



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL**

**ESTUDIO CUALITATIVO DEL ROL DE LOS FACILITADORES
INTERCULTURALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE
MIGRANTES INTERNACIONALES EN DOS COMUNAS DE LA
REGION METROPOLITANA:
QUILICURA Y SANTIAGO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

CAMILA ANDREA SEPÚLVEDA ASTETE

**PROFESOR GUÍA:
BÁLTICA CABIESES VALDÉS**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
MARIANELLA MAZZEI PIMENTEL
MARÍA GABRIELA RUBILAR DONOSO**

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por
CONICYT-PFCHA/MagísterNacional/ 2018 – 22180042

**SANTIAGO DE CHILE
2019**

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y
POLÍTICAS PÚBLICAS

Por: Camila Andrea Sepúlveda Astete

Fecha: Enero, 2019

Profesor Guía: Báltica Cabieses Valdés

**ESTUDIO CUALITATIVO DEL ROL DE LOS FACILITADORES INTERCULTURALES
EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES EN DOS
COMUNAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA: QUILICURA Y SANTIAGO**

Chile ha evidenciado un significativo aumento en la población migrante internacional, representando en la actualidad el 4.35% del total de la población nacional (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018a). Este aumento no sólo ha sido en número, sino también que en diversidad de los países de origen, lo que sin lugar a dudas ha desafiado a los equipos y servicios de salud, por las barreras culturales e idiomáticas, para aumentar el acceso y cobertura de salud en migrantes (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Una de las acciones llevadas a cabo por los centros de salud es la incorporación de la figura de facilitador intercultural para migrantes internacionales, lo que también es destacado en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile (2018).

A nivel internacional, se describen algunas evidencias en cuanto a las barreras lingüísticas y culturales de los migrantes y la incorporación de traductores e intérpretes en salud, en donde estas funciones son ocupadas por familiares y/o personas voluntarias (Baird, 2011; Morina *et al.*, 2010; Zendedel, Schouten *et al.*, 2016), escaseando evidencia científica del rol de las personas contratadas como facilitadores interculturales. En Chile, el término facilitador intercultural, se describe, por primera vez, en la Política Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) (2003), siendo una persona que articula las necesidades de los usuarios con la red de salud.

Esta investigación aborda exploratoriamente la percepción del rol que cumplen los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales, en las comunas de Santiago y Quilicura, las cuales tienen una alta presencia de población migrante de nacionalidad haitiana, nacionalidad que ha incentivado la contratación de esta figura en los equipos de salud. El objetivo es describir la percepción del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales, mediante el análisis de entrevistas semi-estructuradas realizada a cuatro grupos de actores clave: (1) autoridad sanitaria o referente comunal de migración/participación, (2) trabajadores de la salud, (3) facilitadores interculturales y (4) migrantes internacionales.

Los resultados indican que la percepción del rol de los facilitadores está relacionada con funciones específicas en la traducción, interpretación, educación del sistema sanitario, mediación intercultural y colaboración con labores administrativas. Además, colabora en actividades educativas para migrantes que requieren apoyo con el abordaje de diferencias culturales. Es así, como los facilitadores interculturales se han transformado en un integrante del equipo de salud fundamental para romper y superar las barreras idiomáticas y culturales existentes entre los equipos de salud y los usuarios migrantes internacionales, transformándose en un recurso con elevada carga laboral y escaso, por lo que urge regular en la materia, tanto para su incorporación formal en servicios hospitalarios, como para aumentar la presencia de éstos a nivel de atención primaria.

DEDICATORIA

*A quienes sueñan, se arriesgan, se atreven a ir más allá.
A todos quienes cruzan todo tipo de fronteras.*

AGRADECIMIENTOS

A Báltica Cabieses Valdés, por aceptar ser mi docente guía y transformarse en un gran apoyo para superar cada una de las etapas y obstáculos que se presentaron para lograr dar fin a esta investigación, por el tiempo dedicado a este estudio a pesar de todo lo personal.

A las autoridades y funcionarios del Departamento de Salud de la comuna de Quilicura y la Dirección de Salud de la comuna de Santiago, por abrirme sus puertas y dar la orientación necesaria para poder llevar a cabo el estudio.

A los directores de los Centros de Salud Familiar intervenidos, quienes abrieron sus puertas y brindaron el espacio físico necesario para poder llevar a cabo las entrevistas.

A las autoridades y funcionarios de la Dirección, Servicio de la Mujer y Recién Nacido, y OIRS del Hospital Clínico San Borja Arriarán, quienes abrieron sus puertas y permitieron llevar a cabo la investigación en dicho centro de salud.

A las autoridades y funcionarios de la Dirección, OIRS y Unidad de Maternidad del Complejo Hospitalario San José, por el interés, colaboración y recepción para poder llevar a cabo este estudio.

A el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina – Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, por la recepción del protocolo y aprobación de éste, que permitieron realizar las entrevistas en los Centros de Salud Familiar de Santiago y Quilicura.

A el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, por la recepción, revisión y aprobación del protocolo de investigación, que permitieron realizar las entrevistas en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

A el Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, quien se adhirió a la aprobación realizada por los dos comités éticos mencionados con anterioridad y permitió así realizar las entrevistas en el Complejo Hospitalario San José.

A Anita Jasmén, quien fue un pilar fundamental para acceder a bibliografía a nivel internacional a los inicios de la investigación.

A Alexandra Obach, por su apoyo desinteresado en un momento crucial del desarrollo de este estudio.

Al cuerpo docente del MGPP y a mis compañeras y compañeros quienes, mediante sus diversas experiencias, nutrieron mi formación académica y ampliaron mi mirada en muchos aspectos.

Finalmente, a mi familia, amigas y amigos, por el apoyo constante, la contención, el impulso para decidir tomar este desafío académico e incentivarme a soñar eternamente en que todos contribuimos a mejorar las cosas, pero lo más importante la sociedad en que vivimos.

“...uno no escoge el tiempo para venir al mundo; pero debe dejar huella de su tiempo”- Gioconda Belli.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
1.1 Migración en la actualidad.	3
1.2 Migración Internacional en Chile.....	3
1.3 Migración y salud.....	6
1.4 Derecho a salud en migrantes internacionales.....	9
1.5 Barreras en el acceso a salud en migrantes internacionales.....	10
1.6 Prácticas para mejorar el acceso y oportunidad de atención en salud de migrantes a nivel internacional.....	12
1.7 Política salud de migrantes internacionales en Chile.	14
2. MARCO CONCEPTUAL	16
2.1 Interculturalidad en salud.	16
2.2 Facilitadores interculturales.	18
2.3 Barreras y facilitadores en la atención de salud.....	21
2.4 Buena práctica en salud.....	22
3. MARCO METODOLÓGICO	23
3.1 Pregunta y objetivos de investigación.....	23
3.2 Diseño del estudio.....	24
3.3 Contexto del estudio, selección muestral y reclutamiento de participantes.....	25
3.4 Recolección de datos.....	29
3.5 Análisis de la Información y rigurosidad científica.	29
3.6 Aspectos éticos.....	31
4. RESULTADOS	34
4.1 Caracterización de los centros de salud en donde se realiza el estudio.....	34
4.1.1 Comuna de Quilicura.....	34
4.1.2 Comuna de Santiago.....	36
4.1.3 Complejo Hospitalario San José.....	37
4.1.4 Hospital Clínico San Borja Arriarán	38
4.2 Perfil demográfico de los entrevistados.....	38
4.3 Experiencias de facilitadores interculturales en la atención de salud	41
4.4 Funciones de los facilitadores interculturales	44
4.5 Ventajas y desventajas de contar con facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales	50
4.6 Cuidados de salud mental en facilitadores interculturales	54

4.7	Barreras y facilitadores en la implementación de facilitadores interculturales	55
4.8	Recomendaciones para la incorporación de facilitadores interculturales en el marco de la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en Chile	57
5.	DISCUSIÓN	62
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
7.	ALCANCE	74
8.	BIBLIOGRAFÍA	75
	Anexo N°1: Pauta entrevista semi-estructurada.....	83
	Anexo N°2: Consentimiento Informado aprobado por Comité Ético Científico Facultad de Medicina- Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Versión Español	85
	Anexo N°3: Consentimiento Informado aprobado por Comité Ético Científico Facultad de Medicina- Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Versión Creol	89
	Anexo N°4: Consentimiento Informado aprobado por Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central. Versión Español	93
	Anexo N°5: Consentimiento Informado aprobado por Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central. Versión Creol	97
	Anexo N°6: Información Demográfica. Versión Español.....	101
	Anexo N°7: Información Demográfica. Versión Creol	102
	Anexo N°8: Consentimiento Institucional.....	103
	Anexo N°9: Operacionalización del foco y temática de la investigación.	104
	Anexo N°10: Acta aprobación de estudio por Comité Ético Científico Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.	106
	Anexo N°11: Acta aprobación de estudio por Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central.....	108
	Anexo N°12: Acta aprobación de estudio por Comité de la Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte	110

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Muestra.....	27
Tabla 2: Nacionalidad, edad y nivel educacional según grupo de actor clave.	39
Tabla 3: Cuadro resumen sobre percepción del rol del facilitador intercultural en la atención de salud de migrantes internacionales.....	40
Tabla 4: Principales hallazgos para cada objetivo de la investigación.....	70

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Determinantes sociales de la salud en migrantes según categorías.....	7
Ilustración 2: Flujograma de selección de la muestra.....	28
Ilustración 3: Resumen de resultados	61

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cantidad y porcentaje de migrantes internacionales según país de nacimiento. CENSO 2017.....	4
Gráfico 2: Distribución de población migrante haitiana según tramo de edad. Quilicura y Santiago. CENSO 2017.	5
Gráfico 3: Migrantes inscritos válidamente por FONASA según país de nacimiento. Comuna de Quilicura.....	35
Gráfico 4: Número de migrantes según país de nacimiento. CESFAM Irene Frei de Cid. Quilicura.	36
Gráfico 5: Número de migrantes según país de nacimiento. CESFAM Arauco. Santiago	37

INTRODUCCIÓN

Chile se ha transformado en un país de destino para migrantes internacionales, observándose un aumento promedio anual de 4.9% entre los años 2010-2015 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017), con una tendencia en alza de personas provenientes de países latinoamericanos (Rojas & Silva, 2016). Esto conlleva a que, actualmente, los migrantes internacionales representen un 4,35% de la población total en Chile (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018a).

El aumento tanto del número de migrantes internacionales como la diversificación de países de origen de éstos, ha desafiado a los servicios de salud y sus equipos, los que han realizado diversas acciones para mejorar el acceso y cobertura de salud en migrantes, tales como: capacitaciones a migrantes, folletos, materiales educativos en el idioma adecuado, entre otros (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Sin embargo, el reto radica en institucionalizar dichas prácticas, para que no dependan de voluntades particulares (Calderon & Saffirio, 2017, p. 54).

El Estado de Chile, considerando que la salud de las personas migrantes debe ser un puente hacia el respeto de los derechos humanos, que tiene gran importancia para la salud pública (Van der Laat, 2017, p. 35) y reconociendo las barreras lingüísticas y culturales que enfrentan tanto migrantes internacionales como equipos sanitarios en la atención de salud, ha dado las bases para que, en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile se destaque la importancia de contar con facilitadores interculturales (mediadores culturales y facilitadores lingüísticos) en centros de salud para la atención de migrantes que lleven poco tiempo en el país y presenten dificultad idiomática y/o cultural (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

A nivel internacional, es muy escasa la literatura científica relacionada al estudio de barreras lingüísticas y culturales con población migrante en el acceso y oportunidad de atención en salud. A pesar de ello, se han descrito experiencias de intérpretes o traductores en salud (Aguilar-Solano, 2015; Baird, 2011; Morina, Maier, & Schmid Mast, 2010; Zendedel *et al.*, 2016), en donde se estudian a familiares que ofician de traductores y/o personas voluntarias que van a traducir a centros de salud en lugares en donde se concentra un gran número de migrantes con barreras lingüísticas y/o culturales, escaseando evidencia científica del rol de personas contratadas como facilitadores interculturales.

El término de facilitador intercultural en Chile se describe en la Política Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) (2003), en donde el facilitador intercultural es un funcionario perteneciente a un pueblo indígena, cuyo rol es articular las necesidades de los usuarios de origen indígena con la Red Asistencial de Salud, esto con el foco de resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a estos pueblos, provocadas por barreras culturales lingüísticas, identitarias y de diferencias en percepción de problemas de salud (Comisión de Política de Salud y Pueblos Indígenas, 2003; MINSAL & Banco Mundial, 2017).

En nuestro país se ha observado que diversos centros de salud con alto porcentaje de población migrante internacional haitiana han contratado a personas que ofician de “facilitadores lingüísticos, traductores y/o mediadores culturales”, ejerciendo, de cierta

forma, una réplica al rol de facilitador intercultural descrito en PESPI, con el fin de responder a la actual demanda y necesidad de comunicación efectiva con toda la población migrante internacional que requiere atención en salud. A pesar de ello, se sabe muy poco sobre el verdadero rol de éstos, ya que puede que en la práctica oficien solo como traductores y/o intérpretes, como se ha visto a nivel internacional (Baird, 2011; Zendedel *et al.*, 2016).

Es por eso que, este estudio trabaja con el concepto de facilitador intercultural, el cual incluye a facilitadores lingüísticos y mediadores culturales, mediante el análisis de entrevistas semi-estructuradas sobre la percepción de cuatro grupos de actores clave (trabajadores de salud en atención primaria y secundaria, migrantes internacionales, autoridades sanitarias o referentes de migración/promoción y facilitadores interculturales), para responder a la pregunta de investigación sobre ¿Cuál es la percepción de los distintos actores clave en torno al rol de facilitadores interculturales durante la atención de salud a personas migrantes internacionales?

El estudio se lleva a cabo en las comunas de Quilicura y Santiago, las que ocupan el primer y tercer lugar, respectivamente, en número de migrantes internacionales de nacionalidad haitiana (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b). Además, se selecciona a Quilicura por ser la primera comuna del país en recibir el Sello Migrante, que es una distinción del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, el cual reconoce las acciones comunales en favor de la inclusión y disminución de la discriminación de la población migrante. Santiago, también cuenta con esa distinción hace más de un año, transformándose en la cuarta comuna en obtenerlo; además esta comuna es la que mayor número de migrantes internacionales tiene a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b) y fue parte del Piloto de Salud de Inmigrantes (Ministerio de Salud de Chile, n.d., 2015), que se transformó en la base para la elaboración de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, previamente mencionada.

A nivel estructural, esta tesis está organizada en 6 grandes apartados; 1) Antecedentes del problema; 2) Marco conceptual; 3) Marco Metodológico; 4) Resultados del análisis; 5) Discusión y 6) Conclusiones y recomendaciones. El primer apartado entrega al lector un panorama de migración internacional en Chile, migración y salud, derecho a la salud en migrantes internacionales, barreras en el acceso a salud y prácticas para mejorar el acceso y oportunidad de atención en salud de migrantes a nivel internacional, finalizando con la Política de Salud para Migrantes Internacionales en Chile. El segundo apartado aborda los conceptos de interculturalidad en salud, facilitadores interculturales, barreras y facilitadores en la atención de salud y buena práctica en salud. El tercer apartado da cuenta de la justificación de la metodología a utilizar, la selección de la muestra, operacionalización de las variables, rigurosidad científica y aspectos éticos de la investigación. Mientras que el cuarto apartado aborda los principales resultados de la investigación. El quinto apartado corresponde a la discusión de los resultados en comparación a la literatura internacional disponible a la fecha. El sexto y último apartado entrega al lector las principales conclusiones del estudio, las limitaciones y alcances de la investigación e interrogantes que plantea el estudio y que podrían ser luces para futuras investigaciones en la materia.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 Migración en la actualidad.

La Organización Internacional para las Migraciones¹ (2012), define a migrante como “cualquier persona que por diversas razones económicas y personales se moviliza de su lugar de origen a un destino, con la intención de establecerse en él de forma temporal o permanente” (p.9) y se diferencia de la persona refugiada, pues ésta se moviliza obligada o impulsada por factores externos (guerras, catástrofes y persecución).

En el mundo, las últimas cifras oficiales correspondientes al año 2015 indican que, aproximadamente un 3.3% de la población mundial, vive temporal o permanentemente fuera de sus países de origen (Organización Internacional para las Migraciones, 2018), además, si se mantiene el actual ritmo se calcula que los migrantes internacionales para el año 2050 podría alcanzar la cifra de 405 millones personas (Organización Internacional para las Migraciones, 2018).

En Latinoamérica, la migración internacional no es un fenómeno nuevo. En los últimos años se han identificado dos patrones migratorios: “feminización de la migración” y “migración sur-sur”. El primer patrón se refiere al aumento de participación femenina en el proceso migratorio, existiendo una mayor proporción de éstas en los países receptores (Caballero *et al.*, 2008), en cambio el segundo patrón hace referencia al movimiento de personas en la región de países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados (Oyarte *et al.*, 2017, p. 183).

La OIM (2012), establece que dentro de los principales motivos para migrar se encuentra la inestabilidad laboral, pobreza, inseguridad, carencias sanitarias y educativas. Por lo cual, se reconoce que muchas de estas personas no migran porque “quieren”, sino porque no tienen otra opción, siendo la principal motivación encontrada el deseo de brindar a los hijos e hijas una mejor educación y mejores condiciones de vida, en general.

1.2 Migración Internacional en Chile

Chile desde inicios de los años 60 hasta la década del 80 se caracterizaba por estar compuesto por migrantes internacionales provenientes, principalmente, de países europeos (Alemania, España e Italia) que representaban el 40% de los migrantes internacionales residentes. Ya a inicios de los años '90 la migración desde Argentina representaba casi un tercio del total de migrantes internacionales en el país (SEREMI Región Metropolitana, 2015, p. 4).

En la actualidad, Chile se ha transformado en un país de destino para migrantes internacionales, observándose un aumento promedio anual de 4.9% entre los años 2010-2015 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017), con una tendencia en alza de personas provenientes de países latinoamericanos (Rojas & Silva, 2016). Si bien en el año 2002 los migrantes internacionales representaban un 1.2% de la población

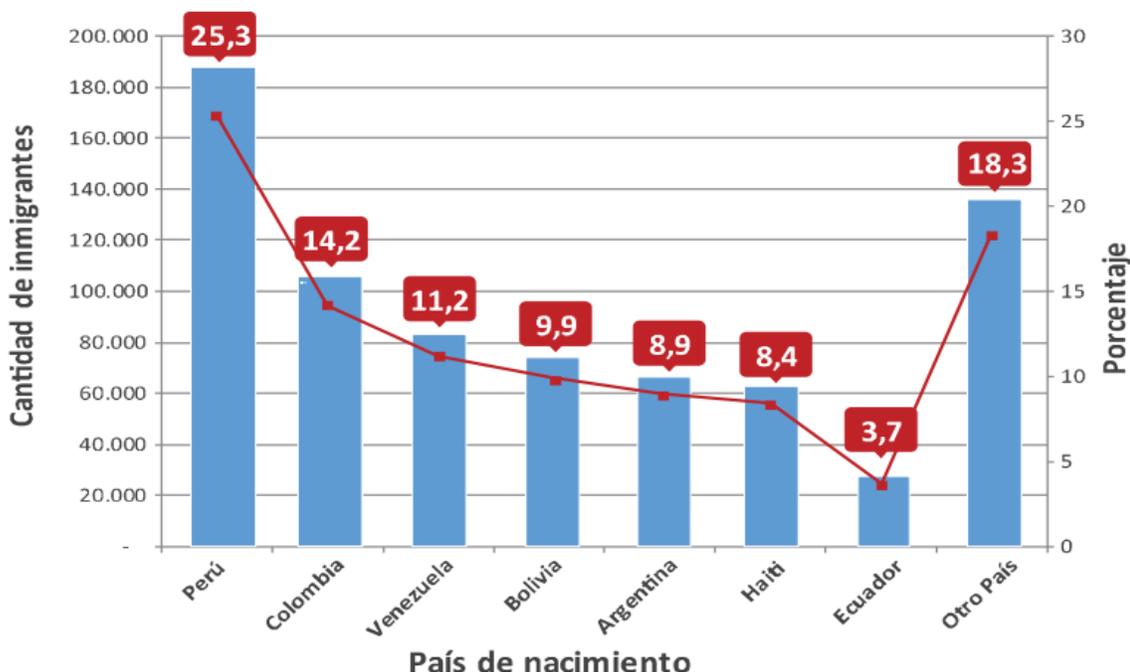
¹ OIM en adelante.

nacional, alcanzando el número de 184.464 personas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2002, p. 18), ahora ascienden a 784.685 personas, lo que representa un 4.35% de la población total en Chile y de éstos el 66.7% ingresó a Chile entre 2010-2017, principalmente en el año 2016 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018a).

La migración desde países andinos comienza a tener preponderancia en los últimos 15 años. En el CENSO del año 2002 las personas provenientes de Perú representaban el 20% total de migrantes internacionales (Instituto Nacional de Estadísticas, 2002, p. 18), mientras que para el año 2013 incrementaba, llegando a representar un 33% de los migrantes residentes, seguida de Argentina con un 15% y Colombia con un 13.8%. (Ministerio de Desarrollo Social, 2015, p. 5).

Las últimas estadísticas censales (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018a), entregan resultados de la configuración de la actual población migrante según país de nacimiento, obteniendo así que los principales países de origen son Perú (25.3%), Colombia (14.2%) y Venezuela (11.2%), mientras que Haití ocupa el sexto puesto con un 8.4% del total de migrantes internacionales (Gráfico 1).

Gráfico 1: Cantidad y porcentaje de migrantes internacionales según país de nacimiento. CENSO 2017.



Fuente: Elaborado por Instituto Nacional de Estadísticas, 2018.

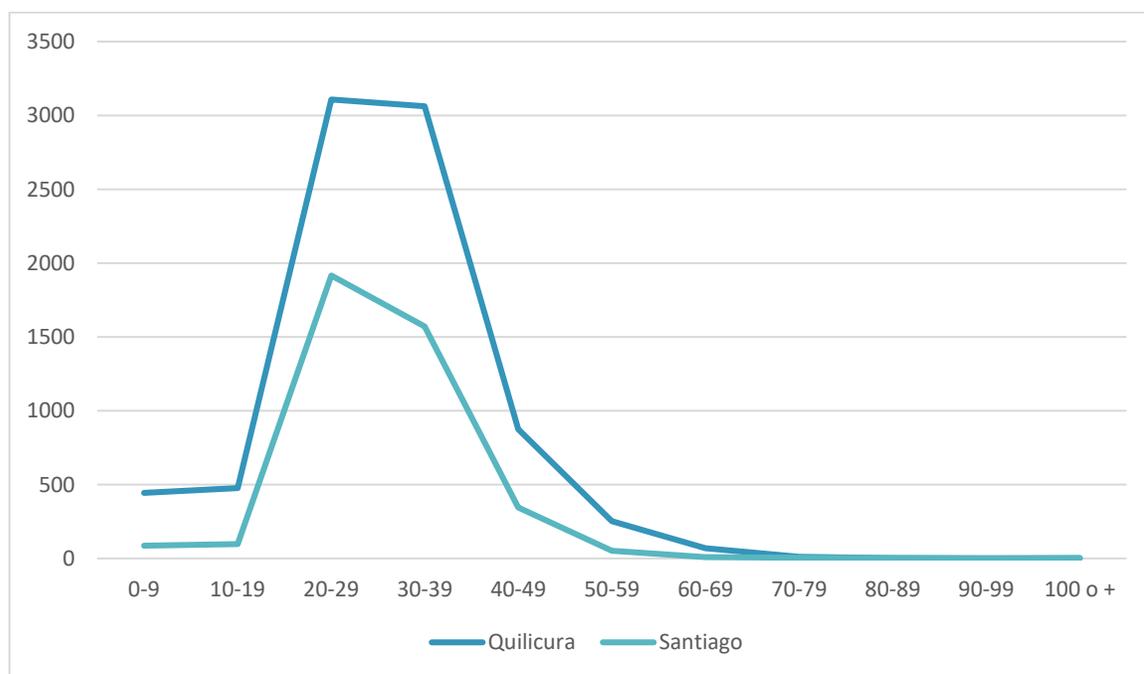
En cuanto a la distribución nacional de migrantes, el 62.01% se concentra en la región Metropolitana, representando un 7% del total de la población de esta región. Seguida de la región de Antofagasta con un 7.99% del total de migrantes, lo que corresponde a un 11% de la población regional; y la región de Tarapacá con un 5.56% del total nacional de migrantes, lo que representa a un 14% del total de población regional (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b).

