento o emociones del niño o niña en este proceso?
- ◆ ¿Han recibido algún tipo de apoyo profesional o desde la comunidad durante este tiempo?

2.3. Proceso de integración en el país de destino

- ◆ ¿Cómo ha sido el proceso de integración de las y los miembros del grupo familiar al país de destino, en diversos ámbitos, tales como, el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado de cuidados o de tareas domésticas, la educación, lo comunitario, etc.?
- ◆ ¿El grupo familiar cuenta con una red de apoyo en el país de destino o el de origen?
- ◆ ¿Quién/es componen la red de apoyo del grupo familiar?
- ◆ ¿Qué tipo de apoyos han requerido en el pasado como grupo familiar?
- ◆ ¿Qué tipo de apoyos requieren actualmente como grupo familiar?

2.4. Consideración de los diversos miembros del grupo familiar, niñas, niños y jóvenes en la actuación profesional

- ◆ ¿He considerado tener en cuenta la voz de niñas, niños y jóvenes durante mi actuación profesional?
- ◆ Cuando hablo con niñas y niños, ¿desarrollo pautas comunicativas cercanas y respetuosas?
- ◆ ¿Incorporo diversas técnicas para consultar a los niños/as, por ejemplo, bajar a su altura para hablarles, invitarles a realizar dibujos o pintar, respetar sus silencios e invitarles a considerar charlar en otra oportunidad?
- ◆ ¿He contemplado incorporar en la valoración profesional un análisis de salud, que considere los determinantes sociales y culturales?

- ◆ ¿He reflexionado mis posibles prejuicios en la intervención, es decir, si valoro una situación como negativa, considerando, por ejemplo, una perspectiva más biomédica, sin considerar aquellos determinantes más vinculados a aspectos sociales o culturales?
- ◆ En el escenario que haya identificado prejuicios en mi actuación profesional, ¿me he preguntado a qué factores pueden estar vinculados, por ejemplo, desde mis creencias o formación profesional?
- ◆ ¿Cómo puedo generar un trabajo en equipo profesional interculturalmente competente que potencie una actuación profesional más respetuosa con las familias?

ANEXO 3 *Otros conceptos desde la competencia intercultural que se vinculan con el desarrollo de las habilidades*

- ◆ **Definición: Deseo cultural**
“Se define como la motivación o voluntad del individuo para comprometerse, participar y aprender sobre la diversidad cultural y aumentar su conciencia, sus conocimientos y sus habilidades culturalmente más pertinentes” (traducción libre de las autoras de texto de Alizadeh y Chavan, 2016, p. 122).
- ◆ **Definición: Encuentro cultural**
“Se refiere a los contactos cara a cara u otros tipos de interacción con personas culturalmente diferentes” (traducción libre de las autoras de texto de Alizadeh y Chavan, 2016, p. 122).
- ◆ **Definición: Distancia cultural**
“Se entiende como la discrepancia real o percibida entre las prácticas y valores culturales propios y los de otra cultura” (traducción libre de las autoras de texto de Alizadeh y Chavan, 2016).
- ◆ **Definición: Eficacia**
“Se refiere a los resultados de la aplicación de las competencias culturales, es decir, conlleva la consecución de los objetivos y resultados valorados en las interacciones interculturales” (traducción libre de las autoras de texto de Alizadeh y Chavan, 2016, p. 122).
- ◆ **Definición: Etnocentrismo institucional**
El etnocentrismo institucional da cuenta del grado en que desde el espacio organizativo se promueve la incorporación de una estrategia de trabajo de equipo interculturalmente competente. Al respecto, una menor promoción de estas prácticas y, por lo tanto, de mayor distancia cultural, puede disuadir a una persona de utilizar sus conocimientos y habilidades culturales para lograr resultados favorables (traducción libre de texto de Abbe *et al.* 2007, citado en Alizadeh y Chavan, 2016, p. 125).
- ◆ **Definición: Buenas prácticas en salud**
La OMS define “Buenas Prácticas” como aquellas experiencias bien definidas, que responden a una necesidad identificada, que se guían por principios, objetivos y procedimientos adecuados, se mantienen en el tiempo, son innovadoras, fomentan la replicación y consideran elementos de evaluación de resultados (MINSAL, 2014).
- ◆ **Definición: Competencias culturales**
Tener competencia cultural es contar con la habilidad de involucrarse en acciones o crear condiciones que maximicen el desarrollo óptimo de las personas. Una práctica culturalmente competente, en este sentido, está definida por la adquisición de sensibilidad, conocimiento y habilidades necesarias para funcionar efectivamente en una sociedad pluralista (habilidad para comunicar, interactuar, negociar o intervenir en beneficio de usuarios con diferente trasfondo cultural), en diferentes niveles, promoviendo el desarrollo de nuevas teorías, prácticas y políticas que sean más apropiadas para todos los grupos (Pedrero, Bernales y Chepo, 2019).
- ◆ **Definición: Interculturalidad crítica**
Como señala Catherine Walsh (2009), la interculturalidad plantea un reconocimiento de que la

diferencia entre blancos o “blaqueados” y pueblos indígenas y afrodescendientes se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, donde los primeros se ubican en la cima, y los segundos, en los peldaños inferiores. Desde esta posición, la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente, en contraste a la que se ejerce desde arriba. Para producirse, requiere de la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas.

La competencia cultural es un componente esencial para la mejora de los accesos y la eficacia de los servicios de atención médica para personas de grupos étnicos diferenciados o personas con características raciales distintas (Campinha-Bacote, 1999; Truong, Paradies y Priest, 2014).