Dentro de la región Metropolitana, las comunas que presentan mayor número de migrantes internacionales son Santiago (112.439), Las Condes (31.012), Independencia (30.324), Recoleta (24.065) y Estación Central (22.935) (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b).

En el contexto de esta investigación se hace especialmente interesante el conocer las comunas que tienen mayor número de población migrante haitiana, dado que el 100% de las comunas que cuentan con facilitador intercultural, para la atención de salud de migrantes internacionales, ha sido contratado para brindar atención a población de nacionalidad haitiana². Es así, que se evidencia que las comunas con mayor número de personas provenientes de Haití a nivel nacional, son: Quilicura (8.306) en donde el 60.5% son hombres y el 39.5% mujeres, Estación Central (6.053) con un 64% hombres y 36% mujeres, Santiago (4.089) en donde el 68% son hombres y el 32% mujeres y San Bernardo (3.494) con un 67% hombres y 33% mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b).

Finalmente, en cuanto a la distribución de la población migrante de nacionalidad haitiana según edad (ver Gráfico 2), se obtiene para ambas comunas, que la mayor concentración se encuentra entre las edades de 20 y 39 años, con un 74.3% del total de la población migrante haitiana en Quilicura y 85% según el total de migrantes haitianos en Santiago. En cuanto a los menores a 20 años, se obtiene que representan el 11.1% del total en Quilicura y el 4.5% en la comuna de Santiago (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b).

Gráfico 2: Distribución de población migrante haitiana según tramo de edad. Quilicura y Santiago. CENSO 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados CENSO 2017.

² La región Metropolitana de Chile tiene 52 comunas, de las cuales 29 cuentan con la figura de facilitador intercultural y en todas ellas ha sido contratado para brindar atención a población migrante de nacionalidad haitiana.

1.3 Migración y salud.

La OIM destaca que la migración no constituye por sí misma un riesgo para la salud, sin embargo, las condiciones que acompañan al proceso migratorio y de vida en los migrantes internacionales constituyen un determinante social de ésta, pues esas condiciones pueden exponer a mayores riesgos para la salud y aumentar la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural (Organización Internacional para las Migraciones, 2012; Van der Laet, 2017).

La Organización Mundial de la Salud³, define como determinantes sociales de la salud a las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Por tanto, son las condiciones de vida que causan buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de ellos mismos (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 1). Estas circunstancias de vida se encuentran definidas, principalmente por la distribución del poder, los recursos y el dinero que determinan el lugar que cada sociedad, grupo humano o persona ocupa en la estructura organizacional (jerarquía social) (SEREMI Región Metropolitana, 2015, p. 3).

Bajo la premisa de los determinantes sociales, y que la expresión de éstos resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 1), se concluye que estas condiciones son el origen de profundas inequidades en la sociedad y que de alguna forma u otra pueden afectar el desarrollo de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 97). Más aún, considerando que la salud es un bien apreciable, no sólo por el desarrollo del bienestar de las personas, sino más bien desde el punto de vista que se transforma en un habilitante para que cada miembro de la sociedad sea un agente social, por tanto algo que afecte al estado de salud puede afectar a la estructura de todo el grupo social (SEREMI Región Metropolitana, 2015).

Las intenciones y modalidades en que se realiza la migración son muy diversas y no siempre las más adecuadas, aumentando la vulnerabilidad de la salud para las poblaciones migrantes y local. De esta forma, la migración por sí misma, es un determinante de la salud en los espacios de tránsito, destino, origen y retorno (Organización Internacional para las Migraciones, 2012). Además, la combinación de barreras legales, sociales, económicas, culturales, conductuales y de comunicación durante el proceso migratorio aumentan los riesgos de problemas de salud. Incluso, más allá de la discriminación, el estigma, la inequidad y los sentimientos antimigración aumentan la exclusión social, que afecta de forma muy importante la salud de las personas (Van der Laet, 2017, p. 33)

Los factores principales que afectan a la salud de los migrantes internacionales son las condiciones laborales, barreras culturales, acceso y uso a servicios de salud, condiciones previas en el país de origen y tiempo de residencia en el país de destino (Cabieses *et al.*, 2017). Además, se pueden sumar situaciones de xenofobia y discriminación, falta de

³ OMS en adelante.

información pertinente y contextualizada, políticas específicas limitadas y violaciones a los derechos laborales (Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

La OIM clasifica a los determinantes de la salud asociados a la migración en cinco categorías: factores biológicos y hereditarios; estilos de vida; factores sociales y comunidad; condiciones de vida y trabajo, y factores estructurales y políticas (Ilustración 1).

Ilustración 1: Determinantes sociales de la salud en migrantes según categorías.



Fuente: Organización Internacional para las Migraciones, 2012.

La OIM plantea necesario el cuidado de la salud de los migrantes internacionales en el lugar de destino, pues, básicamente, la salud es un derecho humano irrenunciable y la falta de atención a aquello puede generar grandes costos sociales, económicos y políticos para el país anfitrión (Organización Internacional para las Migraciones, 2012; Zepeda & Malena, 2013 en SEREMI Región Metropolitana, 2015). Además, la OMS apela a los países para que formulen políticas intersectoriales con el fin de proteger la salud de los migrantes internacionales, teniendo en cuenta los determinantes sociales que influyen en ella (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 24). Por tanto, la salud de las personas migrantes internacionales debe ser un puente hacia los derechos humanos, siendo importante para la salud pública (Van der Laet, 2017, p. 35).

Las condiciones de vida y trabajo de los migrantes internacionales en Chile presentan grandes diferencias en relación con la población general. En relación con trabajo, según actividad, la población ocupada es mayor en migrantes que en chilenos (71.9% versus 52.8%) y la población inactiva es mayor en nacionales que migrantes internacionales (43.2% y 25% respectivamente) (Pedrero *et al.*, 2017, p. 126). En cuanto a salud, si bien

la mayoría de la población migrante es beneficiaria de FONASA⁴ y se concentra en los primeros tramos (A y B) este grupo de un 13,6% menor que la población chilena (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Además, un 15.8% de la población migrante internacional versus un 2.2% de la población chilena no se encuentra afiliada a ninguna previsión de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Para el año 2015, el 26.6% de los niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, hijos de mujeres migrantes, no están adscritos a ningún sistema de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2015), lo que influye directamente en el acceso de estos menores a inmunizaciones, controles de salud preventivos, programa nacional de alimentación complementaria y al Subsistema Chile Crece Contigo⁵ (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Además, destaca que más del 50% de los niños migrantes entre 1 y 6 años, proviene de hogares pobres multidimensionales, esta cifra es el doble que en la población chilena (Pedrero *et al.*, 2017, p. 128).

Al analizar las condiciones de vivienda, el 24.4% de los migrantes internacionales versus un 9.1% de los nacidos en el país, se encuentran viviendo en condiciones de hacinamiento⁶ (Ministerio de Desarrollo Social, 2015; Pedrero *et al.*, 2017, p. 125) y cerca del 10% del grupo migrante se encuentra en condiciones críticas de hacinamiento⁷, lo que se contrasta con el 1% de los chilenos que se encuentran en dicha situación (Pedrero *et al.*, 2017, p. 142). Al desagregar el dato según país de nacimiento, la población de nacionalidad haitiana es la que cuenta con la mayor tasa de hacinados (52.8%), seguida de la peruana (39.3%). La cifra es más alarmante, dado que los haitianos hacinados suelen experimentar un hacinamiento medio alto (48.3%), mientras que los peruanos un hacinamiento crítico (19.1%) (CASEN, 2013 en Rojas & Silva, 2016, p. 37).

En cuanto a la atención de salud de migrantes internacionales, un estudio realizado respecto a las brechas de desigualdad de salud en niños migrantes, con estadísticas del año 2012, arrojó que hay una mayor proporción de personas migrantes internacionales con riesgo biopsicosocial durante el embarazo (62,3% vs 50,1% en chilenas) y con ingreso tardío a controles prenatales (63,1% vs 33,4%). Además, se halló una mayor proporción de niños migrantes fuera del sistema escolar y que la causa más frecuente de egresos hospitalarios en migrantes entre 7-14 años es traumatismos/ otras causas

⁴ FONASA: Fondo Nacional de Salud, es un Seguro Público de salud en Chile que da cobertura en atención de salud tanto a personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Los beneficiarios se clasifican según tramos dependiendo sus ingresos, así las personas carentes de recursos pertenecen al tramo A y obtienen gratuidad en todas las prestaciones de salud en el servicio público; al tramo B pertenecen personas que perciben un ingreso imponible mensual igual o menor a \$276.000, y quienes perciben pensiones, obteniendo gratuidad en todas las prestaciones de salud en el servicio público; al tramo C pertenecen las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$276.000 y menor o igual a \$402.960, obtienen un 90% de bonificación, pagando un 10% en prestaciones de salud en los servicios públicos; y al tramo D pertenecen todas las personas con un ingreso imponible mayor a \$402.960 y estas obtienen un 80% de bonificación y pagan un 20% del valor de las prestaciones de salud en los servicios públicos. Los tramos B, C y D, además, pueden comprar bonos para atenciones de salud en el extrasistema.

⁵ Chile Crece Contigo es una política pública cuyo origen data del año 2007 y es parte del Sistema de Protección Social administrado, coordinado, supervisado y evaluado por el Ministerio de Desarrollo Social de Chile. La misión de este subsistema es acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias. Chile Crece Contigo entrega a los niños y niñas un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento, además de apoyar a las familias, para que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor a las necesidades particulares de cada niño, en salud, educación, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros. Tiene una cobertura desde la gestación hasta los 9 años de vida, actualmente.

⁶ Condición de hacinamiento es cuando 2.4 personas o más comparten un dormitorio.

⁷ Condición crítica de hacinamiento es cuando 5 o más personas comparten dormitorio.

externas (23,6% vs 16,7% en chilenos) (Cabieses *et al.*, 2017). Otro estudio obtuvo como resultado que la principal causa de egreso de la población extranjera es “embarazo, parto y puerperio (CIE-10 000-099)”, con un 43,7 % del total versus un 19,4 % en las chilenas (Agar Corbinos *et al.*, 2017).

Por tanto, intervenir y facilitar las condiciones de mayor inclusión que generen el acceso de las poblaciones migrantes a los servicios de salud y apoyo social de calidad, resulta beneficioso para toda la sociedad, pues contar con población migrante saludable genera mayor productividad e ingresos para los países receptores y evita una mayor carga a los sistemas de salud, atendiendo desde la prevención (Van der Laet, 2017, p. 31). Por lo que se hace necesario evaluar cuál es el rol que cumplen los facilitadores interculturales para migrantes internacionales en salud, determinando si este actor ha influido en mejorar las condiciones de inclusión de la población migrante internacional, apuntando así a intervenir en las categorías de estilos de vida y sociales y de comunidad de los determinantes sociales en salud (Ilustración 1, pág. 13). Esta investigación espera evaluar si este actor ha contribuido en disminuir las barreras culturales y de acceso a información y la exclusión, y si ha aportado para transformar a los servicios de salud en amigables para la población migrante internacional en Chile.

1.4 Derecho a salud en migrantes internacionales.

Los Estados Miembros de la OMS (1946) acordaron un principio internacional fundamental, en virtud del cual “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social...”(p.1). Ratificado en el año 1966, por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, en donde los Estados Partes “... reconocen el derecho de toda persona al disfrute de más alto nivel posible de salud física y mental” (Organización de las Naciones Unidas, 1966).

Dado que la salud es inherente a la condición de ser humano, la OMS a partir de la resolución A61/17, manifiesta su preocupación y apoya todas aquellas políticas que tengan como objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes internacionales independientemente de su estado jurídico (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 24). Es decir, el derecho a la salud debe ser exigido y respetado, sin importar donde se encuentre la persona, su nacionalidad o situación migratoria (Organización Internacional para las Migraciones, 2012, p. 13), porque las personas tienen el derecho de migrar y su derecho a salud habita en ellas.

El enfoque a salud global, trasciende fronteras y gobiernos y exhorta a buscar la efectividad del derecho a la salud a toda persona, sin que otro factor influya en aquello (Organización Internacional para las Migraciones, 2012). La OMS declara que los países están llamados a fomentar entre los proveedores y profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes (Organización Internacional para las Migraciones, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2008).

La OIM plantea que excluir a los migrantes de un enfoque de salud basado en los derechos es una mala práctica de salud pública, pues aumenta la vulnerabilidad, crea discriminación y desigualdades sanitarias y las exacerba, lo que influye en la generación de un mayor gasto sanitario para los migrantes y a nivel general viola sus derechos. Por el contrario, atender las necesidades sanitarias de los migrantes puede mejorar tanto la salud de ellos como los resultados sanitarios, además influye en facilitar la integración, evitar gastos sanitarios y sociales prolongados, contribuyendo al desarrollo social y económico, destacando que lo más importante es que se protege la salud pública y los derechos humanos (Organización Internacional para las migraciones, 2013).

Retomando los determinantes sociales de la salud en los migrantes internacionales, se debe reconocer que los migrantes pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación, violencia y explotación, que puede afectar su salud física y mental (Organización Internacional para las migraciones, 2013; Van der Laet, 2017).

Entonces, avanzar en políticas nacionales de salud que tengan en cuenta el derecho de los migrantes a salud independiente de su condición jurídica, es esencial. Ahora bien, en los países en que los migrantes tengan acceso a servicios de salud, hay que evaluar si éstos tienen en cuenta las necesidades en cultura o idioma de los migrantes (Organización Internacional para las migraciones, 2013). La interculturalidad, se hace latente, dado que exige y requiere que los viejos modelos únicamente biologicistas y medicalizados, pasen a ser sustituidos por modelos con enfoque integral, holístico y contextualizados a las condiciones características y cosmovisión de las personas (Albó, 2004 en Organización Internacional para las Migraciones, 2012, p. 7).

Por tanto, avanzar en la cobertura universal y con enfoque intercultural y de derechos, es estratégico y contribuye a mejorar los resultados y proteger la salud de toda la población (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 7). Evaluar si los facilitadores interculturales, considerados en la Política de Salud en Migrantes Internacionales (2018), son una estrategia para responder a las necesidades idiomáticas y culturales se transforma en una base fundamental para determinar si los servicios de salud públicos chilenos están avanzando en atención de salud a migrantes con enfoque intercultural.

1.5 Barreras en el acceso a salud en migrantes internacionales.

Las barreras son aquellos factores que impiden total o parcialmente la realización de alguna acción (Orrego *et al.*, 2009). Se han descrito las diferencias y dificultades que pueden presentar los migrantes internacionales durante todo el proceso migratorio y cómo estos influyen en la calidad de vida y salud de éstos, reconocidos como determinantes sociales en la salud.

En la atención de salud de migrantes se reconocen factores que pueden ir desde lingüísticos hasta culturales, que se transforman en barreras hacia el acceso y oportunidad de salud. Se destaca como factores que influyen para que los migrantes internacionales puedan buscar y/o recibir información y cuidado en salud, el bajo nivel

económico, estatus migratorio indocumentado, barreras idiomáticas y culturales, entre otros (Cabieses *et al.*, 2017, p. 33; Organización Internacional para las Migraciones, 2012). Es por ello que la OIM (2012), destaca la existencia de barreras de comunicación intercultural, percepción de salud y enfermedad según cultura y barreras idiomáticas, en la atención de salud a migrantes internacionales, por lo que las políticas de salud migratorias deberían tener en cuenta estas barreras, con un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.

A nivel internacional existen estudios en los cuáles se ha demostrado la brecha lingüística en prestaciones de salud a migrantes internacionales por no hablar el idioma oficial de su país de acogida (Brisset *et al.*, 2013; Hadziabdic *et al.*, 2014). Además, un estudio realizado en Chile (Bernaes *et al.*, 2017) arrojó que profesionales de las salud refieren falta de herramientas para atender a una población culturalmente diversa y desconocida, existiendo limitantes desde el lenguaje hasta las costumbres alimentarias. Tales diferencias culturales que cruzan todos los ámbitos del quehacer humano, incluyendo la atención de salud en el país receptor en que los sistemas de salud tienen su propia subcultura y normativas.

A nivel internacional, la literatura informa que tales barreras influyen en malos resultados en la salud de estas personas, tales como: un diagnóstico inapropiado (Divi *et al.*, 2007), una adherencia más pobre al tratamiento y seguimiento, hospitalizaciones más largas y menor satisfacción del paciente (Weech-Maldonado *et al.*, 2004) y que una forma de superar estos problemas es trabajar con intérpretes (Brisset *et al.*, 2013). Lo que está directamente relacionado con lo planteado por OIM, organismo que enfatiza en la importancia de entender los perfiles y las creencias de salud de los migrantes, de esta forma se darán posibilidades mejoradas de integración exitosa a las comunidades huéspedes (Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

Chile publica a inicios del año 2018 la Política de Salud de Migrantes Internacionales (2018), en la cual se establecen los lineamientos estratégicos para lograr contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos. En los lineamientos establecidos se destaca la armonización y adecuación del marco normativo, desarrollar un sistema sensible a las personas migrantes que mejore la accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud. Es en este último lineamiento, en donde se especifica que los aspectos más importantes en el eje de accesibilidad están asociados a las dimensiones de información y no discriminación, realizando difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud, la formación de funcionarios de la salud sobre “Migración y Salud”. Y el eje de aceptabilidad está orientado a prestaciones de salud con aspectos culturales, con estrategias interculturales específicas en comunicación que contribuyan a disminuir barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, incluyendo desarrollo de servicios de facilitación lingüística (traductores presenciales, intermediación remota, y otras estrategias digitales) y mediación cultural que tienen como objetivo disminuir las barreras que se generan en la interacción con diversas instituciones de salud, funcionarios y actores sociales.

En Chile existe un estudio de caso realizado en la comuna de Quilicura, en donde la población migrante aumentó en un 260% en diez años (2002-2012) (Cabrerá *et al.* 2016, p. 476) que describe las acciones realizadas para la inserción de migrantes en el sistema de salud, sobre todo a población haitiana, quien presenta mayor dificultad dado la barrera idiomática. Se destacan en él, la realización de cursos de creol⁸ a los funcionarios de los centros de salud, realización de diagnóstico comunal de la percepción de migrantes internacionales sobre los servicios de salud y la incorporación de facilitadoras interculturales, que inicialmente servían como traductoras de la relación médico-paciente haitiano, sin embargo sus labores se ampliaron dado la alta demanda desde profesionales del programa de salud de la mujer y el niño, y a características intrínsecas de las personas que oficiaban como facilitadoras interculturales, incorporándose al equipo de visitas domiciliarias, realizando traducción de material educativo al creol y contribuyendo a comprender códigos comportamentales de la cultura haitiana, tales como prácticas de crianza y alimentación (Cabrerá *et al.*, 2016, p. 482). Dado que no existen más investigaciones al respecto, este estudio espera contribuir en el vacío académico respecto al rol de los facilitadores interculturales en los servicios de atención de salud primaria y secundaria.

1.6 Prácticas para mejorar el acceso y oportunidad de atención en salud de migrantes a nivel internacional.

La migración también lleva a que las comunidades receptoras se vean enfrentadas a dificultades, como el aumento de la diversidad de la población, y consiguiente cambio en su perfil cultural y en las perspectivas sanitarias de los pacientes, lo que inevitablemente afecta el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud (Organización Internacional para las migraciones, 2013). Sin embargo, la atención a las necesidades sanitarias de los migrantes mejora su salud, evita la estigmatización y los costos sanitarios y sociales a largo plazo, protegiendo así la salud mundial, facilitando la integración y contribuyendo al desarrollo social y económico del país de acogida (Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

La literatura destaca lo beneficioso que puede ser facilitar condiciones de inclusión, dado que contar con población migrante saludable genera mayor productividad e ingresos para los países receptores, evitando una mayor carga a los sistemas de salud y atendiendo desde la prevención y la atención temprana (Cabieses *et al.*, 2017, p. 31). El respeto y reconocimiento por la diversidad y la multiculturalidad es el primer paso para que podamos enriquecernos mutuamente (Sandoval, 2016).

A nivel internacional existen estudios relacionados a abordar la barrera lingüística de migrantes internacionales que acuden a servicios de salud, enfatizando en el alto impacto de las barreras idiomáticas en la calidad de la atención médica. Un estudio realizado en Alemania de usuarios con patologías de salud mental concluyó que aunque en un principio el costo del tratamiento es más alto por la asistencia de intérpretes, a largo plazo

⁸ Idioma hablado en Haití.

éstos disminuyen, pues permite un tratamiento orientado a los objetivos terapéuticos, evitando la cronicidad y diagnósticos erróneos (Schreiter *et al.*, 2016). Otro estudio realizado en Turquía refiere que existe un mayor potencial para el desarrollo de la traducción en las principales ciudades del país, que alojan a un gran número de refugiados, que podría incluir capacitación del personal de salud u otras partes interesadas, como intérpretes (Schouten *et al.*, 2012).

A pesar de los aportes de la interpretación, se destaca que ésta es más que una técnica para hacer que el servicio de salud sea más accesible para los pacientes que no hablan el idioma del país que acoge (Brisset *et al.*, 2013). El intérprete también transmite aspectos culturalmente específicos, como la comprensión de la enfermedad, la interacción con las personas de autoridad, entre otros (Morina *et al.*, 2010). Es así que un buen intérprete es descrito como no solo la persona que cubre la capacidad de lenguaje, sino que también el origen, la religión, el dialecto, el género, entre otras características, haciéndose necesario que estos intérpretes desarrollen estrategias para una atención médica personalizada y evitar la comunicación inapropiada (Hadziabdic & Hjelm, 2014). Resaltando la importancia de que la interpretación profesional debe incluir cursos de mediación cultural (Brisset *et al.*, 2013) y que la empatía y la compasión se vuelven esenciales para un rol integral (Aguilar-Solano, 2015), debiendo además ser cautelosos y avisar al profesional de salud cuando esté a punto de dar un paso en falso culturalmente hablando (Morina *et al.*, 2010).

Se debe garantizar una buena comunicación en el encuentro de la atención médica, a fin de proporcionar atención de salud individual y holística (Hadziabdic *et al.*, 2014), para ello es necesario que en las organizaciones de atención médica se tenga acceso a intérpretes profesionales altamente calificados (Hadziabdic *et al.*, 2009; Schouten *et al.*, 2012). Pues, una comunicación satisfactoria tiene un impacto significativo, a raíz de aquello, los servicios de intérpretes deben ser lingüística, cultural y socialmente competentes, por eso se apela a que si bien el uso de intérpretes familiares o personal no capacitado puede ser muchas veces una solución, a menudo la consulta no tiene resultados satisfactorios (Krupic *et al.*, 2016).

Por otro lado, los profesionales de salud que trabajan en atención primaria destacan la necesidad de contar con sensibilización en competencia cultural (Bernal *et al.*, 2017). Otro estudio concluye que los médicos de cabecera deben ser entrenados en estrategias de comunicación que permitan la obtención de emociones de los pacientes migrantes, en particular si están realizando la atención con intérpretes informales (Schouten & Schinkel, 2014). Finalmente, el entrenamiento en competencia cultural se transforma en una estrategia para mejorar el conocimiento, actitudes y habilidades de los profesionales (Beach *et al.*, 2005).

Dentro de las comunidades de migrantes internacionales más importantes en Chile, se destaca la presencia de la población haitiana, especialmente por sus diferencias lingüísticas, lo cual impone desafíos en la atención de salud pública (Pedrero *et al.*, 2016, p. 131). Es por ello que, los servicios de salud han realizado diversas acciones para mejorar el acceso y cobertura de salud en migrantes internacionales, tales como: capacitaciones a migrantes, folletos, materiales educativos en el idioma adecuado,

facilitadores interculturales, entre otros (Cabrera *et al.*, 2017; Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 14). Sin embargo, el reto radica en institucionalizar dichas prácticas, para que no dependan de voluntades particulares (Calderon & Saffirio, 2017, p. 54). Esto es importante pues, el resultado de esta investigación permitirá dilucidar el rol que están desarrollando los facilitadores interculturales en la atención de salud de personas migrantes internacionales.

1.7 Política salud de migrantes internacionales en Chile.

En la 61a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros de la OMS aprobaron la idea de fomentar políticas y prácticas sanitarias sensibles a los migrantes y alentar la cooperación multilateral y las medidas intersectoriales. Políticas que deben ser aplicadas independientemente del estado jurídico del migrante (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La salud de las personas migrantes debe ser un puente hacia el respeto de los derechos humanos, resaltando su importancia para la salud pública y fortaleciendo así aspectos de seguridad humana y desarrollo (Cabieses *et al.*, 2017, p. 35). Además, se debe avanzar en un enfoque multidimensional moderno con inclusión, reducción de las inequidades, protección social en material de salud, dejando atrás el enfoque tradicional cuyo eje central es de seguridad, control de enfermedades y centro de atención nacional (Organización Internacional para las Migraciones, 2012, p. 64).

El Estado de Chile ha impulsado una serie de normativas para garantizar la salud en migrantes internacionales (Ministerio de Salud de Chile, 2015):

- a. Embarazadas: se garantiza la atención de salud y se otorga una visa de residencia temporaria para aquellas mujeres que realicen sus controles prenatales en un centro de salud primaria.
- b. Niños y niñas menores de 18 años: se garantiza la atención de salud y entregando un permiso de residencia temporaria, independientemente de la condición migratoria de los menores y sus padres.
- c. Atención de urgencia: los extranjeros que se encuentren en Chile sin haber regularizado aún su situación migratoria, tienen derecho a la atención de salud de urgencia.
- d. Atención dental: garantizada a migrantes internacionales no documentados o irregulares menores de 18 años o embarazadas de toda edad o urgencias dentales.
- e. Mujer que sufre violencia intrafamiliar: toda mujer, sin importar su situación migratoria, accederá a visa temporal y a todas las prestaciones para resolver esta problemática, incluyendo salud.
- f. Enfermedad transmisible de notificación obligatoria: toda persona independiente de la nacionalidad y situación migratoria tiene tratamiento garantizado.
- g. Patologías incorporadas a GES (Garantías Explícitas en Salud): en caso de migrantes no documentados o irregulares, deben ser atendidos todos aquellos

menores de 18 años, y embarazadas de cualquier edad y los adultos en general que presenten un problema de salud grave o que requiera tratamiento prolongado, sea éste GES o no GES.

- h. Acceso a FONASA a migrantes internacionales, independientemente si carece de documentos o permisos de residencia, que suscriba un documento declarando carencia de recursos.

Avanzando en la materia, el Estado de Chile reconoce que abordar el fenómeno de la migración es “una urgencia a nivel nacional y mundial, considerando los riesgos a los que están expuestas las personas migrantes en todo el proceso migratorio” (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 3), además entiende a los migrantes como sujetos de derechos y al Estado y sus funcionarios como sujetos de obligación⁹.

La Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile tiene como propósito “contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 35) y sus objetivos apuntan a garantizar el acceso equitativo a promoción, prevención y atención de salud, caracterizar la situación de salud y tendencias, reducir desigualdades en salud, discriminación, xenofobia y estigmatización, y al desarrollo de estrategias que responden a las necesidades y particularidades culturales, lingüísticas, de género y de ciclo de vida de los migrantes internacionales. Detrás de este último objetivo al cual se apunta, hay un reconocimiento de las barreras lingüísticas y culturales, ante lo cual se destaca la importancia de contar con facilitadores interculturales (mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos) en centros de salud para la atención de migrantes internacionales (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 16), respondiendo así a las recomendaciones internacionales de tener en cuenta, al momento de elaborar políticas de salud para migrantes, las barreras culturales, idiomáticas y de percepción salud-enfermedad (Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

Como se mencionó en el apartado “Barreras en el acceso a salud de migrantes internacionales”, la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, en el eje de aceptabilidad, menciona la incorporación de servicios de facilitación lingüística y mediación cultural que tienen como objetivo disminuir las barreras que se generan en la interacción con las instituciones de salud. Si bien un estudio ha descrito la experiencia de la comuna de Quilicura de la región Metropolitana, faltan estudios relacionados a describir la percepción del rol de los facilitadores interculturales, que logren definir qué funciones estos están cumpliendo, cómo se integran a los equipos de salud y cuáles son los desafíos que enfrenta Chile para la implementación de políticas con enfoque intercultural a lo largo del territorio nacional.

⁹ Durante las etapas finales de esta investigación, con fecha 9 de diciembre de 2018, el Gobierno de Chile, liderado por el presidente Sebastián Piñera Echenique, se resta de la cumbre del Pacto Global por una Migración Segura, Ordenada y Regular, impulsado por la Organización de Naciones Unidas, llevado a cabo entre el 10 y 11 de diciembre en Marrakech, Marruecos. Ante lo cual, Chile se convierte en uno de los once países occidentales que no reconocen la migración como un derecho humano (Estados Unidos, Austria, Hungría, Polonia, Estonia, Bulgaria, República Checa, Israel, Australia, República Dominicana y Chile).

2. MARCO CONCEPTUAL

Las delimitaciones de los conceptos relevantes a esta investigación se han tenido en cuenta con base en que puedan alimentar la discusión en torno la problemática de la salud intercultural en migrantes internacionales. En este caso se recurre al concepto de interculturalidad, facilitador intercultural, barreras y facilitadores en la atención de salud y buenas prácticas en salud.

2.1 Interculturalidad en salud.

Interculturalidad es un concepto en el cual aún no existe consenso internacional sobre su definición. Ha sido desarrollado como una respuesta a las reivindicaciones de los pueblos indígenas y a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, para así ir distinguiendo y propiciando la convivencia de distintos grupos culturales en un mismo territorio (Salaverry, 2010, p. 80).

OIM (2012) declara que la interculturalidad supone respeto a la pluralidad y requiere un marco común basado en una ciudadanía abierta, inclusiva y plural, siendo un proceso de interrelación equitativa entre personas, prácticas y conocimientos diferentes. Ante lo cual se hace necesaria la interacción entre culturas con una base de respeto y comprensión.

Para acercarse a la comprensión del concepto interculturalidad, se hace necesario distinguirla de multiculturalidad que es el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, pudiendo éstas ser originarias, migrantes internacionales o variantes de una cultura hegemónica (Salaverry, 2010, p. 83). Por tanto, la multiculturalidad apunta a reconocer la existencia de otras culturas, pudiendo estas existir en un mismo territorio sin necesidad de relacionarse, en cambio interculturalidad potencia la diversidad cultural, el diálogo y supera el etnocentrismo, la segregación o la asimilación, promoviendo el conocimiento y el intercambio (Council of Europe, 2011 en Organización Internacional para las Migraciones, 2012, p. 16).

En el sector salud, interculturalidad es la capacidad de actuar en equilibrio entre el conocimiento, las creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, reconociendo que la enfermedad es una experiencia particular de cada cultura y, por consiguiente, lo que se percibe como salud estará determinado por cada cultura específica (Ibacache, 1997 en Cabieses *et al.*, 2017, p. 21), lo que se encuentra fundamentado en que todas las culturas han desarrollado y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entienden y enfrentan la enfermedad y la salud (Cetti, 2008 en Hasen, 2012, p. 19). Sin embargo, esta definición se vuelve más compleja cuando pensamos en los posibles efectos inesperados de una experiencia de salud intercultural, ligados a las expectativas de los usuarios en torno al fortalecimiento de un tipo de identidad. Por lo cual, se hace necesario problematizar su utilidad y delimitar si es aplicable o no en la salud pública.

En Chile, las primeras experiencias de interculturalidad en salud, que no están relacionadas al contexto de migración internacional, se originaron en el Servicio de Salud Araucanía en la región de La Araucanía, mediante el Programa de Salud con Población Mapuche en el año 1992, el cual dio pie a una serie de estrategias que incluía variables étnico-culturales en el proceso de atención y recuperación de la salud (Aguirre Fonseca & Romo, 2006, p. 6), esto conforme a las prioridades reivindicadoras de los pueblos indígenas y a un Estado con pretensiones de conciliación o reparación. Este hito en salud intercultural provoca que en el año 1996 se formule el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en el cual, se entiende por interculturalidad la acción que desarrollan los equipos de salud y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos para cubrir las necesidades de accesibilidad y atención de salud apropiada a las necesidades de los pueblos (Ministerio de Salud de Chile, 2016, p. 6). Se reconoce un proceso de avance hacia la interculturalidad, sin embargo, llama la atención el separar a los equipos de salud de los facilitadores interculturales, siendo que, bajo ese enfoque, todos son parte de un equipo en los servicios de salud, cuyo objetivo es brindar una atención con pertinencia cultural.

En el año 2003, se crea la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2003), en la cual se reconoce la perspectiva intercultural en salud poniendo énfasis en el proceso de encuentro de las diversas culturas que conviven en el territorio, bajo el reconocimiento de la urgente necesidad de asumir que existen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que la perspectiva que homogeniza a la población pasa por alto las particularidad de las diferentes culturas. Es así, que la interculturalidad hay que aceptarla como una modalidad de intervención orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, con comunicación y comprensión mutua, llegando a un aprendizaje y desarrollo de convivencia que permita una adecuación institucional (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014). Este avance en el concepto de interculturalidad se evidencia en las Orientaciones Técnicas del Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas, en donde se especifica que es necesario que los facilitadores interculturales sean parte del equipo de salud para abordar conjuntamente iniciativas que potencien la transversalización del enfoque intercultural, atención de salud con pertinencia cultural y facilitar procesos de participación en los territorios con población de pueblos indígenas (Ministerio de Salud de Chile, 2016, p. 11).

Menéndez (2016), apunta que para llegar a ejercer la interculturalidad, hay que dejar esa tendencia a buscar en los otros solo las diferencias, dado que este foco nos lleva a ignorar la existencia de similitudes que permitan poder pensar las mejores vías para el desarrollo de procesos de aproximación. Es así, que la interculturalidad en salud se debiese construir desde las similitudes, estableciendo acciones concretas que permitan una mejor comunicación, reconociendo en el otro las diferencias en cuanto a salud-enfermedad, vida-muerte, entre otros. Solo desde ese punto de vista podremos avanzar hacia una atención horizontal con bases de respeto y tolerancia.

Interculturalidad en salud para la atención de migrantes internacionales es un concepto en desarrollo, dado que la llegada de éstos, desde países con distintas culturas plantea retos en la sociedad receptora. En España, las instituciones de salud están obligadas a

realizar cambios que faciliten los procesos de atención a personas migrantes y proporcionen una educación para la salud adecuada a la diversidad cultural (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014). En Chile, la Política de Salud de Migrantes Internacionales (2018) establece y reconoce la necesidad de un enfoque intercultural, que reconozca las diferencias y avance en estrategias que permitan obtener mejores resultados sanitarios y lograr la inclusión social, fomentando la igualdad y dignidad humana. Sin embargo, no establece las prácticas que se deben efectuar para lograr otorgar prestaciones de salud con enfoque intercultural, menciona la necesidad de contar con facilitadores interculturales, dejando el concepto en un plano que no permite delimitar acciones que demuestren la factibilidad y utilidad de éste, o desde cuánta población migrante debe contratarse a un facilitador intercultural en los centros de salud.

Finalmente, la interculturalidad no es algo que solo los pueblos indígenas y migrantes internacionales deban aprender o practicar, sino que, involucra a toda la sociedad civil, para que así los organismos responsables de efectivizar y profundizar la participación de estos grupos entiendan los verdaderos alcances del compromiso de interculturalidad. Para fines de esta investigación, se ocupan los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad, buscando distinguir acciones que realizan y destacan los actores clave, en cuanto a los facilitadores interculturales, y a nivel general en sus lugares de trabajo para la población migrante, tomando la diferencia descrita y llevando la definición de interculturalidad al reconocimiento, valoración, comprensión mutua y aprendizaje tanto de similitudes como diferencias en el concepto de salud enfermedad que permitan una adecuación al sistema de salud pública chileno.

2.2 Facilitadores interculturales.

En Chile, la figura de “Facilitador Intercultural” tiene su origen en el Servicio de Salud Araucanía Sur, en el cual se reestructuró bajo el objetivo concreto de readecuar la atención en hospitales y consultorios a la realidad multiétnica de la región de La Araucanía. Es así que en el año 1993 y tomando en cuenta las demandas y opiniones de las comunidades indígenas, en los hospitales de Temuco y Galvarino, se estimó necesario contar con una oficina exclusiva para apoyar la atención de los pacientes mapuches, cuya atención estaba a cargo de un facilitador intercultural, que tenía los siguientes requisitos para ejercer el cargo: ser identificable como una persona mapuche, ser bilingüe (español y mapudungun¹⁰), manejar conocimiento acabado de la cultura mapuche así como del protocolo tradicional mapuche y el occidental, mantener un contacto permanente con la cultura mapuche y sus organizaciones, conocer y manejar la dinámica de funcionamiento del establecimiento de salud, tener cuarto año de enseñanza media aprobado y ser preferentemente mayor de 30 años (Aguirre Fonseca & Romo, 2006, p. 14).

Con la creación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en el año 1996 los facilitadores interculturales comienzan a institucionalizarse, hecho que se acrecienta aún

¹⁰ Lengua del pueblo mapuche.

más con la promesa presidencial, a fines del año 1999, de insertar facilitadores interculturales en todos los establecimientos de salud ubicados en territorios con población indígena significativa (Aguirre Fonseca & Romo, 2006, p. 15). Actualmente, las funciones a desempeñar por los facilitadores interculturales están descritas en la Orientación Técnica del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (2016) y son:

- Informar, orientar y apoyar a los enfermos de origen indígena y a sus familiares que requieran atención de salud ambulatoria y de hospitalización. Coordinar estas acciones con los diferentes servicios clínicos y administrativos del hospital o consultorio.
- Apoyar a los pacientes indígenas hospitalizados y a los equipos de salud, en resolver casos donde lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud.
- Llevar un registro de las acciones efectuadas y un archivo de la documentación pertinente, que sustente las actividades realizadas.
- Facilitar la comprensión de indicaciones médicas y cuidados del enfermo en los establecimientos de salud y la interacción de la persona indígena enferma en el hospital o consultorio.
- Difundir y valorizar la cultura y la lengua indígena como el enfoque intercultural al interior del sistema de salud, mediante actividades como coloquios interculturales, material educativo, apoyo docente a alumnos, etc.
- Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud a nivel comunitario, enfatizando el conocimiento cultural local.
- Asesorar a los equipos de salud en la transversalización del enfoque intercultural.
- Orientar y apoyar los procesos de derivación de pacientes desde el sistema de salud institucional al sistema de salud indígena.
- Asesoría y acompañamiento a las comunidades indígenas en iniciativas, acciones y/o proyectos de fortalecimiento de los sistemas de salud indígena y/o experiencias de salud intercultural.
- Favorecer la participación indígena en la planificación, desarrollo y evaluación del Programa
- Identificar casos que ameritan la intervención de ambos sistemas médicos y participar en análisis de casos clínicos cuando sea pertinente.
- Participar en Rondas Médicas y Visitas Domiciliarias en el marco del modelo de salud familiar en los CESFAM.

En cuanto a la figura de facilitador intercultural para migrantes internacionales, existe muy poca literatura al respecto. A nivel internacional se habla de mediadores interculturales, intérpretes o facilitadores lingüísticos. Por lo cual, antes de adentrarse al propio concepto de facilitador intercultural se hace necesario distinguir estos conceptos.

Rico Becerra (2009 en Valverde, 2013) define como traductor a “una persona que suele pertenecer a la comunidad inmigrante, bilingüe, integrada-adaptada socioculturalmente que interviene en el ámbito asociativo y de servicios socio-sanitarios, cuyo objetivo principal es reducir las barreras lingüísticas e idiomáticas entre el personal sanitario y el usuario”; en cambio agente promotor de salud es la “persona de la comunidad de inmigrantes con formación específica en salud, conocedora del sistema sanitario, e

incorporada al equipo de profesionales de la salud, cuyo objetivo es mejorar la atención en salud y los cuidados en salud de la población migrante” (p.384); y el mediador intercultural es una “persona inmigrante o no, reconocida y aceptada en la comunidad de intervención, y que además conoce los recursos socio-sanitarios, el tejido y estructura asociativa de los inmigrantes” (p.384), en este último concepto De Muynck (2004), difiere un poco, pues plantea que los mediadores interculturales deben ser personas migrantes internacionales, biculturales y bilingües, suficientemente familiarizados con la cultura biomédica y cultura dominante del país de acogida, además que deben tener formación teórico-práctica con una duración de varios meses, formando después parte del equipo de atención sanitaria, adscritos a un hospital.

Dentro de las particularidades y diversidades de la población migrante, a nivel internacional se reconoce que la comunicación es un aspecto central de la mala calidad de la atención sanitaria que reciben, con importantes consecuencias, dentro de las que se destacan el retraso en la identificación de los síntomas, interpretaciones erróneas de los procesos de somatización, comunicación insuficiente de los problemas médicos, entre otros. Además muchos agentes de salud tienen dificultades con sus pacientes migrantes internacionales y se quejan de sus hábitos de búsqueda de tratamiento, resistencia a las prácticas de diagnóstico rutinarias y tendencia a simular enfermedades, lo indefinido de sus quejas y en algunos casos las barrera de género que dificultan el examen físico (De Muynck, 2004, p. 42).

Por tanto, con la diversidad de población migrante internacional surge la necesidad de entendimiento entre las diferentes culturas y la sociedad autóctonas, es así como nace el concepto de mediación cultural (Valverde Jiménez, 2013). Por ende, la figura de mediador intercultural es una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida para prestar una atención de calidad, pues contribuye a una correcta comunicación y el conocimiento intercultural entre profesionales de la salud y usuarios migrantes internacionales (Iniesta *et al.*, 2008) y sería conveniente la profesionalización y valoración social de éstos dentro de los sistemas sanitarios (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014; De Muynck, 2004; Valverde Jiménez, 2013).

Los mediadores interculturales en Valencia tienen una formación en mediación intercultural y temas de salud sexual y reproductiva, utilización del sistema sanitario y prevención de la violencia de género, teniendo así un importante papel preventivo de promoción de salud, especialmente en salud sexual y reproductiva, en la prevención de violencia de género y en la detección de los problemas sociales (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014, p. 303). Ser bilingüe no es sinónimo de ser traductor o intérprete así como el hecho de ser un enlace entre personas culturalmente diferentes no les capacita para ser considerados mediadores interculturales (Valverde Jiménez, 2013, p. 384). Además, la disponibilidad de los mediadores interculturales contribuye en un uso más adecuado de los servicios sanitarios y a que personas con problemas médicos no tratados consulten (De Muynck, 2004).

La Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile (2018), destaca la importancia de contar con facilitadores interculturales, concepto en el cual incluye a mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos, en los centros de salud para la atención de

migrantes internacionales. Por lo cual, para objetivos de la presente investigación, se considerará como facilitador intercultural a las personas que actúen como mediador intercultural y traductores, bajo la definición de Rico Becerra. Y al finalizar la investigación se espera dejar tanto la definición de facilitadores interculturales para migrantes internacionales y las funciones que éstos cumplen en los servicios de salud públicos de Chile.

2.3 Barreras y facilitadores en la atención de salud.

La Real Academia Española define la acción de facilitar como “hacer fácil o posible la ejecución de algo o la consecución de un fin” y como barrera al “obstáculo entre una cosa y otra”. Se define como barreras y facilitadores en salud, a todos aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación de un programa o cambio que se desea (Orrego *et al.*, 2009).

La primera política de salud chilena con enfoque intercultural es la que está enfocada en los pueblos indígenas, como se describió anteriormente. Bajo ese concepto, Pérez *et al.* (2016) destacan facilitadores y obstaculizadores para la implementación de dicha política. Destacan como principales facilitadores a la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos indígenas, mayor conocimiento sobre los propios derechos por parte de usuarios mapuches, los equipos de salud destacaron la formación de equipos encargados para implementar la política en los establecimientos de salud y la presencia de mapuches como agentes de salud, con sistematización de las acciones realizadas, que actúan como catalizador de la interculturalidad, ayudando a incorporar la visión de salud tradicional mapuche al modelo de atención biomédico. Como obstaculizadores se destaca la hegemonía del conocimiento biomédico, falta de comprensión clara del concepto de salud intercultural, falta de conocimientos sobre cultura mapuche por parte de los profesionales de la salud, así como herramientas para desenvolverse en contextos multiculturales, y la falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas por planes generales del gobierno.

En cuanto a barreras para migrantes internacionales, se encuentran en el contexto de la mediación intercultural la dificultad en la interpretación, que no haya formación conjunta de mediadores y agentes de salud, la carga psicológica, una formación no estandarizada (Valverde Jiménez, 2013).

Para fines de esta investigación se utilizará la definición de Orrego *et al.* (2009), para establecer las barreras y facilitadores para la implementación de facilitadores interculturales en los centros de salud a nivel primario y secundario.

2.4 Buena práctica en salud.

La OIM (2012) define como buena práctica en salud a todas aquellas iniciativas locales o nacionales que se guían por principios, objetivos y procedimientos apropiados, así como también a todas aquellas que han alcanzado resultados positivos y demostrado su eficacia y utilidad en un contexto concreto. Una buena práctica tiene que involucrar a diversos agentes y causar impacto social, ser medible y tener vida en el corto, mediano y largo plazo.