Diversos autores han propuesto instrumentos que permiten evaluar las competencias culturales y la puesta en práctica de formación considerando el enfoque cultural. Resultados de distintos estudios en la materia han puesto de manifiesto la relevancia de este tipo de investigación e intervención. Por un lado, se destacan resultados positivos, en particular respecto del personal de salud que recibe formación específica en competencias culturales (Bhui *et al.*, 2007; Fisher *et al.*, 2007; Henderson *et al.*, 2011; Truong, Paradies y Priest, 2014). En este sentido, Browne *et al.* (2012), identificaron que la incorporación de la competencia cultural en el

ámbito de la salud mostraba importantes beneficios y repercusiones, en particular en una mejora en la igualdad en salud. Por su parte, Davey *et al.* (2014), dieron cuenta de un mayor grado de satisfacción en los y las usuarios/as y Weech-Maldonado *et al.* (2012), de la mejora de la comunicación y un mejor control del dolor.

Un aspecto relevante es el incremento en la adhesión a los tratamientos, cuestión que hoy en día en el contexto nacional, implica un gran desafío (Saha *et al.*, 2013). Otro aspecto relevante es la oportunidad que se despliega en la apertura a nuevos conocimientos y a una mayor búsqueda de intercambio de información durante las visitas de atención médica (Paez *et al.*, 2009).

REFERENCIAS

PARA SEGUIR AVANZANDO EN SENSIBILIDAD,
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES

- Abarca-Brown, G. (2018). "¡Promueva el apego!": Sobre la maternidad de mujeres haitianas como objeto de gobierno en Chile. *Bricolaje*, (3), 12-21. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RB/article/view/51589/53937>
- ACNUDH. (2021). *Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>
- ACNUDH. (1995). *Derechos sexuales y reproductivos*. <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
- ACNUDH. (2020). *La discriminación racial en el contexto de la crisis del COVID-19* [Archivo PDF] https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Racism/COVID-19_and_Racial_Discrimination_ES.pdf
- Alizadeh, S. y Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. DOI: 10.1111/hsc.12293
- Avaria, A. (2018). "El parto (no) es cuestión de mujeres". Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica. Universidad de Academia de Humanismo Cristiano*, (2), 130-159. <http://revistas.academia.cl/index.php/academiaycritica/issue/view/128>
- Avaria, A. (2020). Intersecciones y diferencias entre las experiencias de parto de mujeres migrantes en la atención de salud pública en Santiago de Chile. En Avaria, A. Cabieses, B. Obach, A. (Edit), *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp. 131-178). Ediciones UA- RIL.
- Avaria, A. (2020). Ser mujer como constante de tensión en el parto. Parir en Santiago de Chile, cuando se es chilena, migrante o extranjera. En Estrada. B (comp), *Inmigración internacional en Chile. Perspectivas económico-sociales 1850-2017* (pp. 205-242). Ediciones Universidad de Valparaíso.
- Avaria, Andrea. (2018). Parir en el lugar equivocado: migración y la legitimidad (del derecho) de parir. En Morales, P y Rodríguez-Aguilera, M.A. (comp), *Los derechos humanos hoy: reflexiones, desafíos y proyecciones a los 70 años de la declaración universal 1948-2018* (pp. 453-472). Ril Editores.
- Balibar, E. y Wallerstein, I. (1991). *Raza, nación y clase*. Editorial La Découverte.
- Bryceson, D. y Vuorela, U. (2002). *The transnational family new European frontiers and global networks*. Oxford, O: University Press.
- Carballeda, A. (2013). La intervención en lo social desde una perspectiva americana. Algunos aportes de Enrique Dussel y Rodolfo Kusch. *Margen*, (70), 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4502992>.
- Cabrolí, M., Sanhueza, L., Vásquez, M., Aburto, A., Mella, C., Rain, A. y Troncoso, J. (2014). *Modelo de evaluación de condiciones para la parentali-*

- dad-MECEP. *En el marco de la política de protección de derechos de la infancia* [Archivo PDF] http://www.fundacionlafrontera.cl/wp-content/uploads/2016/05/MODELO_DE_EVALUACION_DE_CONDICIONES_PARA.pdf
- Cerda, J. (2014). Las familias transnacionales. *Revista Espacios Transnacionales*, (2), 78-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5445529>
- Correa, M-E., Cabieses, B. y Moena, O. (2021). *Guía para el cuidado de niños, niñas migrantes y sus familias en Chile con enfoque intercultural*, Editorial Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4564>
- Correa, M.E., Cabieses, B., Moena, O., Villalón, F. y Pacheco, D. (2020). *Para superar la pandemia debemos cuidarnos todos: Material de apoyo para familias migrantes viviendo pandemia SARS-Cov- 2 en Chile*, Editorial Universidad del Desarrollo. <https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2020/08/Material-de-apoyo-para-familias-migrantes-viviendo-pandemia-en-Chile.pdf>
- Curiel, O. (s.f). *Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos* [Archivo PDF]. Disponible en <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75237>
- Chepo, M. (2021). Percepción de los derechos de salud para la población migrante en Chile: análisis desde Twitter. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 559-564. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.005>
- Damus, O. (2017) Las prácticas profesionales de las comadronas tradicionales en Haití: entre salud, biodiversidad y espiritualidad. En Baptiste, B; Pacheco, D; Carneiro da Cunha, M and Diaz, S (Edit). *Knowing our Lands and Resources. Indigenous and Local Knowledge of Biodiversity and Ecosystem Services in the Americas*. Pp.20-31. Unesco. Paris. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260779>
- Fundación Huésped. (2021). *Qué y cuáles son los derechos sexuales y reproductivos*. <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>
- Godoy, G. (29 julio, 2021). Población extranjera en Chile llegó a 1.462.103 personas en 2020, un 0.8% más que en 2019. *Instituto Nacional de Estadística*. <https://www.ine.cl/prensa/2021/07/29/poblacion-extranjera-residente-en-chile-llego-a-1.462.103-personas-en-2020-un-0-8-mas-que-en-2019>
- González, R., Neira, J., Daza, P, Nien, J.K, Oyarzún, E., Piedra, Daily. y Velozo, L. (2019). La paradoja de la inmigración: las madres haitianas y latinoamericanas en Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(6), 449-459. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600449>
- Granada, I., Ortiz, P., Muñoz, F., Saldarriaga-Jiménez, A., Pombo, C. y Tamayo, L. (2021). *La migración desde una perspectiva de género: ideas operativas para su integración en proyectos de desarrollo*, Editorial Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spani>