En cuanto a buenas prácticas para migrantes internacionales, estas no generan cambios por sí mismas, pero pueden contribuir a visibilizar las personas migrantes tanto en los lineamientos políticos como en el día a día de la acción e interacción social. Pudiendo aportar al desarrollo social e igualdad de oportunidades para las poblaciones migrantes, repercutiendo así, positivamente en la salud y bienestar de las comunidades en general (Organización Internacional para las Migraciones, 2012, p. 59).

En Chile se destacan cuatro prácticas que contribuyen en la salud de los inmigrantes (Ministerio de Salud de Chile, n.d.):

- 1- Desarrollo de Competencias en Líderes Migrantes en Salud y Facilitadores en Salud, realizada en la municipalidad de Santiago, contribuyendo a desarrollar y potenciar a líderes migrantes para que estos entreguen información actualizada y oficial a los nuevos integrantes de la comunidad en tema de salud.
- 2- Acogida y atención a los inmigrantes en situación irregular en la comuna de Recoleta, en donde se elaboró una normativa local para la atención de salud de personas migrantes en situación irregular, se estimuló y motivo la regularización migratoria, se trabajaron con juntas de vecinos y se dispuso de recursos humanos para apoyo en la Oficina de Migrantes y en el Dpto. de Salud, en donde se cuenta con una traductora de creol para la comunidad haitiana.
- 3- Programa de Facilitación Lingüística Integral a Usuarios en la Red "Piloto Babel", por el Servicio de Salud Metropolitano Central, con el objetivo de contribuir al acceso universal de salud se incorporaron traductores voluntarios de creol, chino, hindi, portugués, ruso, francés e inglés, capacitados por el Colegio de Traductores e Intérpretes de Chile y además en técnicas de interpretación, conceptos de ética, áreas sensibles del campo de la salud y terminología médica.
- 4- Acceso e Inclusión en la Atención de Salud a Personas Inmigrantes en el Hospital San Borja Arriarán, con actividades de difusión, capacitación y sensibilización a funcionarios y funcionarias de la institución.

Por tanto, para fines de la investigación se usará la definición de buena práctica de la OIM y se buscará indagar buenas prácticas en cada centro de salud estudiado.

3. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se abordan las decisiones metodológicas y consideraciones éticas para llevar a cabo el estudio y así dar respuesta a la pregunta de investigación, que surge ante la existencia de una nueva figura dentro de los equipos de salud para apoyar a la atención en salud de personas migrantes de nacionalidad haitiana, de la cual no existe una clara definición, ni estudios previos, de las funciones y el rol que están cumpliendo en cada centro de salud.

3.1 Pregunta y objetivos de investigación.

La pregunta de investigación es:

¿Cuál es la percepción de distintos actores clave en torno al rol de facilitadores interculturales durante la atención de salud a personas migrantes haitianas en las comunas de Quilicura y Santiago?

Hipótesis: Según la corriente teórica, los estudios cualitativos pueden o no tener hipótesis. Para esta investigación se ha trabajado con el enfoque del autor Creswell (1994), quien señala que la investigación cualitativa, en lugar de desarrollar hipótesis, principalmente establece supuestos de investigación, de esta forma, el estudio no comienza con una teoría a poner a prueba, sino más bien, esta va emergiendo durante la construcción de datos y su análisis. El valor de los supuestos de investigación es que son en general más flexibles que una hipótesis para describir situaciones y/o realidades complejas y poco conocidas, en las que se pueden encontrar diversos matices. De esta forma, para este estudio se plantearon los siguientes supuestos:

- a) La investigación cualitativa es el mejor abordaje metodológico disponible para aproximarse a una realidad específica poco conocida como el rol que cumplen los facilitadores interculturales para migrantes internacionales en los centros de salud primaria y secundaria en Chile,
- b) Los facilitadores interculturales para migrantes, así como los migrantes internacionales, trabajadores de la salud y autoridades sanitarias o referentes comunales de migrantes, son actores clave en la comprensión del rol que estos cumplen y son capaces de entregar sus experiencias y posiciones por medio de un estudio cualitativo,
- c) Los facilitadores interculturales para migrantes internacionales son un recurso humano fundamental para reducir las brechas idiomáticas-culturales de los migrantes internacionales en la atención de salud.

Objetivo General:

Describir la percepción de distintos actores clave en torno al rol de facilitadores interculturales en la atención de salud a personas migrantes haitianas en las comunas de Quilicura y Santiago.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las experiencias de facilitadores interculturales para migrantes internacionales haitianos en equipos de salud de atención primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago.
2. Indagar en el rol y funciones específicas de facilitadores interculturales dentro de los equipos de salud en atención primaria y secundaria a migrantes internacionales haitianos en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.
3. Reconocer, de acuerdo con la percepción de los actores clave, la utilidad de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes de nacionalidad haitiana en la comuna de Quilicura y Santiago.
4. Detectar barreras y facilitadores de la implementación de facilitadores interculturales para migrantes internacionales haitianos en la atención primaria y secundaria de salud en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.
5. Establecer, a partir de los objetivos anteriores, recomendaciones de buena práctica para facilitadores interculturales para población migrante internacional en la atención pública de salud primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago, en el marco de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile.

3.2 Diseño del estudio.

3.2.1 Paradigma cualitativo

Dado los objetivos de la presente investigación, esta se desarrolla bajo la metodología cualitativa, ya que “los procedimientos de este tipo de metodología posibilitan una construcción de conocimiento en base a conceptos” (Krause, 1995, p. 21). Siendo las principales características de esta metodología el interés por comprender el comportamiento humano a partir del propio marco de referencia del que actúa, una orientación al descubrimiento, la exploración, la descripción y la inducción, asumiendo que la realidad es dinámica y cambiante (Krause, 1995). De esta forma, la investigación cualitativa produce nuevo conocimiento a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Rodríguez, *et al.*, 1996; Taylor & Bogdan, 1984).

Igualmente corresponde a un nivel de investigación de tipo exploratorio-descriptivo (Vazquez, 2006), desde la teoría, las investigaciones de este tipo contribuyen a preparar el terreno y, generalmente, anteceden a las investigaciones explicativas o evaluativa, teniendo lugar, cuando el objetivo o problema de estudio es poco estudiado o no ha sido abordado antes (Batthyány & Cabrera, 2011, p. 33), como es en este caso al describir la

percepción del rol del facilitador intercultural para migrantes internacionales en los servicios de salud de las comunas de Quilicura y Santiago.

Se aborda a partir de entrevistas semi-estructuradas, dado la forma flexible en que se manejan y permiten trabajar los datos asemejando en lo posible una situación de la vida cotidiana (Krause, 1995) y las ventajas que éstas tienen para lograr que los participantes colaboren de forma más activa con el investigador y se logren generar datos ricos y detallados (Batthyány & Cabrera, 2011; Vazquez, 2006). Convirtiéndose, así, la entrevista semi-estructurada en la mejor herramienta para poder describir el rol del facilitador intercultural en la atención de salud de migrantes internacionales en las comunas de Quilicura y Santiago, según la perspectiva de los cuatro grupos de actores clave.

3.2.2 Diseño de estudio de caso

El método de estudio de caso es considerado por Yin (1989 en Martínez Carazo, 2006) apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, dado que tiene como rasgos distintivos el examinar o indagar sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real, se utilizan múltiples fuentes de datos, puede estudiarse tanto como un caso único como múltiples, y no tiene como objetivo primordial la comprensión de otros (Stake, 1999, p. 17). Por ello, se considera adecuada para investigar fenómenos en los cuales, según Chetty (1996 en Martínez Carazo, 2006), se busca dar respuesta al cómo y por qué ocurren, permitiendo estudiar un tema determinado, los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable y se destaca que juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado solamente como una exploración inicial de un fenómeno determinado.

En este estudio el caso a estudiar es el rol de los facilitadores interculturales durante la atención de salud de población migrante haitiana en las comunas de Quilicura y Santiago, ambas comunas con un alto número de población migrante de esa nacionalidad, que cuentan con facilitadores interculturales para la atención de salud de estas personas y cuya realidad del trabajo a diario y el perfil de estos, es desconocida.

Las pruebas para evaluar la calidad y objetividad de un estudio de caso son la validez de construcción, en donde se utilizará la triangulación, como se especifica en el apartado de rigurosidad científica más adelante, y revisión del reporte preliminar del estudio de caso por informantes clave.

3.3 Contexto del estudio, selección muestral y reclutamiento de participantes.

3.3.1 Contexto del estudio:

El estudio está comprendido por las personas que han participado directa o indirectamente en el proceso de construcción y constitución de la figura de facilitador intercultural para migrantes internacionales en la comuna de Quilicura y Santiago. Se opta por trabajar con migrantes haitianos dado que este grupo de migrantes es el que ha

presentado más dificultad idiomática y cultural (Cabieses *et al.*, 2017, p. 438; Sánchez P. *et al.*, 2018, p. 281), siendo el principal motivo para la existencia de facilitadores interculturales para migrantes en los centros de salud, como se mencionó en el capítulo de antecedentes. Por tanto, las comunas seleccionadas presentan las siguientes características (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b):

- 1- Quilicura, comuna que pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Norte, tiene 8.306 personas de nacionalidad haitiana, lo que representa a un 52.73% de todos los migrantes a nivel comunal. Además, es la comuna con mayor número de migrantes de nacionalidad haitiana a nivel nacional y se destaca por poseer el Sello Migrante¹¹ desde diciembre de 2015 y además ser nombrada Ciudad Solidaria¹² por la Oficina de Naciones Unidas de ACNUR¹³.
- 2- Santiago, comuna que pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Central, tiene un total de 112.439 migrantes internacionales, de los cuales 4.089 personas son de nacionalidad haitiana, lo que representa un 3.64% del total de migrantes a nivel comunal, siendo la tercera comuna de la región Metropolitana con mayor número de migrantes haitianos, además, una de las comunas parte del Piloto de Salud de Inmigrantes en el año 2015 (Ministerio de Salud de Chile, 2015) y también cuenta con Sello Migrante desde junio de 2017.

3.3.2 Selección de participantes y muestra:

La muestra para cada una de las comunas es intencionada y razonada, es decir, un muestreo en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes de azar, sino que por el contrario, se realiza de alguna forma intencional, permitiendo así recoger la información relevante para el estudio (Andreú, 2002). Se consideró un arranque muestral de 16 personas, en donde finalmente el total de participantes ascendió a 18 personas.

Bajo el contexto anterior se cuenta con cuatro grupos de actores clave: a) facilitadores interculturales para migrantes internacionales en servicios de salud de atención primaria y secundaria de las comunas de Quilicura y Santiago, b) trabajadores de salud de atención primaria y secundaria de las comunas de Quilicura y Santiago, c) migrantes internacionales atendidos en los centros de salud primaria y secundaria de las comunas de Quilicura y Santiago, y d) autoridades sanitarias, o referentes comunales de migración, de los servicios de atención primaria y secundaria de las comunas de Quilicura y Santiago. Es así, como el facilitador intercultural para migrantes internacionales se transforma en unidad de análisis y unidad de información, bajo el objetivo general de la investigación que es describir el rol de los facilitadores interculturales bajo la perspectiva

¹¹ El Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile, crea en el año 2015 el "Sello Migrante", el cual reconoce el diseño, gestión y promoción de políticas públicas de carácter local destinadas a mejorar la calidad de vida de la población extranjera vecindada en su territorio (Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile, 2015).

¹² Se reconoce a los gobiernos locales que se comprometen a participar en un marco de cooperación que garantice la protección e integración de los beneficiarios.

¹³ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

de cuatro grupos de actores clave, siendo esencial para ello contar con el relato de este trabajador.

La muestra (Tabla 1) ha sido diseñada a partir de criterios teóricos y prácticos, definidos en torno a los actores involucrados la atención de salud de migrantes internacionales con facilitadores interculturales, considerando responder a la pregunta de investigación.

Tabla 1: Muestra

Actores clave	Muestra
<i>Facilitadores interculturales para migrantes</i>	4 personas en total: 2 trabajadores de atención primaria de las comunas de Quilicura y Santiago. 2 trabajadores de atención secundaria de las comunas de Quilicura y Santiago.
<i>Trabajadores de la salud de atención primaria y secundaria que trabajen con facilitadores interculturales y migrantes internacionales</i>	5 personas en total: 2 personas de Quilicura (1 en atención primaria y 1 en atención secundaria). 3 personas de Santiago (1 en atención primaria y 2 en atención secundaria).
<i>Migrantes internacionales</i>	4 personas en total: 2 migrantes de Quilicura (1 en atención primaria y 1 en atención secundaria). 2 migrantes de Santiago (1 en atención primaria y 1 en atención secundaria).
<i>Autoridades sanitarias o referentes comunales de migración</i>	5 personas en total: 2 personas de Quilicura (1 en atención primaria y 1 en atención secundaria). 3 personas de Santiago (2 en atención primaria y 1 en atención secundaria).
Total	18 entrevistas

Fuente: Elaboración propia.

3.3.1 Reclutamiento de participantes:

El muestreo del estudio está bajo el paradigma del muestreo teórico de las metodologías cualitativas, a partir del cual el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías desarrolladas, siendo lo esencial no el número de casos, sino el potencial de cada uno para contribuir en la investigación (Rodríguez *et al.*, 1996, p. 25).

Para el ingreso a los centros de salud y la realización del estudio, se solicita primero autorización a autoridades comunales, de cada comuna, y de los hospitales en estudio.

En el nivel de atención secundaria de salud, se contacta al referente del Complejo Hospitalario San José, perteneciente a la Red de Centros Asistenciales del Servicio de Salud Metropolitano Norte, siendo el centro de referencia al cual acuden usuarios de la comuna de Quilicura y que cuenta con seis facilitadores interculturales. En la misma línea, se contacta al referente del Hospital Clínico San Borja Arriarán, que es el hospital base de la Red de Centros Asistenciales del Servicio de Salud Metropolitano Central y que

cuenta con dos facilitadores interculturales al momento del estudio, además, es el centro de referencia al cual acuden usuarios de la comuna de Santiago.

Una vez contactados los referentes, se les solicita a ellos el contacto de un trabajador de la salud y un facilitador intercultural para migrantes de esos centros de salud, los cuales deben cumplir los siguientes criterios de inclusión/exclusión para el estudio:

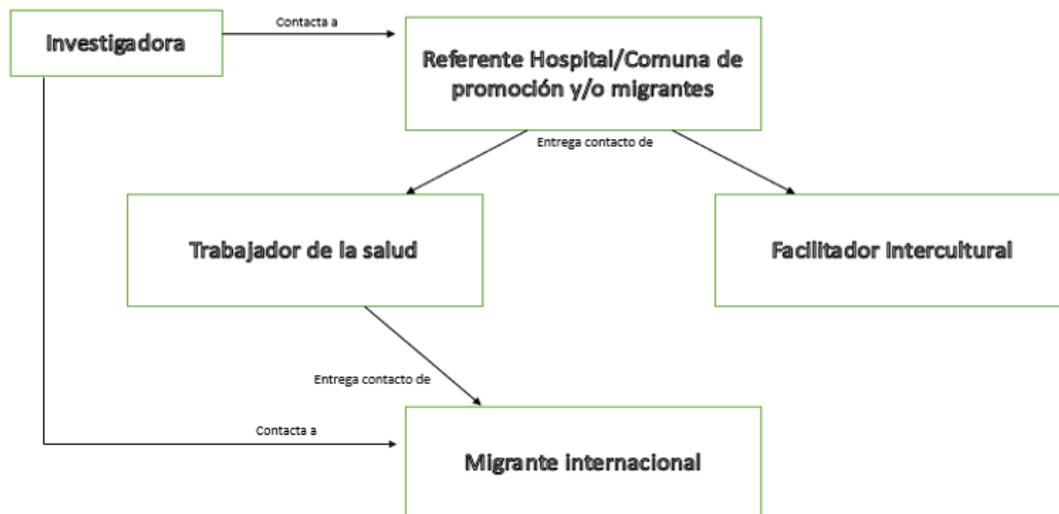
- a) Trabajador de la salud: Persona que trabaje a diario o periódicamente con facilitador intercultural. Debe tener una antigüedad laboral mínima, previa a la llegada de los facilitadores interculturales, de un año (con el fin de responder a uno de los objetivos de la investigación).
- b) Facilitador intercultural para migrantes internacionales: Persona que cuente con un contrato mínimo de 44 horas semanales.

El cuarto actor clave, que corresponde a migrantes internacionales, es contactado bajo referencias del trabajador de la salud o de manera independiente, por la investigadora, en las salas de espera de cada centro de salud. Esta persona cumple con los siguientes criterios: Ser migrante de nacionalidad haitiana. Mayor de edad. Usuario/a del centro de salud en estudio y que durante sus atenciones de salud haya intervenido un facilitador intercultural. No es requisito excluyente el idioma, pudiendo realizar la entrevista en español y/o creol.

En tanto, las entrevistas en los centros de salud de atención primaria se llevan a cabo contactando primero a las autoridades, mediante la solicitud de entrevista a los referentes de promoción y/o migrantes en la comuna de Quilicura y Santiago. Son estos actores clave los que ayudan a establecer en qué centro de salud familiar se aplica la investigación, cuyo único requisito es contar con la figura de facilitador intercultural.

Para los otros tres grupos de actores clave (migrantes internacionales, trabajadores de la salud y facilitadores interculturales), se usa la misma modalidad de reclutamiento (ver Ilustración 2) y tienen los mismos criterios de inclusión/exclusión para la investigación.

Ilustración 2: Flujograma de selección de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

3.4 Recolección de datos.

Dentro del marco del estudio cualitativo, se utiliza como técnica de investigación la entrevista semi-estructurada se opta por esta técnica de investigación por el índole excepcionalmente interactivo que la caracteriza (Ulin *et al.*, 2006). Si bien las entrevistas siguen, por lo general, un estilo informal, hay muchas formas de crear estructura sin poner en riesgo el intercambio abierto, que es el sello de la mayoría de las técnicas cualitativas (Ulin *et al.*, 2006). Son semi-estructuradas dado que están guiadas por una pauta estándar de preguntas abiertas y flexibles (ver pauta en Anexo n°1) que permite recoger las dimensiones planteadas en los objetivos de la investigación (Labrín Elgueta, n.d.; Patton, 1990 en Ulin *et al.*, 2006).

Esta técnica de recolección de datos se aplica en el espacio laboral de los implicados, en una oficina ubicada en los centros de salud, que es solicitada previamente al referente hospitalario/comunal, para velar por la confidencialidad y libertad de respuesta de parte de los participantes (Noreña *et al.*, 2012, p. 271).

A todos los participantes se explica de forma oral y escrita las características del estudio, si la persona accede a participar se procede a iniciar el proceso de consentimiento informado (ver Anexos n°2,3,4 y 5), en el que las personas implicadas indican su intención (o no) de participar en el estudio, a través de su firma y se aplica la hoja de información demográfica de los participantes (ver Anexo n°6 y 7). A nivel institucional, se solicita la firma del consentimiento informado institucional (ver Anexo n°8) a los referentes del Complejo Hospitalario San José y Hospital Clínico San Borja Arriarán, como a los referentes comunales o autoridades de Quilicura y Santiago, para poder acceder a los centros de salud y realizar la investigación.

El contacto con los referentes de ambas comunas parte en el mes de agosto, en donde se inicia el proceso de plantear la investigación. Las entrevistas comenzaron a realizarse el 24 de septiembre y se concretaron todas el día 25 de octubre de 2018.

Para cada entrevista se contempla una duración de 45-60 minutos, en las cuales se utiliza una grabadora de voz.

3.5 Análisis de la Información y rigurosidad científica.

Los datos recogidos son grabados y transcritos en su integridad, palabra por palabra a un documento Word, y archivados sin dañar la confidencialidad de los participantes, para lo cual se asigna un código para la investigación, siendo solo la investigadora principal la que conoce estos. La información obtenida es ordenada según grupo de actor clave al que pertenece el participante. Así, se da paso a la codificación, que incluye todas las operaciones mediante las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente de un modo nuevo (Krause, 1995, p. 30).

Posteriormente, la información se pasa a análisis temático, el cual está ligado estrechamente al sistema categorial desarrollado en la investigación, lo que permite la presentación de los resultados en capítulos que coinciden con las categorías de análisis identificadas (Sandoval Casilimas, 2000, p. 190).

Los ejes temáticos son transversales para cada grupo de actores clave y son asociados a los objetivos específicos de la investigación, como se muestra en la operacionalización del foco y temática de la investigación (ver Anexo nº9 p.104).

Se utiliza el software ATLAS.ti 8 para apoyar la codificación y análisis de la información obtenida en la investigación, reconocido como un método de comparación constante (Andréu, 2002).

En la investigación cualitativa es especialmente importante ser explícito acerca de los criterios de rigurosidad que son empleados para asegurar la credibilidad y confiabilidad de los hallazgos (Cornejo & Salas, 2011). La credibilidad tiene lugar cuando múltiples realidades relevadas por los participantes son representadas tan adecuadamente como sea posible en los hallazgos. Por otro lado, la confiabilidad es la consideración de la variabilidad de los fenómenos estudiados, incluyendo la adaptación de estrategias de reclutamiento y recolección de datos de manera flexible y acorde a la realidad estudiada (Guba & Lincoln, 1981). Para dar garantía de lo anterior, se utilizarán los criterios de rigurosidad científica en investigación cualitativa de Johnson & Waterfield (2004):

- 1- **Triangulación:** Consiste en que el investigador examine los datos obtenidos de diversas fuentes o por diferentes métodos (Cornejo & Salas, 2011). En este estudio se realiza triangulación desde cuatro perspectivas de interés: autoridades o referentes de salud y migración, trabajadores de la salud, migrantes internacionales y facilitadores interculturales, mediante la utilización de entrevistas semi-estructuradas.
- 2- **Audit Trail (Auditoría):** Denota el rigor de un estudio cuando otro investigador debe seguir la ruta de decisiones empleadas por el autor de la investigación y llegar a conclusiones similares o comparables, es parte de la búsqueda de la claridad y justificación de las opciones teóricas, metodológicas y analíticas (Noreña *et al.*, 2012). Para ello, se mantiene un diario de investigación en donde se registran las ideas y experiencias de la investigadora principal, siendo esto fundamental para la construcción de las categorías a analizar y proceso de escritura.
- 3- **Reflexivity (reflexión):** Explica la contribución del investigador a la totalidad y complejidad de la interpretación durante el proceso de investigación (Johnson & Waterfield, 2004). Por tanto, se contempla un hilo reflexivo implícito con el propósito de reconocer y valorar la participación de la investigadora en el análisis y modelación de datos. Esto se inicia con la declaración de los supuestos del estudio y su revisión permanente, en especial durante la fase de análisis e interpretación de la información.
- 4- **Validación de participantes:** Luego de completar el análisis temático, los resultados y hallazgos son comunicados a algunos participantes de la investigación, con el fin de cumplir con el criterio de credibilidad (Guba & Lincoln,

1981). De esta forma, ellos confirman si se sienten identificados con los resultados y la información que surge de estas confirmaciones contribuye a complementar el reporte de los hallazgos del estudio. Para llevar a cabo este proceso, primero, durante la firma de consentimiento informado, se pregunta a todos los participantes si estarían dispuestos a tener una nueva reunión para validar los resultados obtenidos. La investigadora responsable toma nota de los actores que se muestren interesados, para así, posteriormente, contactar a un representante por cada grupo de actores clave. Este proceso se llevó a cabo entre el 5 y 23 de noviembre. Dicha reunión es grabada mediante audio y se escriben citas de los principales comentarios, sugerencias y aportes que emerjan.

3.6 Aspectos éticos.

Este estudio involucra la participación de seres humanos mediante la aplicación de entrevistas semi-estructuradas. Por lo que queda sujeta a los estándares éticos de la investigación con seres humanos y el respeto de los derechos de las personas participantes. Este estudio no está asociado a ningún financiamiento y no considera pago a participantes.

Es así que, para el análisis ético de este tipo de estudio cabe cumplir los requisitos básicos que cualquier investigación en salud con seres humanos debe cumplir (Emanuel, 1991): 1- Valor social del estudio, 2- Validez Científica, 3- Selección equitativa de los sujetos de investigación, 4-Proporción favorable de riesgo-beneficio, 5-Evaluación independiente del protocolo por un comité científico-ético, 6-Consentimiento informado y 7-Respeto de los intereses, necesidades y derechos de los sujetos participantes.

Respecto al valor social del estudio se refiere a que la investigación debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población, es así como este estudio tiene como fin generar nuevo conocimiento sobre la percepción del rol que cumplen los facilitadores interculturales para migrantes internacionales en Chile. Este valor social y científico se sustenta en la calidad de la información que ha de producirse, su pertinencia para abordar problemas de barreras lingüísticas y/o culturales de migrantes internacionales en los centros de salud de Chile y su contribución a la formulación o evaluación de prácticas que promuevan el acceso a salud de todas las personas migrantes en Chile. Los aportes que la investigación pretende realizar se vinculan a mejorar el acceso a salud de migrantes internacionales, por medio de la definición percibida del rol que cumplen los facilitadores interculturales para migrantes internacionales de nacionalidad haitiana, así como el conocimiento de las barreras y facilitadores específicos para la implementación de esta figura dentro de los centros de salud y recomendaciones de buenas prácticas para la atención de migrantes internacionales. De esta forma, se espera que este beneficio indirecto social sea para los participantes mayor a los posibles riesgos que los expone la investigación.

La validez científica asegura que los resultados obtenidos en el estudio son válidos y confiables, y pueden utilizarse una vez concluida la investigación. Al tratarse de un

estudio cualitativo, los criterios de credibilidad y confiabilidad serán resguardados al incorporar los aspectos de rigor: triangulación, Audit Trail, reflexivity y validación de participantes, para confirmar que se sienten representados con los hallazgos planteados.

En cuanto a la selección equitativa de los sujetos de investigación, Emanuel (1991) plantea que una selección equitativa implica que a todos los grupos se le invite a participar de la investigación, a no ser que se presenten razones científicas o de riesgo en relación a su elegibilidad. Respecto a este punto la selección se direcciona con relación al objetivo de la investigación, que se centra en la percepción de cuatro grupos de actores clave del rol que cumplen los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales. Es por eso, que la selección de cada grupo de actor clave se enfoca en la experiencia de estos sujetos con la materia en estudio. En el caso de migrantes internacionales, se garantiza su derecho a información y al cabal conocimiento de las condiciones y objetivos de investigación mediante la traducción de todos los documentos (consentimiento informado, datos demográficos y pauta de entrevista) y a la posibilidad de dar la entrevista en creol.

La proporción favorable de riesgo-beneficio, se distingue según los distintos grupos de personas reclutadas. Es así como, los riesgos implicados en las entrevistas semi-estructuradas con autoridades/referentes de salud y migración, facilitadores interculturales y personal de salud de instituciones sanitarias que otorgan atención de salud a migrantes internacionales son mínimos, por lo que el balance riesgo-beneficio es favorable. En cuanto, a los riesgos implicados en las entrevistas semi-estructuradas a migrantes internacionales, cabe tomar mayores resguardos por tratarse de una población vulnerable en virtud de varias condiciones, tales como condición socioeconómica, condición migratoria, vulnerabilidad social, tener idioma distinto al local, entre otras. Lo que establece capas de vulnerabilidad importantes a reconocer desde el punto de vista ético (Luna, 2011), siendo un grupo que merece tener una voz dentro de la investigación por todas las vulnerabilidades que presenta, y, además, exige aplicar un cuidado mayor con la privacidad y confidencialidad de la población, existiendo para ello mecanismos indicados en el consentimiento informado. Es, por tanto, la evaluación riesgo-beneficio favorable en este caso.

Respecto a la evaluación independiente del protocolo por un comité científico-ético, este proyecto está aprobado por tres Comités de Ética Científicos¹⁴ (ver Anexos n°10,11 y 12).

El consentimiento informado, se relaciona con el respeto a la autonomía de los participantes en el proceso de investigación. Se trabaja exclusivamente con mayores de edad, de modo que se realizan consentimientos informados, tomados por la investigadora, que aseguren que los/as participantes reciban toda la información sobre los riesgos, beneficios, objetivos y procedimientos del estudio, velando por la comprensión de esta, y que su participación en el estudio es totalmente voluntaria y sin ningún tipo de presión por participar. Es así que, en la entrega del consentimiento

¹⁴ Aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo el día 13 de septiembre de 2018. Aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central el 27 de septiembre de 2018. Adherencia a la aprobación de los dos Comité Éticos mencionados, por parte del Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte con fecha 10 de octubre de 2018.

informado se vela por el principio de autonomía, y la voluntariedad que es otro principio esencial de la autonomía se cumple durante todo el proceso de investigación, por tanto, se asegura a los sujetos que si deciden dejar de participar en cualquier momento no habrá ninguna consecuencia asociada a esa decisión. Las interacciones se dan, idealmente, en español y en caso de los sujetos migrantes internacionales que hablen solo creol, pueden contar con todos los documentos (consentimiento informado, perfil demográfico y pauta de entrevistas semi-estructuradas) en creol, de igual forma la realización de la entrevista puede ser en ese idioma.

Finalmente, el aspecto de respeto de los intereses, necesidades y derechos de los sujetos participantes contempla: el mantenimiento de la confidencialidad de la información, respeto para aquellos que decidan retirarse del estudio, comunicar a los participantes respecto de la nueva información relacionada con la investigación y la elaboración de un protocolo para informar a los participantes de los resultados de la investigación (Emanuel, 1991). Para garantizar la confidencialidad, los consentimientos informados, datos demográficos y transcripciones de las entrevistas semi-estructuradas son almacenados en un computador, protegidos por una contraseña que solo conoce la investigadora principal, hasta el 31 de diciembre de 2021, luego de lo cual serán destruidos. Además, se resguarda la confidencialidad de la información, mediante la asignación de un código y solo la investigadora principal tiene acceso a la información personal de los participantes. Todos los participantes pueden abandonar la investigación cuando lo deseen y dicha decisión no afecta su relación en los centros de salud. Los principales resultados de la investigación son devueltos vía e-mail una vez concluido el estudio. Además, toda la información personal de los sujetos de investigación que el investigador principal tome durante el estudio debe ser tratada con el carácter de información confidencial en los términos que lo establece la Ley 20.120¹⁵ y su reglamento, junto con la Ley 19.628¹⁶.

¹⁵ Ley 20.120: Promulgada en septiembre del año 2016. Regula “Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana” en Chile.

¹⁶ Ley 19.628: Promulgada en agosto del año 1999. Regula “Sobre protección de la vida privada” en Chile.

4. RESULTADOS

Retomando, este estudio se planteó como objetivo general describir la percepción de distintos actores clave¹⁷ en torno al rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud a migrantes internacionales en la comuna de Quilicura y Santiago. A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

4.1 Caracterización de los centros de salud en donde se realiza el estudio.

Dado el carácter exploratorio de esta investigación, se hace importante primero dar una descripción de los centros de salud y comunas intervenidas en materia de cantidad de población migrante internacional inscrita en los centros de salud y/o atendida.

Además, es importante señalar que todos los centros de salud intervenidos tenían material educativo en español y creol; sin embargo, se destaca el CESFAM Irene Frei de Cid en la comuna de Quilicura, el cual tenía toda la señalética en español, mapudungun y creol, desde las distintas unidades (OIRS, farmacia, sectores, baños) e informativos sobre cómo solicitar hora o disponibilidad de números de atención para consultas de morbilidad.

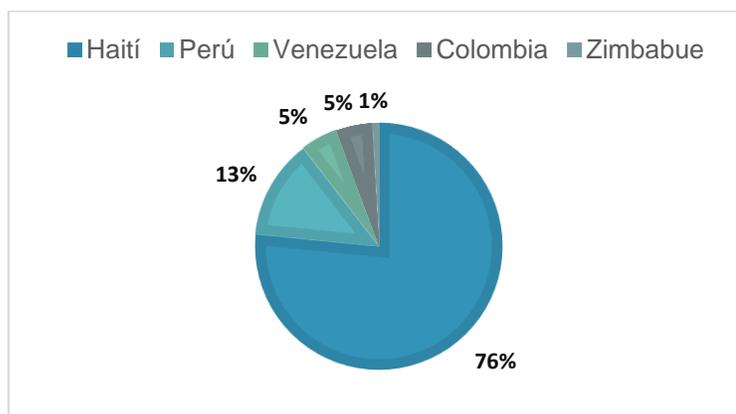
4.1.1 Comuna de Quilicura

El Departamento de Salud de Quilicura cuenta con tres Centros de Salud Familiar (CESFAM), tres Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), dos de ellos funcionan hasta las 00:00 horas y uno funciona las 24 horas del día; además cuenta con tres Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) y un Centro de Salud Mental (COSAM).

La comuna tiene, al mes de agosto 2018, un total de 12.575 migrantes inscritos validados por FONASA en sus centros de salud, de los cuales 9.627 son de nacionalidad haitiana, 1.638 son de Perú, 607 de Venezuela, 590 de Colombia y 113 de Zimbabue, lo que se puede visualizar en el gráfico 3.

¹⁷ Respuestas presentadas con códigos: AS= Autoridad Sanitaria o Referente de Migrantes o Participación, TS= Trabajador de la salud, FI= Facilitador Intercultural, MI= Migrante Internacional.

Gráfico 3: Migrantes inscritos válidamente por FONASA según país de nacimiento. Comuna de Quilicura



Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por Encargado Comunal de Migrantes en Salud. Corte a agosto 2018.

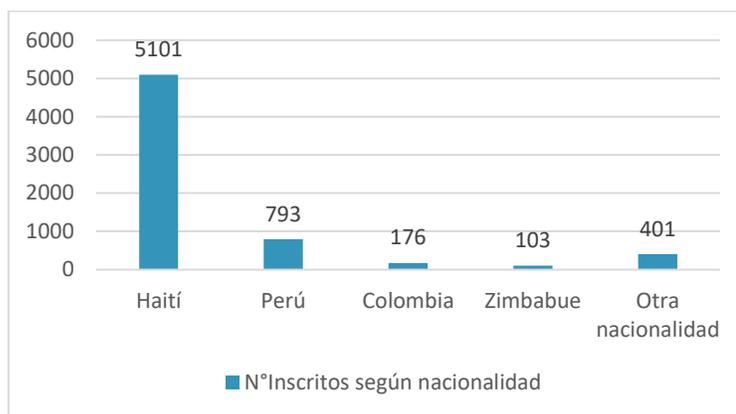
La red comunal de centros de salud cuenta con un total de 5 facilitadores interculturales para migrantes internacionales, cuatro contratados en una jornada de 45 horas semanales y uno con una jornada de 33 horas semanales. Tres de ellos brindan servicios en cada uno de los CESFAM en jornada diurna, una facilitadora apoya las labores de uno de los CESFAM y comienza su jornada a las 14:00 horas, con el fin de realizar la extensión horaria, apoyando el trabajo de SAPU. Finalmente, un facilitador trabaja en el SAPU 24 horas que tiene la comuna.

Los facilitadores interculturales para migrantes internacionales han sido contratados principalmente para apoyar con los usuarios de salud de nacionalidad haitiana. Tres de ellos se encuentran contratados bajo el convenio “Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes”¹⁸ entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Municipalidad de Quilicura. Mientras que los otros dos facilitadores son contratados a través de la gestión local comunal.

El Centro de Salud Familiar, en donde se llevaron a cabo las entrevistas, es el que tiene el más alto número de migrantes inscritos validados por FONASA, con un total de 6.574. En cuanto a la distribución de migrantes inscritos según país de origen, se obtiene que el 77.6% de los inscritos son de nacionalidad haitiana (ver gráfico 4).

¹⁸ Programa del Ministerio de Salud de Chile, se crea mediante Resolución Exenta N°1266 del 12 de diciembre de 2014 para establecimientos de atención primaria de salud, con una cobertura inicial de 11 comunas. El objetivo es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención, que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afecta a la población migrante, en especial a la no regulada. Incluye difusión de derechos y deberes de los migrantes, mediadores interculturales, facilitadores lingüísticos, instancias de participación y desarrollo de protocolos de atención.

Gráfico 4: Número de migrantes según país de nacimiento. CESFAM Irene Frei de Cid. Quilicura.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por Encargado Comunal de Migrantes en Salud. Corte a agosto 2018.

4.1.2 Comuna de Santiago

La comuna de Santiago cuenta con centros de salud de atención primaria dependientes de la Municipalidad y otros que dependen de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central.

De un total de seis CESFAM que tiene la comuna, dos de ellos dependen de la Dirección de Atención Primaria del SSMC, CESFAM N°1 y N°5, mientras que cuatro dependen de la Dirección de Salud de la Municipalidad. Además, la comuna posee once Estaciones Médicas de Barrio (E.M.B), un COSAM y una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O).

La comuna tiene un total de 19.389 migrantes internacionales inscritos, validados por FONASA para el año 2018¹⁹, sin embargo, para el mes de noviembre 2018 la comuna tiene inscritos a 39.508 migrantes internacionales, contando sólo las principales cuatro nacionalidades, los cuales no necesariamente están validados por FONASA. Es así como, 18.136 son de Perú, 13.860 de Venezuela, 4.950 de Colombia y 2.562 de Haití²⁰.

La Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central ha dispuesto de una facilitadora lingüística en creol jornada completa para uno de los CESFAM y para el otro CESFAM la presencia de otra facilitadora dos días a la semana²¹.

En tanto, la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago cuenta con un facilitador a nivel comunal, es decir, para responder a la demanda de los cuatro CESFAM de la comuna, con una jornada de 44 horas y desempeñándose en el CESFAM que tiene el

¹⁹ Esta validación de usuarios por FONASA fue realizada en agosto 2017, en donde la comuna tenía un total de 117.178 usuarios validados por FONASA, de los cuales 19.389 eran migrantes internacionales, es decir un 16.55%.

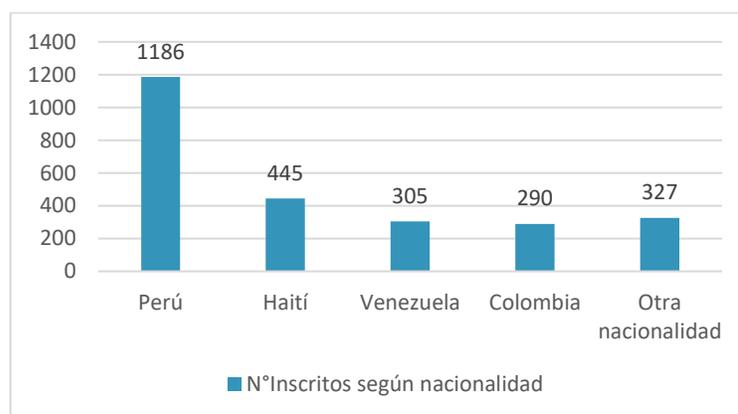
²⁰ Datos obtenidos mediante respuesta Solicitud de Información, a través del Portal de Transparencia de la Municipalidad de Santiago.

²¹ Datos obtenidos mediante respuesta de Solicitud de Información, a través del Portal de Transparencia del Servicio de Salud Metropolitano Central.

mayor número de migrantes internacionales, sobre todo de nacionalidad haitiana. Sin embargo, acude a los otros CESFAM de la comuna mediante gestión interna. Este facilitador intercultural fue contratado bajo el convenio “Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes” entre el Servicio de Salud Metropolitano Central y la Municipalidad de Santiago.

El CESFAM en donde se llevaron a cabo las entrevistas, es el segundo con mayor número de migrantes inscritos validados por FONASA (la Dirección de Salud Municipal opta por este centro dado la alta demanda del otro CESFAM), con un total de 2.553 personas. En cuanto a la distribución de migrantes inscritos según país de origen, se obtiene que el 17.4% de los inscritos son de nacionalidad haitiana (ver gráfico 5).

Gráfico 5: Número de migrantes según país de nacimiento. CESFAM Arauco. Santiago



Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por Municipalidad de Santiago mediante Solicitud de Información.

4.1.3 Complejo Hospitalario San José

El Complejo Hospitalario San José, como se mencionó en el apartado metodológico, es el hospital base de la red de salud del Servicio de Salud Metropolitano Norte, además es la maternidad más grande de Chile. En el año 2016 atendió 7.500 partos, de los cuales el 24% correspondió a mujeres de nacionalidad haitiana (Yañez, 2017). Esta tendencia se mantiene, es así como, al corte de septiembre 2018, el 23% de los nacimientos del hospital eran de madres de nacionalidad haitiana²².

El recinto hospitalario contrató a la primera facilitadora intercultural para migrantes a fines del año 2014, con una jornada parcial. Al año siguiente contrataron a otro facilitador jornada completa y actualmente, cuenta con seis facilitadores interculturales. Dos apoyan labores en el C.D.T (Centro de Diagnóstico Terapéutico) y cuatro han sido contratados para cubrir un sistema de cuarto turno²³ desde el año 2016. Es decir, el hospital cuenta con al menos un facilitador intercultural haitiano las 24 horas del día.

²² Información otorgada por matrona supervisora de Hospital San José.

²³ Modalidad de trabajo en el sector salud, en que el trabajador realiza rotativas cada cuatro días. El primer día trabaja desde las 8:00 a 20:00 horas, el segundo día ingresa a las 20:00 horas y termina su turno al tercer día a las 08:00 horas, y el cuarto día es libre.

En el CDT, un facilitador esta principalmente en COPAR (Consulta Obstétrica Perinatal de Alto Riesgo), unidad de consulta ambulatoria de usuarias que son derivadas desde la atención primaria por cursar un embarazo de alto riesgo. Otra facilitadora, la única con media jornada, apoya las otras áreas de C.D.T. Los otros cuatro facilitadores que rotan en cuarto turno, tienen su puesto de trabajo en ingreso a urgencias, sin embargo, responden a las necesidades de todo el hospital, incluso apoyan al Hospital Psiquiátrico e Instituto Nacional del Cáncer y, solo en horario no hábil, Hospital Roberto Del Río.

4.1.4 Hospital Clínico San Borja Arriarán

El Hospital Clínico San Borja Arriarán es el hospital base de la red de salud del Servicio de Salud Metropolitano Central. Al mes de octubre de 2018 el hospital asistió a 4.930 partos, de los cuales solo el 30.4% era de mujeres chilenas y el 69.6% de mujeres migrantes, destacándose que el 20.4% del total de partos fue de mujeres de nacionalidad haitiana, muchas de ellas no hispanoparlantes (Leiva & Lobo, 2018). Es así, como el Hospital Clínico San Borja Arriarán se transforma en el hospital que lidera las atenciones de parto de usuarias migrantes internacionales.

El recinto hospitalario contrató a la primera facilitadora intercultural para migrantes en el año 2016, y actualmente cuentan con dos, a jornada completa, en horario diurno. Una se ubica físicamente en el acceso principal del hospital y la otra en el acceso principal del C.D.T. Ambas responden a las demandas de cada servicio del hospital y son contactadas vía telefónica para acudir al servicio en el cual se las necesita.

4.2 Perfil demográfico de los entrevistados.

Las entrevistas fueron realizadas a 18 personas en total, como se expuso en el apartado metodológico. En cuanto al sexo de los entrevistados, el 22.2% corresponden a hombres y el 77.8% mujeres, el 100% de los migrantes internacionales entrevistados fueron mujeres de nacionalidad haitiana. El 44.4% de los entrevistados tiene nacionalidad haitiana y el 55.6% nacionalidad chilena.

La edad promedio de los entrevistados fue de 34.6 años, con un mínimo de 24 años y un máximo de 62 años. Según grupo de actor clave, se observa, que el primer grupo, correspondiente a autoridad sanitaria o referente de migrantes, tiene la mayor edad promedio con 42.8 años y la menor edad promedio fue observada en el grupo de facilitadores interculturales, con una edad promedio de 29.5 años.

Al analizar el nivel educacional de los entrevistados según tipo de actor clave, se obtiene primero que todos tienen como mínimo educación media, o equivalente, completa, destaca que el 55.6% de los entrevistados tienen estudios universitarios completos y el 22.2% tiene estudios de postgrado, como se muestra en la Tabla n°2.

Tabla 2: Nacionalidad, edad y nivel educacional según grupo de actor clave.

		Autoridad o Referente	Trabajador Salud	Facilitador Intercultural	Migrante Internacional	Total
Nacionalidad	Chilena	5	5	-	-	55.6%
	Haitiana	-	-	4	4	44.4%
Edad	Promedio en años	42.8	31.2	29.5	33.5	34.6
Nivel Educativo	Media o secundaria	-	-	-	2	11.1%
	Técnico profesional	-	-	2	-	11.1%
	Universitaria	2	4	2	2	55.6%
	Postgrado	3	1	-	-	22.2%

Fuente: Elaboración propia.

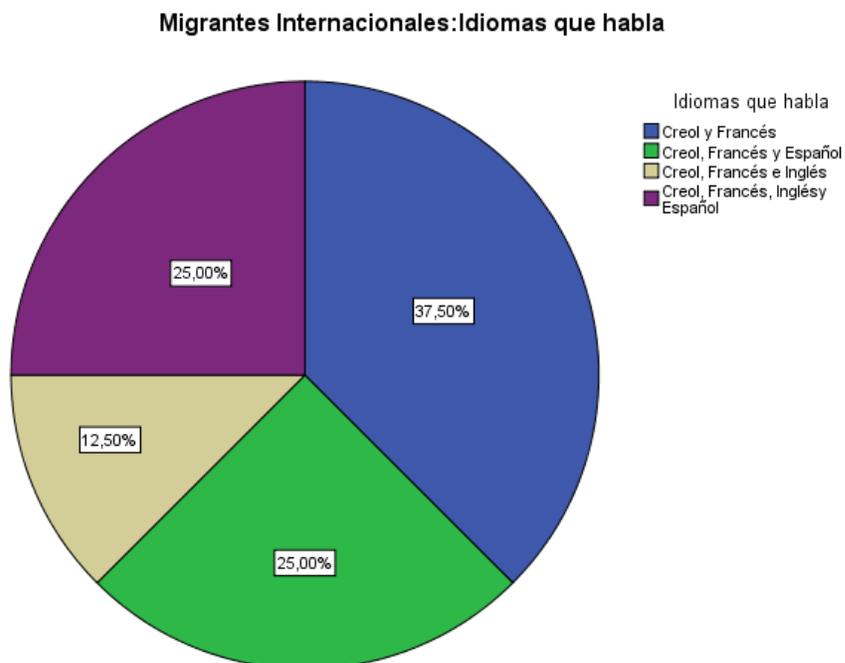
En el grupo de autoridad sanitaria o referente de migrantes, el 60% tiene estudios de postgrado terminados. En el grupo de trabajadores de salud el 80% tiene estudios universitarios completos y el 20% restante tiene, además, estudios de postgrado. En cuanto a los facilitadores interculturales, la mitad de ellos tiene estudios de técnico profesional y el otro 50% estudios universitarios, ya sea en su país de origen o cursados en Chile. Finalmente, el grupo correspondiente a usuarios del sistema de salud migrantes internacionales, se obtuvo que el 50% tiene estudios medios o secundarios completos y el 50% tiene estudios universitarios.