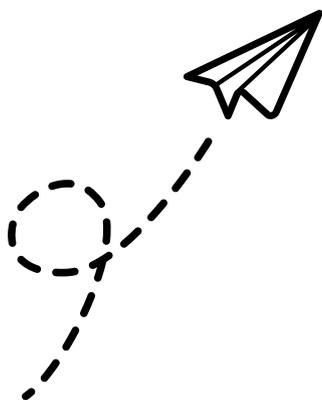
sh/document/La-migracion-desde-una-perspecti-
va-de-genero-Ideas-operativas-para-su-integra-
cion-en-proyectos-de-desarrollo.pdf

- González, H. (2016). Las familias transnaciona-
les ¿una tautología? Más allá de la dicotomía
“distancia/proximidad geográfica”. *Polis Revista
Latinoamericana*, 15(43), 511-532. [https://www.
scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pi-
d=S0718-65682016000100024](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682016000100024)
- Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexuali-
dad. *Reis*, (64), 105-121. Disponible en [http://www.
reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_064_06.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_064_06.pdf)
- Hassen, N., Lofters, A., Michael, S., Mall, M., Pinto,
A.D. y Rackal, J. (2021). Implementing anti-racism
interventions in healthcare settings: A scoping
review. *International Journal of Environment
Research and Public Health*, (18), 1-15. [https://doi.
org/10.3390/ijerph18062993](https://doi.org/10.3390/ijerph18062993)
- Maher, J. y Segrave, M. (2018). Family violence risk,
migration status and ‘vulnerability’: hearing the
voices of in migrant women. *Journal of Gen-
der-Based Violence*, 2(3), 503-518. DOI: 10.1332/23
9868018X15375304047178
- RIMISP. (2017). *Estudio exploratorio sobre autonomía
física y económica de las mujeres migrantes en
las regiones Metropolitana, Tarapacá y Anto-
fagasta* [Archivo PDF] Editorial Ministerio de la
Mujer y Equidad de Género [https://www.rimisp.
org/wp-content/files_mf/1529698136MUJERMIGRANTEvFSP.pdf](https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1529698136MUJERMIGRANTEvFSP.pdf)
- Ministerio de Salud. (2014). *Experiencias nacionales
de buenas prácticas. En la atención de salud de
adolescentes y jóvenes* [Archivo PDF] [https://
www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BUE-
NAS-PRACTICAS-2014.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BUE-NAS-PRACTICAS-2014.pdf)
- Ministerio de Salud. (7 enero, 2021). Matrona volun-
taria en Haití entrega consejos de atención para
pacientes haitianos a personal social y de salud
del Hospital Dr. Gustavo Fricke. *Hospital Gustavo
Fricke*. [http://www.hospitalfricke.cl/?p=11841#:~:
text=Con%20el%20fin%20de%20responder,Kil-
ti%20Ayisien%20%80%9D%20%20%80%93%20
Cultura%20Haitiana.](http://www.hospitalfricke.cl/?p=11841#:~:text=Con%20el%20fin%20de%20responder,Kil-ti%20Ayisien%20%80%9D%20%20%80%93%20Cultura%20Haitiana.)
- Monasterio-Blanco, F. (17 de octubre de 2019). Chile-
nos e inmigración: el trecho entre percepción y
realidad. *Pauta*. [https://www.pauta.cl/nacional/
chilenos-e-inmigracion-el-trecho-entre-percep-
cion-y-realidad](https://www.pauta.cl/nacional/chilenos-e-inmigracion-el-trecho-entre-percepcion-y-realidad)
- OPS y OMS. (2021). *Atención obstétrica gratui-
ta en Haití*. [https://www3.paho.org/hq/index.
php?option=com_content&view=article&i-
d=6987:2012-atencion-obstetrica-gratuita-haiti&I-
temid=135&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6987:2012-atencion-obstetrica-gratuita-haiti&Itemid=135&lang=es)
- OPS y OMS. (2013). *Salud sexual y reproductiva al
alcance de adolescentes pobres y en situa-
ción de vulnerabilidad* [Archivo PDF] [https://
www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/
uploads/2014/12/Salud-sexual-y-reproducti-
va-al-alcance-de-adolescentes-pobres-y-en-si-
tuacion-de-vulnerabilidad.pdf](https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/12/Salud-sexual-y-reproductiva-al-alcance-de-adolescentes-pobres-y-en-situacion-de-vulnerabilidad.pdf)

- Ortiz, J., Diaz, M., Araya, M., Quiroz, J., Carroza, B., Pavez, J; Gutierrez, J. y Binfa, L. (2019). Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Midwifery* (75), 72-79. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613819300919>
- Paez, K.A., Allen, J.K., Beach, M.C., Carson, K.A. y Cooper, L.A. (2009). Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 495-498. DOI: 10.1007/s11606-009-0919-7
- Pavez-Soto, I., Galaz, C., Poblete-Godoy, D., Acuña, V. y Sepúlveda, N. (2020). Horizontes de la intervención con infancia migrante en Chile. *Rumbos TS*, (23),9-40. DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.403>
- Pedone, C. y Gil-Araujo, S. (2016). Tramando futuros. Transnacionalismo familiar en la migración desde la República Dominicana y Brasil hacia España. *Investigaciones Feministas*, 7(1), 241-263. http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2016.v7.n1.52186
- Pedrero, V., Bernales, M. y Chepo, M. (2019). *Escala de medición competencia cultural (EMCC-14). Manual de Aplicación*. Editorial Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2486/Manual%20Desarrollo%20de%20Competencias.pdf?sequence=1&isAll%20owed=y>
- Reyes, Y., Gambetta, K., Reyes, V. y Muñoz, P. (2021). Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas. *Revista Nuestramérica*, 9(17),1-13. DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651360>
- Rodríguez-Vignoli, J. (2017). *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. Un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*. Editorial CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42511/1/S1700871_es.pdf
- Rojas, N., Amode, N. y Vásquez, J. (2015). Racismos y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Revista Latinoamericana*, 14(42), 217-245. https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v14n42/art_11.pdf
- Sánchez K., Valderas J., Messenger, K., Sánchez, C. y Barrera, F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 278-283. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278>
- Segrave, M. T. (2017). *Temporary Migration and Family Violence: An Analysis of Victimization, Vulnerability and Support*. Monash University.
- Simeunovic, S.L. (2018). *Female democratic agency: Lessons from rural Haití* [Tesis de Maestría, Virginia Polytechnic Institute of Art and State University]. https://www.researchgate.net/publication/332973740_Female_Democratic_Agency_Lessons_from_Rural_Haiti
- Truong, M., Paradies, Y. y Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in

- healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(99), 1-17. DOI:10.1186/1472-6963-14-99
- UN Haití. (18 de junio 2015). Haiti: Salud [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=UkqvMwdjSc>
- UNICEF. (2010). *Convención Internacional Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/chile/los-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes-tienen-derechos>
- Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R. y Caqueo-Urizar, A. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 33(2), 139-156. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008>
- Valdés, G. y Serra, F. (2020). *Sondeo de percepción sobre migración en Chile*. Centro de Políticas Públicas Universidad Andrés Bello [Archivo PDF] <http://cpp.unab.cl/wp-content/uploads/2020/06/Resultados-Encuesta-Migraci%C3%B3n-en-Chile-UNAB-DEM.pdf>
- Vásquez-de Kartzow, R. y Castillo-Durán, C. (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago. *Revista Chilena Pediatría*, (83), 366 - 370. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000400007>
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad crítica y educación intercultural* [Archivo PDF] https://www.uchile.cl/documentos/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural_150569_4_4559.pdf
- Zapata, A. (2016). Madres y padres en contextos transnacionales: el cuidado desde el género y la familia. *Desacatos*, (52), 14-31. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5782939>

¿QUIÉNES SOMOS?



ANDREA AVARIA

Estudí Servicio Social en la Universidad en la Frontera y soy doctora en Estudios Avanzados en Antropología Social por la Universidad de Barcelona y diploma de Estudios Avanzados en Antropología Social y Cultural de la misma universidad.

Las líneas de investigación que he seguido están enfocadas en migraciones y salud, antropología médica y enfermedades desatendidas (enfermedad de Chagas). He realizado investigación en Chile y en Barcelona. Me he especializado en intervención social y formación desde una perspectiva intercultural.

He realizado investigación con fondos públicos FONDECYT (3160106 entre 2015-2018) enfocada a la comprensión del embarazo y parto en las mujeres nacionales y migrantes. Actualmente dirijo el Proyecto FONIS- FONDEF (SA1810056, entre 2019-2021) que aborda la salud de la población migrante y nacional en enfermedades transmisibles (<http://chaochagaschile.cl/>) y el Fondo General UA 2019-006 (2020-2021) en salud e interculturalidad.

Realizo docencia de pre y posgrado en la Universidad Autónoma de Chile

en las áreas de investigación social cualitativa, antropología y en temas de migraciones, interculturalidad y salud.

Participo activamente en organizaciones internacionales de personas afectadas por la enfermedad de Chagas, apoyándoles en el fortalecimiento de procesos de organización social y asociatividad internacional. También formo parte del Grupo Técnico 6 (GT6) de la OMS, entidad que orienta su trabajo al desarrollo de líneas de información, educación y comunicaciones en relación con la problemática de Chagas (<http://beatchagas.info/>).

He participado activamente en la comisión de especialistas para apoyar la elaboración del plan de salud de inmigrantes internacionales y en procesos de fortalecimiento del Programa Nacional de Control y Prevención de Enfermedad de Chagas, ambas instancias del Ministerio de Salud en Chile.

Mis publicaciones están disponibles en <https://uautonoma.academia.edu/AndreaAvaria>

Me encanta y disfruto de la acuarela, la fotografía y la literatura.

MARÍA ISABEL ZAVALA

Estudié Servicio Social en la Universidad de Concepción y soy doctora en Psicología y Máster en Intervención y Mediación Familiar por la Universidad de Sevilla. Además, actualmente curso el diplomado de Género, Familia y Políticas Públicas de la Universidad de Chile.

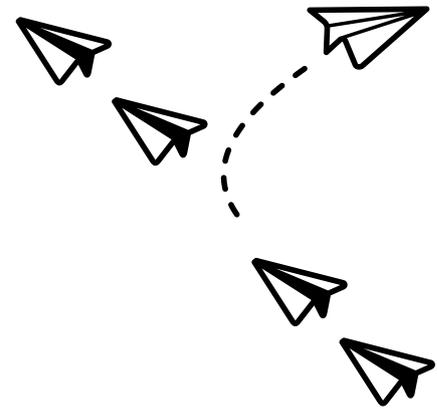
Las líneas de investigación que he desarrollado están enfocadas en familias de acogida y niñeces. He realizado investigación en Chile y en Sevilla y me he especializado en intervención familiar con enfoque de derechos de la niñez y de género.

Me encuentro realizando investigación con fondos de la Vicerrectoría de Investigación y Doctorados de la Universidad Autónoma de Chile (Proyecto DIUA 183-2020) que aborda el sistema de apego en niñas y niños y el funcionamiento familiar desde los programas de Familias de Acogida de Mejor Niñez (Ex Servicio Nacional de Menores).

Realizo docencia de pregrado en la Universidad Autónoma de Chile en las áreas de trabajo social con familias y colectivos.

Me encanta y disfruto de la naturaleza, el deporte y las relaciones sociales desde diversas culturas.

Mis publicaciones están disponibles en <https://scholar.google.cl/citations?user=6i550vwAAAAJ&hl=es>.



NICOLLE DE RAUCOURT (ilustradora)

Soy matrona egresada de la Universidad de Chile donde trabajé como matrona clínica en neonatología y donde, además, en 2012, comencé mi carrera académica.