Al consultar a migrantes internacionales, usuarios del sistema de salud y facilitadores interculturales, sobre el tiempo de estadía en Chile, se obtiene que, en el caso de usuarios de los servicios de salud, el 50% está en Chile hace 10 meses y el otro 50% hace 2 años. En cambio, los facilitadores interculturales tienen un promedio de estadía de 5 años en Chile, con un mínimo de 2 años y 5 meses y un máximo de 8 años.

En relación con las consultas en el centro de salud, el 75% llevaba un mínimo de dos meses consultando en el centro de salud y solo el 25% era primera vez que consultaba en el recinto asistencial, que corresponde al caso de una mujer que acude por trabajo de parto a uno de los hospitales estudiados y es entrevistada en sector de hospitalizados.

Finalmente, se consultó idiomas que hablaban los usuarios y facilitadores interculturales, en donde se obtiene que el 37.5% de los migrantes internacionales de nacionalidad haitiana hablan creol y francés, seguido de un 37.5% que hablan tres idiomas (25% que hablan creol, francés y español, y 12.5% que habla creol, francés e inglés) y el 25% habla cuatro idiomas (creol, francés, inglés y español), como se observa en el gráfico 6.

Gráfico 6: Migrantes internacionales según idiomas que habla.



Fuente: Elaboración propia.

En las siguientes páginas se abordan los resultados de la investigación para cada uno de los objetivos propuestos. Anterior al análisis en detalle se presentan los principales hallazgos en la tabla n°3, conceptos que serán abordados en extenso a continuación.

Tabla 3: Cuadro resumen sobre percepción del rol del facilitador intercultural en la atención de salud de migrantes internacionales

Categorías analizadas	Principales hallazgos	Justificación de la necesidad y perfil del facilitador intercultural para migrantes internacionales	
Experiencias	Necesidad de Comunicación Efectiva	Antecedentes de muertes perinatales	
	Perfil del Facilitador Intercultural	Antecedentes de reingresos hospitalarios	
		Ideal área de la salud o técnico	Manejo de programas de salud
			Manejo de terminología médica
Nacionalidad Haitiana			
Funciones	Acogida		
	Traducción		
	Interpretación		
	Orientación		
	Educación sistema de salud chileno		

	Enlace con la comunidad	
	Promoción de salud	
	Mediación cultural	
	Administrativa	
Ventajas	Disminución gasto público en salud	
	Confidencialidad en la prestación sanitaria	
	Confianza en comunicación efectiva	
	Uso eficiente de la red de salud	
	Reducción estrés del equipo de salud	
	Apoyo a equipos con casos sociales complejos	
	Contribución a asentar necesidad de capacitación intercultural	
Cuidados Salud Mental	Exposición a situaciones complejas	
	Valoración, apoyo y orientación de pares ante situaciones complejas	
	Necesidad de autocuidado	
	Necesidad de capacitación	
Barreras	Administrativa-Financiera	
	Diferencia entre sistema de salud chileno y haitiano	
Facilitadores	Voluntad de autoridades locales	
	Identificación/Uniforme Institucional	
	Acogida por parte de los equipos de salud	
Recomendaciones	Contratación de más facilitadores interculturales	
	Sensibilización del usuario interno	
	Evaluar necesidad según realidad local	
	Incorporación de facilitadores interculturales a las reuniones de sector y estudios de familia	

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Experiencias de facilitadores interculturales en la atención de salud

El aumento de flujo migratorio en los últimos años en Chile ha llevado a que los equipos de salud se adapten a la nueva población que acude por necesidades sanitarias a los centros de salud públicos. Es así como, por problemas de comunicación con la población migrante, específicamente de nacionalidad haitiana, se buscó una solución para frenar situaciones totalmente prevenibles, como reingresos hospitalarios y muertes por falta de comunicación efectiva.

“...nosotros empezamos a tener fallecimiento de los niños de madres haitianas por falta de entendimiento de las indicaciones que se les daba, sobre todo de movimientos fetales, entonces en base a eso, el hospital no tenía facilitadores y nosotros hablamos con el hospital y con platas

del Chile Crece Contigo, fuimos los pioneros en tener una facilitadora de 11 horas (...) ahí empezó este tema, en el cual nosotros expusimos que gracias a ella (facilitadora) habíamos tenido una mejor comunicación con ellas (haitianas), en el tratamiento, indicaciones. Entonces fuimos como el pionero del hospital, por así decirlo” (TS03, profesional matrona en hospital).

“...pacientes que tuvieron que reingresar porque no habían entendido las indicaciones al alta” (AS03, autoridad/referente migrantes).

“Ha sido super difícil desde ese periodo, poder comunicarse con ellos para poder darle las indicaciones, los pasos a seguir, inscribirse o como integrarse en realidad y ser parte del sistema” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

Es así, que una de las principales medidas fue la contratación de facilitadores interculturales para colaborar con la atención de la población migrante haitiana en hospitales y CESFAM, como una medida para mejorar el acceso a salud de esta población.

“Una de las acciones principales es la contratación de facilitadores interculturales, porque de alguna u otra forma cuando hablamos de población migrante hablamos de la población migrante en general, pero directamente por una base cultural y de brecha idiomática, directamente nosotros apuntamos a nuestra población de nacionalidad haitiana” (AS01, autoridad/referente de migrantes).

En cuanto al perfil que debían tener las personas que ocuparían el cargo, se destaca que no se prioriza que sea una persona con conocimientos en el área de salud, sino más bien una persona con habilidades blandas, por el mismo rol a ocupar, que se asocia a anfitrión en los centros de salud.

“...la intención era que las personas pudiesen entregar una información que a la vez estuviera el componente de contención emocional, que fuesen personas que estuviesen preparadas, con herramientas mínimas para resolver situaciones de malas noticias” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Además, las autoridades entrevistadas mencionan que lo ideal es que tenga alguna formación técnica, y una persona señala que idealmente fuera mujer, porque la mayor cantidad de atenciones se dan en el área de obstetricia-ginecología e infantil, sin embargo las otras autoridades entrevistadas no mencionan el sexo de la persona como uno de los factores influyentes en el perfil y han tenido buena experiencia con ambos, predominando un mínimo de estudios técnicos y habilidades blandas para la contratación.

“...lo ideal era que tuviera alguna formación técnica. Y que no estuviese vinculada necesariamente al área clínica con el propósito que se desarrollara más el ámbito social” (AS04, autoridad/referente migrantes).

“...la mayoría de las facilitadoras son mujeres, por un tema de equidad de género, porque mayormente, como te mencionaba es mayor la llegada de población migrante en proceso de gestación, entonces se evaluó, se analizó y obviamente tenían mejor llegada” (AS01, autoridad/referente migrantes).

Sin embargo, tanto los profesionales como el facilitador mencionan como una ventaja el tener formación académica en el área de la salud, ya sea técnica o profesional, a diferencia de las autoridades que mencionan solo formación técnica, la que podía ser en relaciones públicas o área de salud.

“Igual, la persona que nosotros tenemos es una persona formada en salud (..) entonces, eso en alguna medida es un plus para que pueda orientar en salud a los pacientes que se atienden” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“...porque yo soy de Haití también, pero yo estudié acá en Chile y tengo conocimientos de salud, entonces eso me da una facilidad para entender bien el contexto y desempeñar mis conocimientos y poder ayudar a ellos (usuarios de salud)” (FI02, facilitador intercultural en atención primaria).

El que algunos entrevistados valoren que sea una persona con conocimientos en salud, tiene que ver, con el manejo de los programas de salud y orientación en profundidad que pueden entregar a los usuarios. Es así, que al consultar a las personas que no tenían área de formación en salud, al iniciar a trabajar, sobre problemas de comunicación en cuanto al uso de terminología médica, todos los facilitadores responden que fue un problema inicial, pero que se adaptaron y consultaron a tiempo. De igual forma, una autoridad entrevistada destaca la proactividad de las personas contratadas que están estudiando por su cuenta terminología médica para seguir aprendiendo y a la vez que los profesionales han modificado el lenguaje técnico para que se entienda a cabalidad lo que quieren expresar.

“Entonces, como esto se trabaja a través de diferentes programas, que él tenga estos conocimientos nos facilita la forma en explicar como ellos van accediendo a las atenciones” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“...hablaban con términos médicos, solamente que cuando yo no entendía algo, yo pregunté. Ellos son muy buenos para ayudar cuando yo no entendía una palabra. Ellos tratan de decirlo de una manera más simple, para que pueda entender. Pero ahora que estoy en el ambiente entiendo y ya no necesito preguntar mucho por algunas palabras” (FI01, facilitador intercultural).

“...él tenía cero conocimientos de la parte científica-médica, pero él era una persona bastante proactiva, llegaba y recordaba todos los conceptos que él había tenido que explicar de alguna manera y llegaba al computador y empezaba a investigar qué era una cesárea, que era una epidural, que era un parto podálico, etcétera” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Es así como, la persona contratada como facilitador intercultural se integra para trabajar con la población haitiana, reducir la brecha idiomática y cultural, sobre todo en el área materno-infantil.

“En el caso de las madres, darle las indicaciones de como trabajar el parto en un país con una cultura distinta, con una forma de tratar a la mujer distinta” (AS04, autoridad/referente migrantes).

“...el estrés que producía en los funcionarios era alto, la angustia de no poder comunicarse. O sea, no es solo el usuario, el usuario es lo más importante, el paciente es lo más importante, y en la angustia de no poder explicarle lo que necesitaba, eso producía gran estrés en los funcionarios. Por esa razón se tomó la decisión” (AS03, autoridad/referente migrantes).

Con la incorporación de los facilitadores interculturales, se ha trabajado la reducción de las barreras de acceso a salud y los migrantes reconocen la importancia de esta figura en los centros de salud, recalcando el qué pasaría si no hubiera facilitador intercultural.

“Si no hay facilitador, ella no puede decir lo que siente, aunque quiera decir lo que siente en su idioma, el doctor no va a entender porque el doctor no habla el idioma creol. Ella misma no va a entender la indicación, porque no habla el idioma del doctor. Por eso es importante que cuando una persona aún no habla español, haya un asistente que hable el idioma” (MI04, migrante internacional).

Las autoridades también valoran la llegada e integración del facilitador intercultural a los centros de salud y equipos médicos para poder llevar a cabo las prestaciones sanitarias.

“Los facilitadores se han ido incorporando a la cultura hospitalaria, se han ido adaptando super bien, son super queridos dentro del hospital. (...) nosotros hicimos un ciclo, con los facilitadores, conversatorio, para los funcionarios, justamente con esta intención de adaptar, incluir, a los facilitadores y la cultura haitiana y fue una experiencia super bonita, porque nos contaron de su cultura, de su comida, de sus creencias, bailes, nos hicieron comida” (AS03, autoridad/referente migrantes).

“Ha sido una especial herramienta, para no solamente hacer traducciones, sino también para facilitar el intercambio de información entre el médico y la paciente que viene con una cultura de salud distinta a la que ya estaba instalada en nuestro país” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Los facilitadores se han integrado al trabajo de los equipos de salud, donde las autoridades y profesionales entrevistados destacan el compromiso que estos tienen con el trabajo y con su pueblo.

“...el compromiso que ellos tienen es grande, a ellos le importa mucho lo que hacen, no solo por las lucas que están ganando o porque es una pega estable, que ha sido una super buena área de desarrollo laboral para ellos, si no que por sobre todo es porque trabajan con su gente, con su pueblo, con su cultura, y para ellos es fundamental entregarles una atención digna” (AS03, autoridad/ referente migrantes).

Tanto autoridades y profesionales se muestran agradecidos con la incorporación del facilitador intercultural en los centros de salud, porque contribuye de gran manera a mejorar el cómo se realiza el control y la satisfacción usuaria de las personas.

“...los compañeros lo integraron al equipo como un compañero más, pero sobre todo cuando viene a colaborarnos con esta dificultad idiomática, de la brecha idiomática muchas veces de nuestros vecinos de nacionalidad haitiana” (AS01, autoridad/referente migrantes).

Es así como los propios facilitadores reconocen su rol dentro del equipo de salud, centrándose en la reducción de la brecha idiomática.

“...he sacado brechas entre pacientes y profesionales, porque la idea es sacar esas barreras entre profesionales y pacientes, y para los pacientes eso es importante. Entonces, al no entender o comprender, el por qué viene un paciente, es complejo” (FI03, facilitador intercultural)

4.4 Funciones de los facilitadores interculturales

En este apartado se trabaja en relación con las principales funciones asociadas al trabajo del facilitador intercultural en la atención de salud de migrantes internacionales. Es así, como se destacan las funciones de acogida, traducción, administrativa, interpretación, mediación cultural, educación de sistema de salud chileno, orientación, enlace con la comunidad y promoción de salud.

Función de Acogida

Desde el punto de vista de las autoridades sanitarias/referentes, se observa que destacan un rol asociado a la acogida de usuarios migrantes internacionales, que desconocen el

funcionamiento del sistema de salud chileno; realizando un trabajo fundamental en romper una importante barrera para el acceso a la atención de salud de estas personas.

“En primera instancia, la acogida, es la puerta de entrada de acogida a nuestros vecinos y vecinas migrantes (...) la acogida es la base fundamental, porque en la acogida empieza la instancia de confianza, motivacional, para que también nuestro vecino migrante vuelva a su próximo control o sus próximas atenciones. Y también se abra frente a sus necesidades de salud, obviamente” (AS01, autoridad/referente migrantes)

“...cuando llega una persona no hispanoparlante, que además desconoce la institución, lo primero que busca es alguien con el cual se pueda encontrar visualmente y que además le pueda entregar una orientación. Entonces, ahí está el orientador, que capta si habla bien o no habla español, entonces además de orientarlo, lo guía y lo acompaña” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Función de Traducción

La función asociada a traducción es una de las más mencionadas, de hecho, en muchos lugares se conocen a estas personas como traductores en vez de facilitadores interculturales. Es así, que los trabajadores de salud destacan el rol que cumplen durante la atención médica.

“...las principales (funciones) es poder traducir los controles y entregarle la información” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

“Más que nada ha sido un tema muy práctico en los cuales hemos tenido que ver en las indicaciones, porque tu comprenderás que este es un sistema muy rápido, muy dinámico” (TS03, profesional matrona en hospital).

Los facilitadores interculturales también declaran que este se ha transformado en su principal rol en cada centro de salud, destacando que los llaman siempre cuando hay un usuario no hispanoparlante para poder traducir la atención de español-creol y creol-español. Por tanto, con esta función se logra dar frente a la barrera idiomática en la atención de salud de migrantes, que es un determinante social en la salud de las personas.

“Bueno, ayudar a la población haitiana que está en Chile, particularmente a los que se atienden en este consultorio, en el sentido de las que no hablan castellano, traducir para ellas” (FI01, facilitador intercultural atención primaria).

“Mi rol de facilitador es traducir, interpretar o facilitar la comunicación entre migrante haitiano o entre migrante no hispanoparlante hacia los profesionales (...), como trabajo de administrativo en la oficina de información, OIRS²⁴, atiando a toda persona, tanto para facilitar la comunicación entre español y creol, español y francés, y si hay pacientes que hablan inglés, por ejemplo, de otra nación, y apoyar administrativamente a mis colegas en otro trabajo administrativo dentro de la unidad” (FI03, facilitador intercultural de hospital).

En cuanto a usuarios migrantes de nacionalidad haitiana, éstos destacan la función de traducción como la esencial, transformándose en la justificación principal del por qué son necesarios los facilitadores interculturales para migrantes.

²⁴ OIRS: Oficina de Información, Reclamos y/o Sugerencias.

“Yo no sé hablar español. Si yo supiera hablar español no necesitaría de otra persona. Como no hablo español necesito otra persona que pueda traducirme para poder explicar todas las cosas que yo quiero decir” (MI02, migrante internacional en atención primaria).

Función de Interpretación

Las autoridades sanitarias destacan un rol asociado a la interpretación de indicaciones médicas, desde una cultura sanitaria chilena a una cultura sanitaria haitiana, logrando “acomodar” desde un punto de vista cultural las indicaciones que otorgan los profesionales de la salud.

“Las principales funciones son interpretar, no es traducir, eso es super importante. Ellos hacen todo un proceso de acomodar a su cultura también, y nos ayudan a nosotros también a entender desde el punto de vista cultural, ese es el proceso que ellos hacen” (AS03, autoridad/referente migrantes).

“la facilitadora no solo tiene que hacer una labor de interpretación, sino que también de ir generando esta comunicación que sea lo más empática y asertiva posible, y a la vez ir generando espacios de educación hacia la paciente o el paciente pediátrico y por otro lado entregar información a medida que lo solicita al equipo de salud” (AS04, autoridad/referente migrantes)

Los facilitadores mencionan que están en un rol de “intermedio”, pues se transforman en un nexo que facilita la comprensión, la comunicación efectiva, entre el usuario migrante y el profesional de la salud.

“Para comprender más, es como un intermedio entre el médico o la persona que quería decir algo al paciente, es como un intermedio, estoy a la mitad, escuche lo que decía el médico, le puedo decir al paciente. Y ahora podemos comunicar bien” (FI04, facilitador intercultural).

Función Orientación

Esta es otra de las funciones más destacadas, junto con la traducción, en donde se resalta el rol que cumplen los facilitadores en educar a la población migrante internacional en cómo funciona el sistema de salud chileno. Es así, como la orientación es clave para que los usuarios de salud migrantes haitianos, sepan qué deben hacer post consulta con el profesional de la salud, ejemplo: vacunas, solicitud de horas médicas, etcétera. Es decir, se valora la orientación que realizan para llevar a cabo todas las acciones indicadas con el fin de dar continuidad a tratamientos y/o cuidados en salud, tanto en centros de salud familiar como hospitales.

“...y orientarlos, porque a veces pasaba que, claro, tú tratabas de como fuese posible poder entregarle las indicaciones, pero finalmente ellos se iban. Ejemplo, con los controles de los niños no sabían que tenían que esperar las vacunas, que tenían que pedir hora al médico, la nutricionista, las derivaciones, etcétera, qué hacer con las interconsultas. Entonces, la XXX (facilitadora intercultural) ha hecho todo un trabajo de seguirlos post control, o post prestación de salud que se le haya entregado, y eso ha sido importante para darle a continuidad a las atenciones” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

Además, la orientación que brindan también se asocia a nivel del espacio físico en cada centro de salud y es aquí donde ayudan a cualquier persona, independiente de su nacionalidad.

“...si no conocen bien el consultorio, donde queda cada cosa. Por ejemplo, si una mujer embarazada viene a su control y tiene que pasar por casi todos los lados del consultorio, para guiar a esa persona (...) depende de la información que necesite la persona, porque por ejemplo en la

mañana trabajo en el SOME²⁵ central, que es para toda la población, la nacionalidad no depende en ese sentido. Y también en la OIRS (...) ahí yo atiendo a todos, ya sea chileno, extranjero: peruano, colombiano y haitiano” (FI01, facilitador intercultural atención primaria).

En tanto, los usuarios de nacionalidad haitiana destacan la ayuda que el facilitador intercultural brinda durante la atención de salud o en momentos clave, si no podía estar todo el tiempo al lado del usuario, o en la orientación y acompañamiento dentro de los centros de salud.

“Cuando entro al control con el doctor, es él quien me explica, el me acompaña, si yo necesito medicamentos el descende conmigo abajo y después el sube y vuelve a acompañarme a cada lado que debo ir, él siempre está al lado mío” (MI03, migrante internacional en hospital).

Función Educación del Sistema de Salud Chileno

Al consultar a todos los actores clave, sobre otras funciones llevadas a cabo por los facilitadores, destacan el compromiso con el trabajo y con la salud de las personas, el apoyo que han brindado en educar sobre el funcionamiento de la red de salud en Chile y la cooperación en gestiones con la comunidad migrante en situaciones complejas.

“...les presenta toda la red de salud, desde cuando ingresan a la atención primaria, hasta cuando por ejemplo se debe realizar una derivación a atención secundaria, con alguna especialidad, etcétera” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“Apoya en salud como también a cómo moverse en la comuna a través de la red, si tienen que ir al hospital, a tomarse una radiografía, él también los orienta” (AS02, autoridad/referente migrantes).

Los facilitadores también destacan esta función, colaborando en la orientación y educación de cuándo consultar y con qué profesional, bajo nuestro modelo de salud.

“...la persona llega y no llega a pedir una hora con médico, me dice mira XXX (su nombre) tengo eso, eso y eso, ¿cómo me puede ayudar? Ahí yo debo empezar a pensar, y digo tiene que pedir hora con matrona, médico, enfermera; tal vez es una opción para mí que tengo conocimiento en la salud” (FI02, facilitador intercultural en atención primaria).

Función de Enlace con la Comunidad

Tanto autoridades como profesionales de la salud destacan este rol, que no ha sido del todo explotado, pero que, sin embargo, es esencial en el trabajo que realizan los facilitadores interculturales para migrantes, dado que se transforman en un tipo de enlace o nexo entre el sistema de salud y la comunidad migrante internacional. De esta forma, se destacan las palabras de una autoridad, las cuales apuntan a un tema sensible, por ejemplo, en caso de personas fallecidas que no han sido identificadas y por lo tanto se desconoce red de apoyo.

“...nos ha pasado que hemos tenido pacientes fallecidos aquí que no han sido identificados, y ellos nos han ayudado en el proceso de buscar familiares, de buscar formas de contactar iglesias, o poder darle una sepultura digna o poder repatriarlos” (AS03, autoridad/referente migrantes).

Además, han colaborado en acercar los equipos de salud a lugares de participación comunitaria, como iglesias y ferias libres, para incentivar a la población a acudir a

²⁵ SOME: Servicio de Orientación Médico-Estadística. Es la puerta de entrada para los usuarios que solicitan trámite médicos y administrativos en los centros de salud.

exámenes preventivos y acercarse a los centros de salud. Cabe destacar, que esto es mencionado por entrevistados de los centros de salud primaria.

“Cuando llegué acá lo hicimos dos meses. Lo hicimos en las iglesias también, en la feria, entregando folletos con las indicaciones en creol, por supuesto, de cómo se tiene que hacer y los requisitos que piden para inscribirse (en los CESFAM y CECOSF)” (FI01, facilitador intercultural).

Función Promoción de Salud

Si bien, esta función puede estar ligada a la traducción, es importante separarla de la anterior, pues aquí los facilitadores interculturales no solo traducen una atención de salud, sino que colaboran con el equipo de salud para realizar actividades de prevención y promoción de salud de manera grupal.

En los centros de salud estudiados, los facilitadores interculturales para migrantes internacionales han participado en instancias educativas de prevención y promoción de salud, tales como talleres prenatales, talleres a personas insulino-requirentes, talleres de inserción a la red de salud, llamados “Taller de acogida al migrante”, que son realizados en algunos centros de salud de atención primaria. Además, se destaca la cooperación en la elaboración y traducción de documentos al creol.