Fui secretaria de estudios en la carrera de Obstetricia de la Universidad San Sebastián en Puerto Montt y realicé el magíster Educación universitaria en ciencias de la salud. Allí comencé a crear esquemas educativos ilustrados bajo el nombre de Neonatología en esquemas.

Actualmente vivo en Puerto Varas, soy coordinadora académica de postgrados de Medicina de la Universidad San Sebastián. Estoy cursando un magíster en epidemiología clínica en la UFRO y, paralelamente, me dedico a la ilustración.

DALE LA VUELTA

SEIS HISTORIAS

DE PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

Andrea Avaria

María Isabel Zavala

Ilustraciones de Nicolle de Raucourt



MÁS UNIVERSIDAD

¡ CUÁNTO QUIEREN A MI HIJO !

SON LAS 8:30 DE UN MARTES, en el CESFAM "PUERTO RICO" DE LA COMUNA CUATRE VIENTOS, REGIÓN METROPOLITANA, INVIERNO, 3°C DE TEMPERATURA.



EN HAITÍ, LOS PARTOS SON EN DOMICILIO EN MÁS DE UN 90% ACOMPAÑADOS POR UNA PARTERA, CONOCIDA COMO **FAM CHAY**

Ella es parte de la comunidad y cumple un rol significativo en la espiritualidad, la salud, la biodiversidad (DAMUS, 2017)

Ella acompaña los embarazos, partos y postpartos, como también, la crianza. Tienen un conocimiento empírico, conocimiento de fitoterapia, son apoyo activo para las mujeres.

Las comadronas son valoradas por su amplia experiencia, empatía y conocimiento de los problemas y necesidades de las mujeres y los niños

Comparte valores, creencias, visiones y concepciones del mundo con la comunidad en la que viven y con la que trabajan



LA INTERCULTURALIDAD IMPLICA MIRAR EL LUGAR DESDE DONDE ATENDEMOS, Y TAMBIÉN RECONOCER E INTEGRAR OTRAS PRÁCTICAS DE SALUD. LAS DIVERSIDADES NOS ABREN LA POSIBILIDAD DE APRENDER DE OTRAS MUJERES COMO ABIGAILLE.



ELLA HABLA POR TELÉFONO EN CREOLE, LES DICE QUE HA SIDO DIFÍCIL, QUE SI ESTUVIERA ALLÁ ESTARÍAN LAS HERMANAS Y SOBRINAS, SU MAMÁ AYUDÁNDOLE.



¿SABÍAS QUÉ...?

En Haití, en más de un 90% de los casos, los partos son en domicilio, acompañados por una partera conocida como *Fam chay*. Ella es parte de la comunidad y cumple un rol significativo en la espiritualidad, la salud y la biodiversidad (Damus, 2017). Ella acompaña los embarazos, los partos, los pospartos y también la crianza. Las comadronas son valoradas por su amplia experiencia, empatía y conocimiento empírico de los problemas y necesidades de las mujeres y las y los niños. Las *Fam chay* comparten valores, creencias, visiones y concepciones del mundo con la comunidad en la que viven y con la que trabajan.

Prácticamente el 100% de las víctimas de trata de personas en Chile han sido personas extranjeras. Dentro de este universo, la mayor representación es del grupo de mujeres con presencia de explotación sexual, seguido por el laboral, luego por hombres solo con explotación laboral y por niñas y niños con predominio de explotación laboral seguido por el sexual.



“Todas las embarazadas tienen derecho a atención en salud pública durante su pre y post parto hasta los doce meses tras el nacimiento de su hijo o hija, independiente de su estatus migratorio” (Oficio Circular A 15 N.º 06).

PARA MEJORAR EL TRABAJO CON PERSONAS MIGRANTES DE HAITÍ TE PROPONEMOS:

- ◆ Identifica tus propios prejuicios y prenociones en relación con las personas que atiendes.
- ◆ Puedes estar atento/a a las afirmaciones que a tu alrededor se producen en relación con las personas migrantes haitianas.
- ◆ Identifica las barreras que están presentes en los servicios de salud en los que se atiende o a los que acude la población haitiana.
- ◆ ¿Conoces y/o trabajas de forma coordinada con las organizaciones territoriales e identitarias vinculadas a la población migrante haitiana?
- ◆ ¿Conoces cómo las personas haitianas han vivido en sus países de origen, las razones que las llevaron a migrar y las dificultades que enfrentan en el contexto local?
- ◆ ¿Conoces las condiciones de regularidad, vivienda, trabajo, redes familiares, etc. en las que las personas se encuentran?

PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES:

- ◆ Ten presente que la atención de salud intercultural implica reconocer las diferencias culturales y desarrollar estrategias que, como equipo, permitan garantizar la salud y la atención de las personas con pertinencia cultural.
- ◆ Debemos ampliar y transversalizar la interculturalidad en todos los programas.
- ◆ Es necesario garantizar la atención de salud de mujeres, adolescentes y jóvenes y de todas las personas que han ingresado por pasos no habilitados.

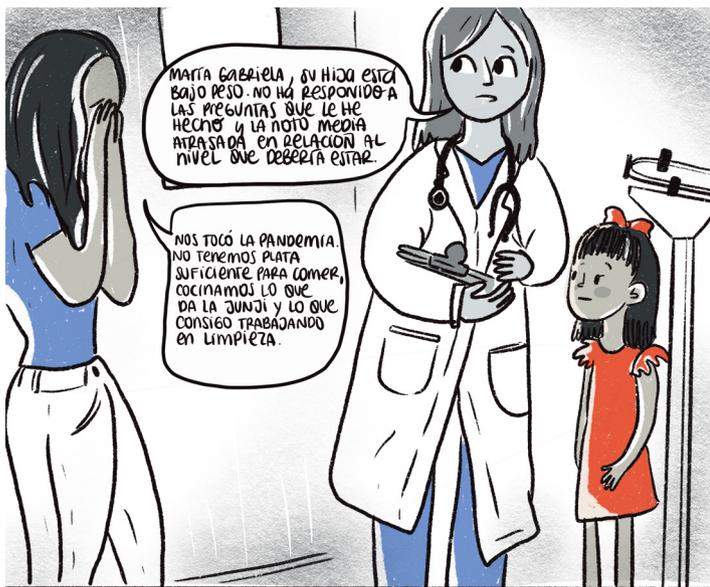
AÚN SOMOS FAMILIA



LA HE NOTADO MÁS REBELDE. MI HERMANA LA CUIDA. EN LA ESCUELA ELLA NO HABIA MUCHO, ME DICE QUE NADA ES CHEVERE ACÁ. ESTÁ TRISTE, EXTRAÑA A SU HERMANO. TRATAMOS DE BAILAR CON ELLA. ¡YO SOY MUY TIRADA PARA DELANTE! ¡ESTOY DANDO LO MEJOR DE MI!



LAS FAMILIAS DURANTE LA MIGRACIÓN VIVEN MUCHO ESTRÉS, CONSIDERAR LAS CONDICIONES DE MIGRACIÓN, EL PROCESO Y LA INSERCIÓN EN EL PAÍS DE DESTINO ES FUNDAMENTAL. EL APOYO DE REDES Y DE INSTITUCIONES ES FUNDAMENTAL. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LA EXPERIENCIA VIVIDA POR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.



PREGUNTARLE A LAS Y LOS NIÑOS ES FUNDAMENTAL LAS VIVENCIAS DE MIGRACIÓN SON VIVIDAS DIFERENCIAMENTE, POR LO GENERAL LES NIÑOS ASUMEN LA DECISIÓN DE LA FAMILIA, NO SE LES PREGUNTA NI SE LES PIDE LA OPINIÓN SOBRE ESTAS SITUACIONES COMPLEJAS.

A CASSANDRA LA ENCONTRARON BAJO PESO.

LA COMIDA QUE RECIBE DEL PROGRAMA ESCOLAR NO ES SUFICIENTE PARA ALIMENTAR A TODA SU FAMILIA.

SU MADRE Y SU TÍA NO CUENTAN CON RECURSOS PARA MEJORAR LOS NUTRIENTES QUE DEBE MANTENER.

EL IMPACTO DEL PROCESO MIGRATORIO Y EL CAMBIO EN SU VIDA LA HAN AFECTADO A ELLA Y A TODA SU FAMILIA.

PARA CADA UNO DE SUS MIEMBROS, LA FAMILIA SIGUE SIENDO UNA, A PEJAR DE LA DISTANCIA.



¿SABÍAS QUÉ...?

Durante la migración, las familias viven mucho estrés. Es importante considerar las condiciones en las que se ha producido la migración, el proceso de esta y las condiciones de inserción en el país de destino. Es fundamental, para los procesos de inclusión, identificar las redes de apoyo, otras redes extendidas a nivel local o de los propios colectivos.

TE PROPONEMOS:

- ◆ Identifica las asociaciones y las organizaciones sociales propias de personas migrantes. Estas pueden ser de diversa índole: religiosas, folclóricas, de género o por origen u otros intereses.
- ◆ Identifica las instituciones que trabajan con personas migrantes en particular en ámbitos como educación, salud, seguridad, entre otros.
- ◆ Identifica y contacta las instituciones que pueden ser significativas a nivel local de modo de establecer redes de cooperación a las personas migrantes.

¿QUÉ PUEDO HACER AL ATENDER A UNA PERSONA MIGRANTE?

Realiza preguntas y una conversación que permita recoger la experiencia vivida (y las necesidades particulares que emergen de ella) y lo que ha enfrentado cada uno de los miembros de la familia. Explora si, por ejemplo, han podido compartir información o experiencias similares con otras personas o si se han sentido contenidos o acompañados en los procesos asociados a la migración o si cuentan o no con espacios o redes que les permitan ser contenidos o acompañados dependiendo de la etapa en que se encuentran.

A las y los niños pregúntales directamente cómo se sienten. Es muy relevante pues, por lo general, la decisión de la migración es tomada por los adultos de la familia. A las y los niños no se les pide la opinión sobre estas complejas decisiones. Para abrirte y empatizar cabría preguntarse ¿cómo te sentirías en el lugar de una niña o un niño migrante?

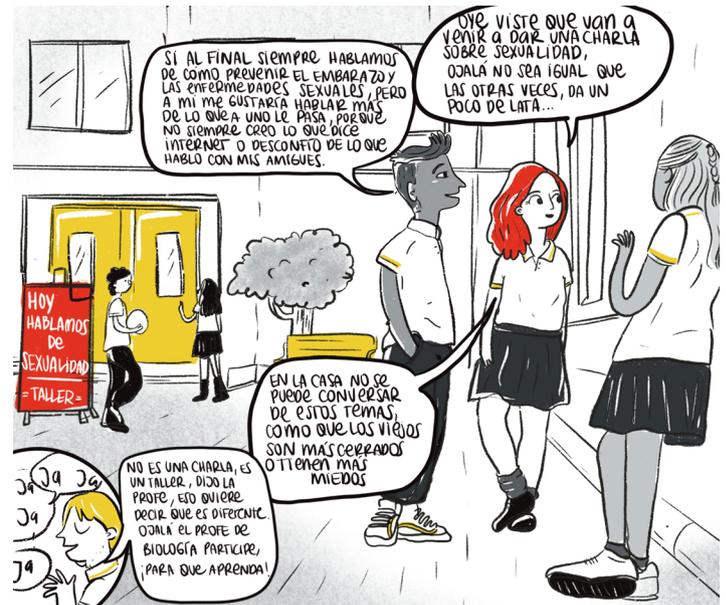
Garantizar los derechos de las niñas, niños y jóvenes migrantes en la atención de salud se convierte en un desafío central. Al respecto, trabajar desde un enfoque de competencias culturales puede favorecer una actuación profesional integral que considere a las personas, sus trayectorias, y los determinantes sociales que influyen en el efectivo cumplimiento de este derecho.