“...hay talleres para las mujeres embarazadas, hay para toda la población, hombres y mujeres, sobre alcohol, drogas, esas cosas. Taller de kinesiólogo, la sala IRA²⁶. También, a veces, viene gente de la Municipalidad que yo tengo que acompañarlos y en caso de que haya haitianos, traducir para ellos” (FI01, facilitador intercultural atención primaria).

“...en el caso que un médico tiene 5 pacientes diabéticos y quiere hacer una educación para ellos, ahí debo estar. Si hay 5 madres que no saben bien el manejo del embarazo, que hay que hacer cuando tienen contracciones y la matrona quiere hacer un taller para eso, ahí debo estar, porque la idea es ayudar a las personas a entender” (FI02, facilitador intercultural atención primaria).

Función Mediación Cultural

Al indagar con los entrevistados específicamente si el facilitador intercultural apoyaba en cuanto a las diferencias culturales entre usuarios haitianos y profesionales de la salud, de nacionalidad chilena, se destaca que antes de la llegada masiva de personas de nacionalidad haitiana a Chile, los equipos de salud no se cuestionaban las diferencias culturales.

“La cultura haitiana. O sea, es super curioso esto, porque nosotros hemos tenido migrantes desde hace mucho tiempo (...) y nunca antes nadie reparo en la cultura peruana y se les atendía como a cualquier paciente. Entonces, efectivamente el tema cultural, tomo preponderancia cuando vimos gente que tenía otro color de piel, que tenía otro idioma y eso o si no, no hablamos de la cultura. Ahora yo también creo y es un dato subjetivo también, que la cultura haitiana es mucho más distinta que la cultura peruana, que la cultura venezolana, que son países más cerquita nuestro” (AS03, autoridad/ referente migrantes).

Sin embargo, se enfatiza en el aporte que realizan para comprender acciones y/o formas de cuidado de madres haitianas con sus hijos, por diferencias culturales.

²⁶ Sala de Infecciones Respiratorias Agudas, se encuentran en cada centro de salud familiar.

“...ellos te ayudan un poco a aclarar que las cosas que ellos hacen o piensan hacer con sus bebés no es porque sea algo malo o algo que no sea provechoso para sus guaguas, sino que es su cultura” (TS04, profesional matrona en hospital).

De igual forma se destaca la necesidad de que los equipos de salud reconozcan las diferencias, pero no normalicen situaciones de violencia y/o vulneración de derechos, sea de la nacionalidad que sea el usuario que se atiende.

“Me he encontrado con situaciones que uno quiere abordar, pero son normalizadas con el “pero allá es así”, “el hombre es machista”, “la violencia allá, por ejemplo, no se aborda como acá”, entonces hay situaciones que están normalizándose, que no deberían, entonces, esas cosas me complican” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

Los facilitadores subrayan las diferencias más notorias y que preocupan a los equipos de salud en Chile, las cuales tiene que ver con el ingreso precoz a control prenatal, regulación de la fecundidad y alimentación de lactantes.

“Hay varias cosas distintas que ellos no entienden, y para nosotras las haitianas, y en el caso de las mujeres, que no son iguales acá en Chile, por ejemplo, es cultura diferente, en el caso de las mujeres embarazadas que tienen que iniciar sus controles, al tiempo, por ejemplo, a las tres semanas de embarazo, pero allá no es así. También a las mujeres, para después de su parto, para iniciar método anticonceptivo, hasta ahora tenemos algún problema con eso” (FI01, facilitador intercultural atención primaria).

“...los profesionales me preguntan ¿es normal esto? Porque en Haití una vez que nace él bebe no se alimenta con leche materna, sino que, con comida, yo le dije que sí, no le puedo mentir. Y en eso debemos trabajar acá, nosotros estamos equivocados en Haití, entonces ese niño tiene muchos factores de riesgo, la idea es que acá en Chile debemos trabajar con la comunidad, con las madres para poder enseñar a ellas como deben cambiar esta conducta, cual es la consecuencia, porqué debe hacerlo así, hasta qué fecha” (FI02, facilitador intercultural atención primaria).

Función Administrativa

Las autoridades entrevistadas mencionan que los facilitadores interculturales han ido incorporando cada día más funciones a su rol, que ha sido un proceso de aprendizaje continuo y mejoras en el camino, todo con el fin de brindar atención de salud a toda persona que la requiera, independiente de que no hable el idioma local, español.

“...ellos han aprendido a tomar reclamos, han aprendido las leyes, han aprendido de los derechos, deberes, han entendido que no solo eso, han aprendido tanto del proceso de la atención hospitalaria, de diagnósticos, de la confidencialidad de los diagnósticos, han aprendido a como tienen que informar algunas cosas” (AS03, autoridad sanitaria/referente migrantes).

“... el per-carpita de la gente, ya sea haitiano o chileno. Actualización de los datos. Dar hora con asistente social. Dar informaciones que son a los chilenos, colombianos, gente que habla en español. A veces yo ayude, también, a sacar fichas en el SOME; y la visita domiciliaria, que no está en mi contrato, que ya lo hago y me lo piden solamente cuando van a la casa de una haitiana que no habla español, que no puede entenderlo” (FI01, facilitador intercultural).

Finalmente, todos los grupos de actores clave señalan como funciones del facilitador intercultural la acogida, orientación y traducción, siendo esta la más señalada en todo el proceso de investigación. Trabajadores de la salud y autoridades destacan la función de

enlace con la comunidad, y ven esta como una oportunidad de acercarse y conocer más a la población migrante que consulta, para lograr mayor adherencia tanto al tratamiento, como también a la red de salud que los acoge. En cuanto a la función sobre educación del sistema de salud chileno, fue nombrada principalmente por el grupo de autoridades sanitarias y facilitadores interculturales, sin embargo, se encuentra estrechamente asociada a la función de orientación.

Los migrantes internacionales entrevistados, a diferencia de los otros tres grupos de actores clave, no mencionan como funciones del facilitador intercultural la interpretación, promoción de salud, mediación cultural y administrativa. Este grupo nombra principalmente las funciones relacionadas a la traducción y orientación sobre qué hacer y cómo funciona la red de salud. Sin embargo, a partir de las notas de campo, se infiere, que probablemente por haber realizado las entrevistas en creol, las entrevistadas mencionaron solo las principales funciones o simplemente no perciben diferencias con las otras funciones descritas por los otros tres grupos de actores clave.

4.5 Ventajas y desventajas de contar con facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales

Han sido ya nombradas algunas ventajas de contar con facilitadores interculturales durante la atención de salud de personas migrantes no hispanoparlantes, en este caso de nacionalidad haitiana. La principal ventaja es la mejora en el acceso a la atención de salud, rompiendo la barrera idiomática y en ciertos casos, cultural, existentes para llevar a cabo la prestación de salud.

Disminución del gasto público en salud.

Existe una eventual disminución del gasto en salud por reingreso al hospital o número de consultas de morbilidad médica, porque en ausencia de facilitador intercultural el paciente puede no haber entendido las indicaciones del alta, lo que dificultará el cumplimiento a cabalidad el tratamiento indicado, por lo cual, debería volver a consultar con especialista.

“...desde reducir costos para el mismo paciente en términos de reingreso, que avance una enfermedad que puede ser aguda y se transforme en crónica. Permite que esa persona se pueda incorporar a una relación de apoyo en red, a través de las redes de apoyo, de la red asistencial, insertarla en un medio que le facilite salir del estado de situación “problema de salud”. El reducir los costos, una persona que no entiende que le está pasando y por lo tanto, se le entrega una receta y no sabe que esa receta tiene determinadas indicaciones, sino se toma o no sigue ese tratamiento, lo más probable es que igual se agrave su problema y no solamente le afecte a él, sino que ha toda la familia, a todo su entorno, al Estado que va a tener que tomar otras medidas y también hacer otra inversión en salud de algo que se podría haber atendido en una etapa inicial” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Confidencialidad en la prestación sanitaria.

Las autoridades sanitarias entrevistadas son claras en que el facilitador intercultural es un canal de comunicación, una persona instruida en los deberes y derechos de los pacientes, que al tenerlo en los servicios de salud se puede cumplir el derecho a confidencialidad del diagnóstico y a que las personas reciban la información necesaria y

comprensible cuando no tienen dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, art 10 y art 5, respectivamente, de la Ley 20.584²⁷ (Ley N°20.584, 2012), lo que en el caso de contar con un tercero que traduzca se podría ver vulnerado, es así como también lo destacan profesionales de la salud cuando se han visto enfrentados a estas situaciones por falta de facilitador intercultural.

“...uno de los derechos es la privacidad en el diagnóstico, entonces, igual uno trata de explicarles, pero es complejo cuando es una amiga o un vecino darle un diagnóstico” (AS02, autoridad/referente migrantes).

“Ahora hay veces que no está ahí el elemento y el recurso para hacer la traducción, y ahí tenemos que recurrir incluso a pacientes. Ahí cuando hacemos eso, no preguntamos cómo cosas tan íntimas, sino que nos vamos a lo general, a lo más básico” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“...creo que para los usuarios también ha sido grato tener un facilitador porque ellos también quieren comunicarse y expresar lo que piensan, lo que les duele, lo que les molesta, lo que no les molesta o a veces simplemente dar las gracias y quieren expresarse, entonces es como una necesidad básica” (TS14, profesional matrona en hospital).

Confianza en comunicación efectiva.

Ante la presencia de facilitador intercultural, los profesionales se sienten más tranquilos, más seguros de que la información que quieren entregar al usuario será dada a cabalidad y entenderán lo que quieren expresar en cuanto al cuidado de la salud e indicaciones varias posteriores a las prestaciones de salud.

“...poder llegar a desarrollar bien el control, poder darle las indicaciones al paciente y que las entienda, que se pueda ir con toda la información clara para poder volver en los próximos controles o si tiene indicaciones que las siga correctamente, sobre todo en las embarazadas, en controles del niño sano, el tema de la alimentación, de la lactancia, que ha sido muy importante” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

“...porque tu muchas veces al hablarle un poco como con señas no expresas lo que quieres o muchas veces la persona te entiende algo totalmente erróneo y distinto a lo que tú le quieres expresar. Entonces con una facilitadora le puedes explicar a ciencia cierta de que la persona te entienda un 100% lo que tú quieres, lo que tú necesitas que ella sepa o lo que tú necesitas que ella haga o lo que entienda o los pasos a seguir” (TS04, profesional matrona en hospital).

Los facilitadores destacan que las personas (usuarios migrantes de nacionalidad haitiana) sienten más confianza al ver un par que trabaja en los centros de salud y los puede orientar al respecto, además de que logran facilitar la comunicación entre ambas partes y hacer más rápido el trabajo, la prestación de salud.

“Ventajas para mí es un buen aporte, por ej. cuando vengo al médico y no hablo español, psicológicamente eso me afecta, pero si yo veo a alguien en el centro que es de mi país, mi mentalidad cambia, entonces esa persona tiene más confianza para poder comunicarse, expresar que es lo que siente y también esa persona se siente como en su cultura, en su país natal” (FI02, facilitador intercultural atención primaria).

Los usuarios de salud, migrantes internacionales de nacionalidad haitiana, también destacan el rol en cuanto a favorecer la comunicación, la cercanía y la probabilidad de

²⁷ Ley de deberes y derechos de los pacientes. Promulgada el 13 de abril de 2012.

lograr expresar de manera acabada el real motivo de consulta, lo que a nivel de autoridades/referentes también es valorado.

“Porque muchas veces, uno necesita ayuda, por el hecho que uno no habla el idioma, no se puede expresar. Muchas veces el doctor da indicaciones, uno no habla el idioma del doctor, uno no entiende. Por eso, es que es muy importante que los migrantes puedan encontrar una persona que hable el idioma, en la clínica o en hospital, porque es muy importante. Sobre todo, la gente que tiene bebés, que tiene que ir al hospital, que quiere explicar al doctor si el niño tuvo un problema durante la noche y no habla español bien, no puede explicarle al doctor y si le trata de explicar al doctor en su propio idioma el doctor no va a entender porque no habla su idioma” (MI04, migrante internacional).

“Los usuarios extranjeros especialmente cuando ven a una facilitadora que esta con uniforme institucional, donde ellos entienden que, comunicándose con ella, sienten mayor tranquilidad, uno lo ve, afloran las sonrisas, porque sienten que alguien los escucha, los entiende” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Uso eficiente de la red de salud

Los facilitadores han percibido pequeños cambios en los usuarios, por ejemplo, que han aprendido a manejar mejor los recursos de la red de salud, entendiendo las diferencias de urgencia hospitalaria, SAPU y consultas por morbilidad con médico, además, de disminución de pérdida de horas para procedimientos como exámenes médicos, específicamente los que requieren ayuno, dado que antes los usuarios no sabían que debía haber una preparación previa toma de muestra y llegaban luego de tomar desayuno, o, algunos que han ido aprendiendo español y logran entrar a una prestación médica sin facilitador intercultural. Cabe mencionar que estos son cambios a nivel de percepción y no se ha logrado establecer con estadísticas en la materia, lo que es un desafío para tomar, tanto por autoridades como por los propios profesionales de la salud.

“Si, por ejemplo, hay gente antes que no hablaba nada de español y ahora con el tiempo si y se puede venir sola y se atiende sola, y después puede pasar conmigo para más explicaciones, pero la mayoría de las partes lo hicieron solos. Y lo otro, por ejemplo, hay un tema en la mañana cuando vienen a pedir la hora, ellos primero no respetaban el tema de hacer la fila, ellos llegaban y se ponían adelante en la fila o en cualquier espacio donde uno puede colocarse, y ahora con el tiempo, lo hacen con orden” (FI01, facilitador intercultural atención primaria).

Reducción de estrés del equipo de salud

En cuanto al cambio de dinámica dentro de los equipos de salud desde la llegada del facilitador intercultural, llama la atención que tanto autoridades como profesionales de la salud reportan que estaban muy felices con la llegada del facilitador, la integración dentro de sala de procedimientos como las salas de parto y visitas domiciliarias integrales, contribuyendo a reducir el estrés de profesionales al enfrentarse a un usuario con el cual existe una barrera idiomática que imposibilita una comunicación efectiva.

“Si, claro, cuando saben que la visita se va a hacer con él para ellos es super aliviador, porque nos estresa hacer una visita a domicilio o atención en box sin nadie que nos pueda ayudar en la traducción” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“Hago muchas visitas domiciliarias desde el primer día. Porque muchas veces después del nacimiento no vuelven a control, además no saben si deben inscribir a su hijo en el consultorio. Entonces como la matrona tiene todo anotado me dice XXX (nombre del facilitador) quizás ese

niño nació, no ha vuelto no sabemos que está pasando, me puedes acompañar en tal fecha y muchas veces está ahí en su casa con el bebe” (FI02, facilitador intercultural).

Apoyo a equipos con casos sociales complejos

Es importante señalar, que el sistema de salud chileno se basa en un Modelo de Atención Integral de Salud²⁸, de carácter familiar y comunitario, y dentro de sus múltiples acciones se contempla realizar reuniones de sector, estudios de familia y, a la vez, reuniones generales. Sería ideal, según los actores clave, que el facilitador pudiese integrarse a las reuniones de sector y estudios de familia, en casos necesarios, sin embargo, dado la demanda asistencial y el recurso escaso, esto no se ha podido llevar de todo al cabo.

“...como había tantos haitianos, fue un poco complicado para mí, por ejemplo, yo estaba en el sector azul en un box y me llaman por parlante que tengo que ir saliendo para el sector verde, del sector verde al SOME central, eso. Mucho trabajo para una persona” (FI01, facilitador intercultural).

“...es mucha la demanda asistencial para poder cubrirlo y satisfacer las necesidades de los profesionales y de los mismos usuarios, por eso no participa en las reuniones de sector. Pero si participa en los casos sociales cuando se necesita el tema de la traducción, cuando se hacen visitas domiciliarias y los pacientes realmente no hablan nada de español y se integra al equipo” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

“...si es parte del equipo de salud tiene que ir a las reuniones de familia, de sector. Lo que por ejemplo ahora, que estamos viendo distintos casos de niños en riesgo, es fundamental que estuviera, pero no está” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

Contribución en asentar necesidad de capacitación en interculturalidad.

Las autoridades, profesionales y facilitadores interculturales destacan el compromiso del equipo de salud con la atención de migrantes de nacionalidad haitiana, mencionando el interés que tienen por aprender más de su cultura y creol.

“...tenemos varios funcionarios ahora que pueden atender solo a los haitianos diciendo varias palabras en creole, hay que tener buena voluntad para aprender varias palabras, pero yo sé que le van a costar algunas palabras, pero igual ellos demuestran su voluntad para querer ayudar, en ese sentido” (FI01, facilitadora intercultural).

“Pero aquí los funcionarios que están constantemente atendiendo a pacientes haitianos han tratado de adquirir su lenguaje para poder facilitar los controles” (TS01, profesional enfermera en atención primaria).

“...las capacitaciones aquí, por ejemplo, están en el contexto del aprendizaje del creol, pero además lleva todo este tema de la cultura, entonces este año hubo un curso, el año pasado hubo como tres, pero esto va a ser sistemático. El facilitador o el docente es haitiano, entonces, como les está enseñando el idioma, les va enseñando cultura, y se hacen poco los cupos, cada vez hay más demanda” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Al ser consultados sobre diferencias en el comportamiento de los usuarios, a nivel general, desde la llegada del facilitador intercultural para migrantes internacionales, no

²⁸ Modelo de Atención Integral de Salud en el cual se entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

han notado diferencias sustanciales al respecto, sin embargo, algunos usuarios realizan reclamos por escrito o a viva voz sobre que se da preferencia en la atención de salud o que están quitando fuentes laborales a los chilenos, sin embargo, son situaciones aisladas.

“...una persona que se quejó que nosotros le damos preferencia a los migrantes, no especificó nacionalidad, y que por culpa de ellos los chilenos no tienen hora. Nos pasa poco eso sí, hay gente que se queja a viva voz en el SOME, pero no es algo que sea frecuente, pasa, pero no es frecuente” (AS02, autoridad/referente migrantes).

Al consultar sobre desventajas de tener facilitadores interculturales para la atención de salud de migrantes internacionales, se destaca que ninguno de los entrevistados menciona alguna desventaja sobre el rol que perciben que tiene el facilitador intercultural en sus centros de salud, solo mencionan las barreras administrativas y económicas para su inserción, las que se abordan en el apartado 4.7 de los resultados.

4.6 Cuidados de salud mental en facilitadores interculturales

Es importante señalar la necesidad de tener presente la salud mental de los facilitadores interculturales. Ellos están expuestos a situaciones complejas, en donde se ven enfrentados a comunicar resultados desfavorables para la salud de los usuarios y/o familiares, tales como muertes fetales, fallecimientos, cáncer, VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) o cualquier otra infección de transmisión sexual, entre otros diagnósticos. Es así como los facilitadores, de todos los centros, dicen que son situaciones complejas y que han buscado formas de abordarlas para que no los afecte de sobre manera.

“...cuando una persona embarazada y tiene problemas del embarazo también me llaman para decir al paciente el asunto de su enfermedad, que tiene que hacer, todo, pero siempre me explicaba eso antes de afrontar al paciente, pero, aunque me dolía igual tenía que decirle” (FI04, facilitador intercultural).

“No sé cómo lo hacen los demás facilitadores, cuando le toca algo complejo, lo único es que a mí a veces me pasa es tener un dolor de cabeza que no se me pasa” (FI03, facilitador intercultural).

Al consultar a ellos como enfrentan estas situaciones, ejemplo VIH positivo, valoran el apoyo brindado por profesionales y la orientación previa a cómo afrontar estas situaciones.

“Si la matrona me ayuda mucho de cómo debo manejarlo, cómo debe explicarle a la persona también para no causar un impacto. Informarle de qué se trata, cómo hacer el proceso, los protocolos, el acompañamiento a la persona” (FI02, facilitador intercultural).

“...uno primero tiene que tratar de tranquilizar al paciente en caso de que ya tiene el virus y en caso de que no, uno tiene que hacer una educación para esa paciente, para decirle cómo se puede contagiar, lo que tiene evitar para no llegar a este punto. Primero, por ejemplo, en el caso de una mujer que tiene el virus de VIH, junto con la matrona llamamos al paciente y siempre le pregunto primero, en caso de que una familia o ella tenía un virus VIH, cómo se sentiría, cómo comprendería

eso y depende de lo que persona va diciendo, se va viendo cómo se puede ver el tema con esa persona” (FI01, facilitador intercultural).

Las autoridades de un centro de salud estudiado, en conocimiento de que los facilitadores se ven enfrentados a situaciones complejas, al igual que todo el equipo de salud, es que tomaron como medida de autocuidado establecer un horario protegido, una vez a la semana, de una hora para reunión de todo el equipo de orientadores y facilitadores, con la finalidad que compartan experiencias, contribuya a disminuir el estrés y sirva como aprendizaje colectivo en cómo enfrentar diversas situaciones. Este espacio es mediado por una trabajadora social quien además realiza la labor de contención al equipo.

“...se ha establecido todas las semanas, el jueves en la tarde, la facilitadora y todos los demás orientadores, tienen un espacio protegido, una tarde protegida, donde cada uno saca cosas que le afectan, que le preocupan de lo que está pasando y la contención es mutua, de todos. La salud mental, de hecho, es un elemento que siempre hay que considerar, el hecho de poder compartir estas vivencias con otras personas que también las puedan entender, porque también las viven. Y tiene que haber alguien que permita de alguna manera dosificar o canalizar estas emociones y para eso también esta otra colega, trabajadora social, que se maneja en todo este tema de las mediaciones y contención” (AS04, autoridad/referente migrantes).

4.7 Barreras y facilitadores en la implementación de facilitadores interculturales

Se logran identificar las principales barreras para la implementación de la figura de facilitador intercultural para migrantes internacionales en los centros de salud pública de Chile:

Barrera administrativa- financiera

Destacada tanto por profesionales como autoridades, haciendo énfasis en que no había antecedentes de contratación de personas extranjeras para llevar a cabo esta función a nivel nacional, por lo cual, los centros que participaron en el estudio fueron pioneros en la incorporación de facilitador intercultural para migrantes.

“Más que nada la dificultad administrativa. Te comentaba que no había precedentes de contratos de extranjeros no nacionalizados, sin estudios validados, en la administración pública (...) Fue algo que aquí se hizo, se armó, que no teníamos ninguna experiencia previa, pero que se ha ido sosteniendo en el tiempo (...) Tuvimos que hacer algunos escritos, algunas gestiones de que no había ningún chileno que hablara creol ni conociera la cultura al menos sanitaria para prestar este servicio, para que finalmente se aprobara del departamento de jurídica, con resolución y todo lo demás para su contratación, si no fue así tan simple” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Es importante destacar en este punto, que a nivel de atención primaria se creó en MINSAL el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes (abordado en el punto 4.1.1 de los resultados) y con este las dos comunas investigadas contratan a la figura del facilitador intercultural. Sin embargo, a nivel de atención secundaria y terciaria no hay nada oficial para la contratación de facilitador intercultural para migrantes, y esto es sentido tanto por autoridades, debido a todas las gestiones que han debido hacer para lograr contratar a un facilitador intercultural y a la voluntad de las autoridades para gestionar la contratación con recursos propios del recinto asistencial; y

a nivel de profesionales, que sienten la ausencia del facilitador y la dificultad idiomática que deben enfrentar en situaciones de salud, muchas veces críticas.