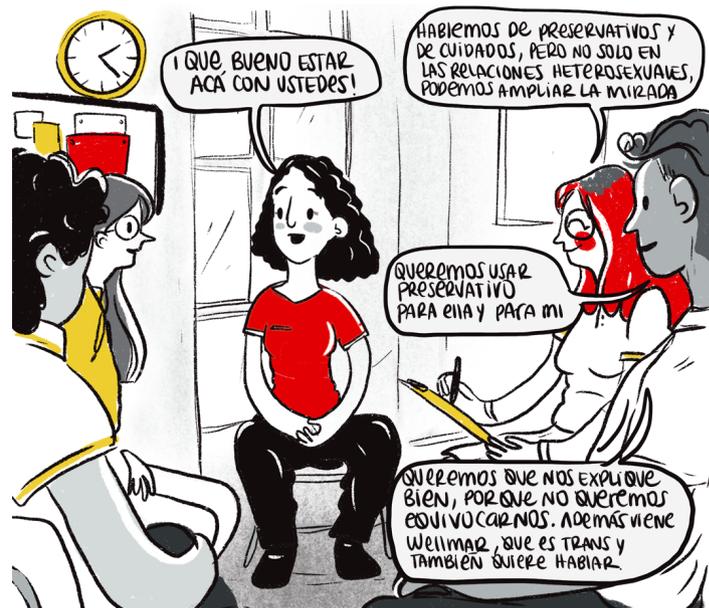


RECUERDA

En materia de salud pública la legislación vigente establece que todas las/os niñas, niños y adolescentes migrantes que residen en el país, menores de 18 años, tienen derecho a la atención en salud con independencia de su situación migratoria y a la de sus padres, tutores o representantes legales, mediante su inscripción en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio (Resolución exenta N.º 1914).

LA LIBERTAD DEL ENCUENTRO





ACOGER LAS DIVERSIDADES DESDE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD ES FUNDAMENTAL, ESPECIALMENTE DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES.



¿SABÍAS QUÉ...?

Aunque en el sistema de salud chileno las y los jóvenes pueden acceder a métodos anticonceptivos, un 70% no utiliza el condón como medida de protección contra infecciones de transmisión sexual. Algo similar pasa en Colombia, donde solo el 36% de las y los jóvenes utilizan condón en sus prácticas sexuales.

TE PROPONEMOS:

Preguntas para mejorar el trabajo en salud con personas migrantes:

- ◆ ¿Conozco cuáles son las condiciones y características de la atención de salud sexual y reproductiva en los países de origen de la población que atiendo en Chile?
- ◆ ¿Qué dificultades enfrentan las y los jóvenes en el sistema de salud chileno?
- ◆ ¿Qué dificultades y exclusiones viven las personas migrantes en el lugar donde yo trabajo?

TEN PRESENTE:

La estigmatización y la sexualización de las personas suele estar asociada a un origen y a la raza, y estas prácticas sociales son también observadas en los sistemas de salud, pues a través de estos se reproduce y refleja la exclusión y la discriminación que se experimenta socialmente.

Es responsabilidad de todos y todas construir relaciones sociales que nos incluyan y reconozcan en las diferencias.

Una mayor pertinencia intercultural conlleva reconocer que las situaciones particulares con las que trabajamos

los temas de sexualidad y (no) reproducción de las y los jóvenes se vincula directamente con garantizar los derechos de estas personas. Implica reconocer las experiencias en los países de origen e identificar la intersección de lo social, lo económico, lo educativo, de género y de las diversidades, esto permite avanzar integralmente en los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven en Chile.

Acoger las diversidades desde las prácticas de atención es fundamental para el trabajo con personas migrantes y LGBTQ+ migrantes. Es

importante reconocer sus experiencias y las vivencias de violencia. En este acercamiento, los equipos de salud son muy relevantes para el apoyo a las personas jóvenes.

La salud sexual y reproductiva debe ser abordada en espacios de confianza, que sean significativos para las y los jóvenes y en donde su participación sea un eje relevante.

La prevención en salud sexual y reproductiva en las y los jóvenes debe centrarse en la promoción de una vida sexual y afectiva, es decir, en que esta sea reconocida y validada socialmente en sus diversos contextos de socialización.



“Toda persona migrante tiene derecho al acceso a la atención en salud, incorporando a quienes carecen de documentos o permisos de residencia, teniendo como único requisito un documento que declare su carencia de recursos” (Decreto N.º 67 del Ministerio de Salud).

“Toda mujer migrante que sufre violencia intrafamiliar, sin importar su condición migratoria, accederá a visa temporal y a todas las prestaciones a las que haya lugar para resolver esta problemática, incluyendo la salud” (Resolución exenta N.º 30.388).

IR Y VENIR

WARA HA LLEGADO LA NOCHE ANTERIOR DESDE BOLIVIA. HA DEJADO SU FAMILIA EN COCHABAMBA, CON QUIENES ESTUVO PARA LAS FIESTAS DE CORTE DE PELO DE SU HIJO, CEREMONIA QUE CELEBRARON EN URURO.



LA MIGRACIÓN CIRCULAR IMPLICA QUE LAS PERSONAS Y FAMILIAS VIVEN CONECTADAS Y SE TRASLADAN ENTRE PAÍSES Y EN AMBOS TIENEN RELACIONES SOCIALES, FAMILIARES Y TAMBIÉN ECONÓMICAS.

EL CORTE DE PELO ES UNA PRÁCTICA ANCESTRAL QUE REÚNE A LA FAMILIA Y A LOS Y LAS AMIGOS/AS.



CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE CARLOS, ME DIERON QUE TENÍA CHAGAS. USTED, MAMITA, DEBERÍA VERSE, MIS HERMANOS Y HERMANAS DEBERÍAN IR TAMBIÉN A VER SI TIENEN CHAGAS







¿SABÍAS QUÉ...?

Las distintas infecciones transmisibles por sangre requieren de explicaciones pertinentes y claras.

Las y los profesionales puede acompañar estos procesos y también las personas de la misma comunidad o aquellas afectadas por la enfermedad.

Las cosmovisiones y las prácticas de salud dependen de las culturas y de los modelos de salud que se implementen y que coexisten. Conocer estos y adentrarnos en ellos permite mejorar el diálogo intercultural. Es decir, para poder avanzar en una comprensión del otro, debemos considerar nuestros propios paradigmas, identificar el modelo de atención de salud desde el cual actuamos y sus consecuencias en el logro de objetivos asociados a la atención de salud.

SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

El Chagas, una enfermedad transmisible durante la gestación, es provocada por un parásito (*Trypanosoma cruzi*) que puede traspasarse de madre a hijos. Para diagnosticarlo, es importante que la familia se haga el examen que lo detecta.

El Chagas sí tiene tratamiento y este está cubierto, para todas las personas, por el sistema de salud chileno. Los niños y las niñas con Chagas pueden recibir tratamiento y quedar libres del parásito, mientras que el tratamiento en los adultos disminuye la carga parasitaria, aunque no elimina el *Trypanosoma cruzi*.

**** Proyecto FONIS SA18I0056 "Chagas desafíos para el Chile de hoy: diversidad, migración, territorio y acceso a derechos. Una aproximación cualitativa a la dinámica de atención de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tarapacá, Atacama y Metropolitana".
Visita: www.chaochagaschile.cl**

ESTO NO ES LO QUE TÚ CREES







¿SABÍAS QUÉ...?

En la cultura haitiana la concepción de persona es más compleja que la nuestra (visión occidental cuerpo-mente) y comprende dimensiones humanas (familia nuclear y extensa, redes sociales y colectividades) y no humanas (plantas, animales, tierra, aire, etc.) (Abarca - Brown, 2019, p. 69) lo que conlleva relaciones con el entorno más complejas.

Por ejemplo, en Haití, el VIH es interpretado social y culturalmente de manera distinta a la que conocemos en occidente y todavía se relaciona equivocadamente con la población homosexual. Dado que la homosexualidad es un tabú, esta población es altamente excluida debido a los prejuicios asociados (Evens *et al.*, 2019). De aquí que la adhesión a los tratamientos por VIH sea todo un desafío para los equipos de salud.



Los derechos sexuales son todos los derechos relacionados con la sexualidad. Para ejercerlos se requiere el ejercicio informado, libre, autónomo y consensuado de la sexualidad.

Por su parte, los derechos reproductivos aseguran a las personas la libertad para elegir y ejercer la reproducción y planificarla.

Es labor de las políticas de salud asegurar el acceso sin discriminación y garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas independientemente de su origen o cultura. En este escenario, las y los profesionales de la salud son garantes de los derechos sexuales y reproductivos de las personas en general y de las y los migrantes en particular, por lo tanto, debe velar por la pertinencia cultural de los programas y atenciones que involucren a personas migrantes y los derechos de estas.

EL ORIGEN COMO BARRERA



" (...) EL PARTO ES PARA EL ISLAM UN ASUNTO DOMÉSTICO, CASERO, PROPIO DE LA CONFORMACION DEL HOGAR, NO UN EVENTO CLÍNICO, NI CIENTÍFICO" (ARBOLEDA Y JUÁREZ, 2016: 42).

" (...) CUANDO LA MUJER MUSULMANA OBJETA LA INTERVENCIÓN EN SU CUERPO E LO HACE PORQUE SU CUERPO ES MÁS QUE UN OBJETO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA Y PORQUE DENTRO DEL ISLAM ES SAGRADO, INFINITO" (ARBOLEDA Y JUÁREZ, 2016: 4).

SEGUN ACNUR, en 2021 hay 84 millones de refugiados y desplazados en el mundo. En Chile, los refugiados son principalmente de Colombia (63,9%), Siria (15,8%), Turquía (4,2%) y otros países (16,1%) (DEM, 2021)





¿SABÍAS QUÉ...?

“En el islam, el cuerpo es un espacio íntimo que solo puede ser observado por una persona del mismo sexo» (Arboleda y Suarez, 2016, p. 46). De este modo «...cuando la mujer musulmana objeta la intervención en su cuerpo, no es solo por un tabú o porque es ignorante o por falta de educación, sino porque su cuerpo es más que un objeto de atención terapéutica [...] el acto médico dentro de la consulta es, inmediatamente, transformado. El médico, allí, deja de ser un simple proveedor en salud, para ser un intermediario entre lo íntimo, lo público y lo sagrado”. (Arboleda y Suárez, 2016, p. 47).

“En la ritualización del nacimiento se plantea que sea el padre la única persona del sexo opuesto que esté presente; todas las demás personas en el parto deben ser mujeres, y su rol fundamental es el de decirle al neonato las primeras palabras que oirá: el nombre de Dios. Así, el parto es para el islam un asunto doméstico, casero, propio de la conformación del hogar. No un evento clínico, ni científico” (Arboleda y Suárez, 2016, p. 42).

TEN PRESENTE:

Según las Naciones Unidas (Convención de 1951), refugiados son las personas que, por temor a la persecución, al conflicto, a la violencia o debido a circunstancias que hayan perturbado el orden público, como consecuencia, requieren de protección internacional.

Por su origen cultural, étnico, social y su condición racial, las personas solicitantes de refugio ven limitados los accesos a trabajo y condiciones dignas para una plena inclusión social en Chile. Al sistema de salud le corresponde proteger los derechos de salud y salud mental de las personas migrantes y refugiadas.



RECUERDA

La interculturalidad es un proceso que requiere de la sensibilización de los equipos de salud respecto de los migrantes, sus tradiciones, hábitos y cultura en salud. La interculturalidad implica “trascender el paradigma biomédico y reconocer que existen otros paradigmas, otros sistemas de salud, otros modelos de conocimientos y un conjunto organizado de prácticas con sus respectivas formas de entender y resolver los problemas de salud” (MINSAL, 2017, p. 22).