“...nunca entendieron que las personas que necesitaban también atención eran aquellos que llegaban a este hospital para que se les informara que tenían que ser operados, que su enfermedad era irreversible, y que necesitaban contención de alguien, de un par” (AS04, autoridad/ referente migrantes).

“...no ha venido una política pública de parte del gobierno que diga esto tiene que ser con facilitadores en los turnos en el hospital. O sea, incorporarlo dentro del sistema hospitalario” (TS03, profesional matrona en hospital).

Barrera por diferencia de atención de salud entre Chile y Haití.

Los facilitadores interculturales, solo mencionan como barreras o problemas iniciales, el que los usuarios de nacionalidad haitiana no supieran las diferencias entre los distintos niveles de atención y que esto provocara que muchas veces recibieran críticas por parte de los profesionales, que se quejaban con ellos del mal uso de la red de salud por parte de sus compatriotas.

“...muchas veces no saben relacionarse por diferencias entre salud primaria y urgencia, entonces, la persona tiene un dolor de cabeza y viene a urgencia, le duele un dedo y viene también a urgencia, entonces hay profesionales que se molestan y dicen ‘Ay, viene a puro llenarnos’” (FI03, facilitador intercultural).

En cuanto a los facilitadores para la incorporación del facilitador intercultural para migrantes internacionales en los centros de salud, están:

Voluntad de autoridades locales

Para sobreponerse a la barrera administrativa-financiera, ambos hospitales, mediante gestiones locales, lograron la primera incorporación del facilitador intercultural, es así que se destaca la voluntad de las autoridades para poder lograrlo. En particular, en uno de los hospitales se menciona la “sensibilidad” del director del establecimiento con la temática de migrantes, y que esto favoreció la inserción del facilitador a los equipos de salud.

“...él (director) tenía una gran sensibilidad con el tema, por lo tanto, no costó nada (...) Él quería que este hospital, y lo ponía así, como un hospital sin muros, donde eran todos bienvenidos. Entonces, con ese tipo de director, con esa sensibilidad, no tienes ningún problema” (AS03, autoridad/referente migrantes).

Identificación institucional

Los trabajadores de la salud destacan el trabajo que se ha realizado para integrarlos a los servicios de salud, el que tengan credenciales, en algunos casos uniformes institucionales y un lugar visible para ser ubicados por las personas que requieran de su orientación.

“...integrándolos al servicio de salud (...) tiene un uniforme, tiene su credencial, el hospital saben que ella está presente, sabe el número para llamarla, sabe dónde ubicarla” (TS14, profesional matrona en hospital).

Acogida de los equipos de salud

Los facilitadores interculturales destacan la buena recepción, a nivel general, por los equipos de salud, integrándolos en labores y haciéndoles notar que eran uno más del equipo, y que esto se transformó en un facilitador para su llegada a los centros de salud e interacción con la comunidad.

“La confianza, porque todo el equipo sabía que soy un técnico, entonces muchas veces tengo más posibilidades para hacer una educación” (FI02, facilitador intercultural).

Si bien los cuatro grupos de actores clave estudiados, no nombran desventajas del trabajo que realiza el facilitador intercultural, es más enfatizan en las ventajas de tenerlos para romper con la barrera idiomática y cultural, se destacan las barreras administrativas y financieras como el obstáculo más relevante para aumentar la dotación o contratar facilitadores interculturales para la atención de migrantes internacionales, en los centros de salud que aún no tienen a esta figura dentro del equipo de salud.

4.8 Recomendaciones para la incorporación de facilitadores interculturales en el marco de la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en Chile

Es preciso reconocer, ante todo, la buena práctica llevada a cabo por los servicios de salud al incorporar un facilitador intercultural, siendo reconocido no solo como un “traductor”, sino más bien, como una persona que interpreta, orienta y contribuye al buen uso de la red de salud por parte de los migrantes, transformándose en un pilar fundamental para llevar a cabo una atención de salud en el marco de los derechos de confidencialidad y acceso.

“...los facilitadores de alguna u otra forma son un pilar fundamental dentro del equipo, porque, por una parte, tú sabes que en el sistema público existe una alta demanda en la atención, entonces, en este ámbito cumplen un papel fundamental en sí, porque colaboran y ayudan a entablar una conversación y una relación adecuada frente a lo que el profesional quiere expresar” (AS01, autoridad/referente migrantes).

“...no solamente ha tenido una contribución en lo que es la facilitación en lo que es la atención del usuario, sino que también ha permitido que la comunidad funcionaria tenga una mirada distinta de la población inmigrante extranjera latinoamericana más afroamericana. Porque, al principio, nuestra cultura no estaba muy asociada a personas afroamericanas y siempre la mirada era distante” (AS04, autoridad/referente migrantes).

Otra buena práctica, es la utilización de rotafolios y material educativo en creol, que ayuda en varias oportunidades en las cuales, por carga laboral, el facilitador no puede estar presente durante la atención. Además, profesionales valoran su presencia para no depender de terceros al querer entregar información al usuario, porque nunca quedan seguros si la usuaria recibió la información que querían entregar.

“Ahora nosotros tenemos un rotafolio, por decirlo de alguna forma, bien moderno, en esa temática, en el cual tú le vas mostrando indicaciones en creol para que ellas puedan entender y nosotras

hacerlo más rápido también, porque también no podemos invertir tanto tiempo porque no tenemos tanto personal para hacerlo” (TS03, profesional matrona en hospital).

“...nosotros tenemos es un folleto que está escrito en creol para las indicaciones del alta, pero hay muchos pacientes haitianos que no necesariamente saben leer, entonces, muchos de ellos se manejan en el creol como idioma hablando, pero no escrito” (TS14, profesional matrona en hospital).

“He notado que a veces, cuando es un hombre que esta con su pareja mujer y yo le doy una indicación, estoy trasmitiendo las indicaciones y le digo al esposo que me traduzca y se lo diga a la mujer, entonces el caballero me queda mirando como “ya, ya” y tengo que repetirle a él que por favor le explique a la señora lo que acabo de decir, y ahí recién como que el empieza a explicarle a la señora, porque sí no en el fondo es como que se guardara las indicaciones para él” (TS14, profesional matrona en hospital).

Es así, con la presencia de esta figura en los equipos de salud que las/los usuarios se sienten más satisfechos con el servicio otorgado.

“...ellos al sentir nuestro apoyo, se sienten más acogidas, más seguras en la respuesta a la pregunta que pueden hacer los profesionales” (FI03, facilitador intercultural).

“Estoy satisfecha del servicio que he encontrado en el hospital. La crítica que tengo es mínima, es decir es chica. Elijo apreciar, aprecio mucho. Aprecio como me han cuidado, aprecio la atención que me han dado” (MI04, migrante internacional).

Siendo este recurso humano tan valorado, es que surgen algunas recomendaciones por parte de los entrevistados para dar una mejor atención de salud a los usuarios migrantes internacionales:

Contratación de más facilitadores interculturales

Todos los entrevistados apelan a que el recurso se hace escaso dado la demanda asistencial de cada uno de los centros de salud estudiados, por lo cual una de las principales recomendaciones es la contratación de más recurso humano.

“Yo creo que en este minuto necesitamos más recurso humano, en primera instancia. Una facilitadora lingüística, como te digo, requiere bastante contención ella misma por toda la demanda de atención que tiene” (AS04, autoridad/referente migrantes).

“...hemos solicitado uno o dos facilitadores más para cubrir realmente las necesidades y esto nos ayudaría a mejorar la atención, porque a veces nosotros no estamos en un servicio y nos llaman y no podemos ir hasta media hora más. O sea, aún somos insuficientes” (FI03, facilitador intercultural).

“Que ellos pongan más traductores, para que estén siempre, todo el día” (MI03, migrante internacional).

Es de esta forma que profesionales y autoridades proponen alternativas para contar con facilitadores en los centros, haciendo énfasis que en este momento la población migrante haitiana se encuentra a lo largo del territorio nacional, por lo cual el facilitador intercultural debería estar en todos los hospitales y comunas del país, donde haya población migrante haitiana.

“Yo creo que en estos momentos en todo Chile es necesario, en todas las comunas del país es necesario contar con la figura de facilitador para migrantes, porque de Arica a Punta Arenas tenemos gente de nacionalidad haitiana, que se vino a quedar a Chile, vino a trabajar y está siendo un aporte también en el país” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“Un facilitador por centro, aunque no esté todos los días, pero que si este un par de días, un par de horas en la mañana, tiene que estar. Así vamos regulando las atenciones” (AS02, autoridad/referente migrantes).

Sensibilización del usuario interno²⁹

Existe una importante recomendación en cuanto a sensibilización del usuario interno mediante seminarios y/o capacitaciones en temas de interculturalidad e idioma.

“Bueno, sensibilizar al usuario interno, digamos, a los profesionales, desde la auxiliar de servicio hasta el médico. Se ha hecho, hemos tenido capacitaciones desde distintas instituciones, pero siempre es necesario reforzar e ir agregando nuevos conocimientos y herramientas, etcétera” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“Yo creo que capacitarnos más a nosotras como profesionales de salud, capacitarnos en el sentido del idioma, porque si bien es cierto que son ellos los que llegan acá al país, que son ellos los que tienen que adecuarse a nuestra cultura e idioma, nosotros también tenemos que brindarle un apoyo, porque en el fondo ellos son de escasos recursos, son personas que tienen necesidades y nosotros, en el fondo igual podemos desarrollar las herramientas para hacerles la vida más fácil, en este caso el idioma. Porque las barreras culturales se quitan solamente con la educación, uno tiene que aprender y conocer la cultura de los otros para poder entenderlos” (TS14, profesional matrona en hospital).

Evaluar necesidad según realidad local

Como recomendaciones para los centros de salud que aún no tienen facilitador intercultural, autoridades y profesionales recomiendan que se evalúe la necesidad según la realidad de cada centro asistencial, se abran al tema de migrantes con un enfoque de derechos y que acompañen al facilitador intercultural durante el proceso de inserción al equipo de salud.

“Lo que pasa, es que yo creo, que cada hospital tiene que ver su propia necesidad, o cada centro de salud digamos, su propia cantidad de pacientes que tengan, y la verdad que no es difícil encontrar facilitadores con una buena preparación, con un nivel profesional, no es difícil, para nada. Lo más importante es acompañar el proceso, estar presente, presentarlos, acompañarlos, respaldarlos, eso es lo más que yo te podría decir como recomendación, mostrarles el proceso, enseñarles el proceso, pero aprenden rapidito, no es difícil” (AS03, autoridad/referente migrantes).

“Partir viendo cuál es la necesidad de cada uno de los centros de salud (..)empecemos con algo viendo cuánta población migrante, en el caso de los pacientes haitianos, no hispanoparlantes tiene cada uno de los centros y desde ahí hacer una distribución de horas, de días, tantos días según la disponibilidad de cada uno” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“...lo que yo sugiero para esas comunas con esta mirada migratoria, primero abrirse a recoger otras experiencias primero y desde esa experiencia reorganizarse para poder brindar una mejor acogida. Pero para eso se requieren las voluntades, porque sin las voluntades uno no puede desarrollar ni formar ni crear absolutamente nada” (AS01, autoridad/referente migrantes).

²⁹ Dícese de toda persona que trabaje dentro de la red de salud.

Incorporación del facilitador intercultural a las reuniones de sector y estudios de familia

Existe un reconocimiento en lo que se puede llegar a hacer dentro de las comunas y con la comunidad migrante, dado que el facilitador intercultural se puede llegar a transformar en un importante nexo entre la comunidad migrante haitiana y el centro de salud.

“Este facilitador no tiene que ser solamente para traducir, tienen que incorporarse con el equipo y ser de ayuda como un nexo entre la comunidad migrante haitiana y el centro de salud” (AS02, autoridad/referente migrantes).

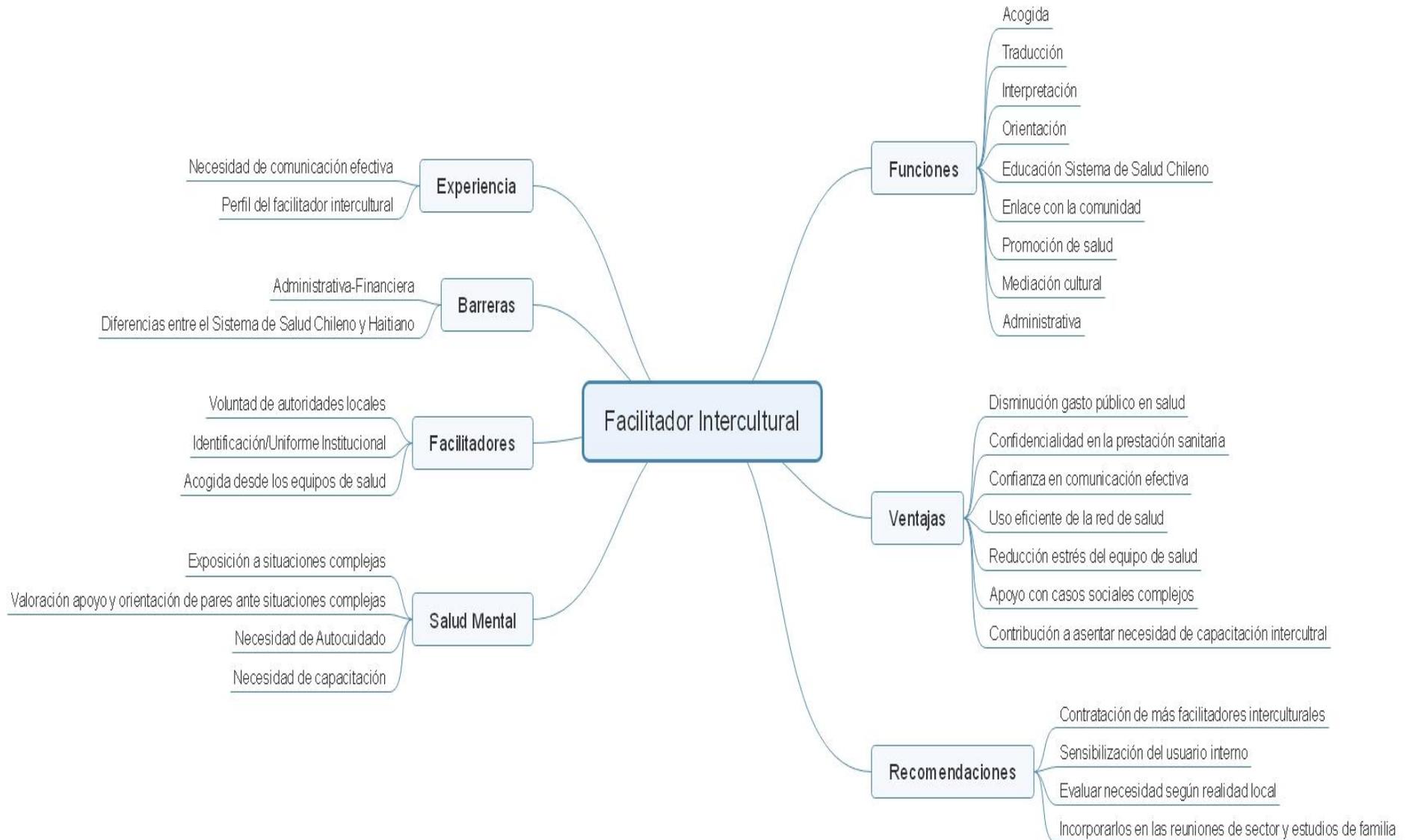
Por lo anterior, se hace importante que el facilitador intercultural sea parte de las reuniones de sector y estudios de familia. Además, de que todo el equipo de salud, toda la red comunal contribuya a la realización de un catastro de las comunidades y/u organizaciones migrantes aledañas a sus centros de salud, salir al territorio y desde ahí llevar una propuesta de integración social y salud.

“...tener una claridad en cuanto al catastro de organizaciones migrantes que hay funcionando dentro de los territorios. Los equipos de salud estamos en total desconocimiento de eso” (TS02, profesional trabajador social en atención primaria).

“...abrir los espacios a la comunidad, dar esa instancia, espacio, favorece mucho más la conexión con el otro y no una mirada solamente asistencialista, una mirada de box, sino que la gracia es participar con la comunidad, escuchar sus necesidades y, también, ir trabajando en ello” (AS01, autoridad/referente migrantes).

Es así como, todos los actores clave recalcan la carga laboral que tienen estos trabajadores y la necesidad de aumentar el número de personas para el cargo. Mientras que autoridades y trabajadores de la salud, demandan la necesidad urgente de recibir capacitaciones en atención de salud de migrantes internacionales, en creol o las necesarias, asociadas al tema, para brindar una mejor atención de salud.

Ilustración 3: Resumen de resultados



Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN

La figura de facilitador intercultural para la atención de salud de migrantes internacionales, nació bajo la necesidad de mejorar la comunicación entre los trabajadores de la salud y usuarios de nacionalidad haitiana.

Los centros de salud investigados fueron testigos de problemas sanitarios como hospitalizaciones más frecuentes y muertes perinatales, dado la no comprensión, por parte de los usuarios, de las indicaciones que trataban de comunicar los profesionales de salud. Situación que no sólo ha sido evidenciada con esta investigación, sino que existe literatura en Chile que avala el aumento de la morbilidad infantil y materna, disminución de las tasas de lactancia materna, siendo el problema más grave la barrera idiomática (Sánchez P. *et al.*, 2018). A nivel internacional, en cambio, se destaca la existencia de un mayor riesgo de diagnóstico inadecuado (Divi *et al.*, 2007) y mala adherencia al tratamiento (Weech-Maldonado *et al.*, 2004). Estos motivos han provocado a que en Suiza se comience a investigar sobre la barrera idiomática de migrantes internacionales y equipos de salud, por el mayor riesgo a morbimortalidad materno e infantil, tasas más altas de depresión y trastornos mentales durante el embarazo, tasas más altas de cesáreas y mayor frecuencia de bebés que necesitan cuidados neonatales intensivos (Origlia Ikhilor *et al.*, 2018).

La barrera idiomática detectada, es el principal motivo para la contratación de facilitadores interculturales en los centros de salud en Chile, situación que también describe Cabrera *et al.*(2017), quien estudia las estrategias llevadas a cabo en la comuna de Quilicura ante la llegada de migrantes internacionales, en donde se destaca como buena práctica la traducción de documentos y la incorporación de facilitadores interculturales, lo que también se reconoce en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018), como buenas prácticas para mejorar la accesibilidad de personas migrantes con barrera idiomática a salud. A nivel internacional, EEUU y China (Divi *et al.*, 2007; Liu *et al.*, 2014), también destacan como buena práctica la incorporación de “traductores” o “interpretes” en las atenciones de salud de personas que no hablan el idioma local y como mediante ésta práctica pueden aumentar las prestaciones médicas a usuarios que tienen un uso limitado del idioma local (De Muynck, 2004; Jacobs *et al.*, 2001).

Se destaca a la traducción como la principal actividad desarrollada por los facilitadores interculturales en los centros de salud, según la percepción de los cuatro grupos de actores clave investigados. De esta forma, se observa una similitud a la descripción de “traductor” de Rico Becerra (2009 en Valverde, 2013), sin embargo, dado a funciones de tipo cultural y colaborativas en los centros de salud, puede estar más cercano a la definición de “promotor de salud” del mismo autor (descrita en marco conceptual), que a la definición de mediador intercultural, por el hecho de que los entrevistados recalcan que existe un trabajo pendiente con la comunidad, que permita mayor adherencia. De esta forma, conocer la organización de la comunidad migrante haitiana, se transforma en una ventaja significativa para fomentar más la prevención y promoción de salud a nivel

comunitario, sobre todo en atención primaria, que es una de las características esenciales de la definición de “mediador cultural” entregada por Rico Becerra.

Sin embargo, la traducción no es lo único que han realizado los facilitadores interculturales en los centros de salud, es lo más destacado, pero también realizan funciones importantes en la colaboración para traducir material educativo, cooperación en situaciones complejas con la comunidad (en estos casos se acerca más al concepto de “mediador cultural”), por ejemplo, ante el fallecimiento de un ciudadano haitiano, del cual no se conoce familia o red comunitaria. Es más, en todos los centros de salud investigados ocupan un lugar preferente en la recepción de usuarios, en SOME o en OIRS. Es así, que sus actividades también se enfocan a toma de reclamos, conocimiento de derechos y deberes de los pacientes, funcionamiento interno de la red de salud y ayudar al equipo de salud a establecer contactos con redes comunitarias en casos excepcionales, entre otros.

El facilitador intercultural para la atención de salud de migrantes internacionales, debería ser idealmente un técnico o profesional del área de salud, o una persona con habilidades blandas para el manejo de situaciones complejas. El que sea profesional de la salud, se justifica además por el manejo de terminología médica, programas de salud en Chile, entre otros. La literatura avala la necesidad de que las personas que ofician como facilitadores interculturales deben estar suficientemente familiarizados con la cultura biomédica y la cultura dominante del país de acogida (Butow *et al.*, 2012; De Muynck, 2004; Krupic *et al.*, 2016). Además, la interpretación de indicaciones médicas es un trabajo delicado y de suma importancia en cada prestación sanitaria, en el que los profesionales de la salud se pueden ver expuestos a un mayor riesgo médico legal ante una mala interpretación (Gray *et al.*, 2011).

En cuanto a las ventajas de contar con un facilitador intercultural para estos servicios o una persona externa al equipo de salud (familiar y/o migrante, que sea bilingüe) tiene diferencias significativas en la atención brindada, lo destacan los entrevistados en esta investigación, con la percepción de que la información no se entrega a cabalidad, además que se vulnera el derecho de cada persona a la privacidad de su diagnóstico y para proteger esto muchas veces realizan anamnesis³⁰ incompletas. A nivel internacional se describen estas situaciones y se han estudiado la diferencias de la cantidad de preguntas que se realizan a pacientes hispanoparlantes y no hispanoparlantes, en donde se observa que si bien se realizan las mismas preguntas, no se llega a comprobar la profundidad de la información entregada y que el tiempo invertido en traducción puede ir en desmedro de la calidad de atención (Litzau *et al.*, 2018; Rondeau-Lutz & Weber, 2017), o solo la mitad de las indicaciones es traducida por un intérprete informarles o estos últimos contribuyen a que posiblemente se inhiba la expresión de emociones de los usuarios de salud migrantes con los trabajadores de la salud (Butow *et al.*, 2012; Krupic *et al.*, 2016; B. C. Schouten & Schinkel, 2014; Zendedel *et al.*, 2016).

³⁰ Conjunto de datos que se recogen mediante la entrevista del profesional de la salud con el paciente sobre su historia clínica con un objetivo diagnóstico.

En aspectos culturales, el facilitador intercultural es destacado en su colaboración para enseñar a los usuarios de nacionalidad haitiana (y/u otras nacionalidades en ocasiones) sobre el funcionamiento de la red de salud en Chile. Al mismo tiempo se valora la contribución brindada, por los facilitadores interculturales para migrantes a los equipos de salud, en cuanto a educación sobre diferencias culturales, crianza o visión sobre el proceso de salud y enfermedad. Por tanto, es esencial que los facilitadores interculturales manejen aspectos culturales como origen, religión, dialecto, género, entre otras, ya que mejora el impacto en la calidad de la atención médica brindada, lo que es respaldado por la literatura (Hadziabdic & Hjelm, 2014).

La Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile considera un enfoque de interculturalidad, la cual es definida como “una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural”, destacando, además, que la interculturalidad requiere el involucramiento de todos y va más allá de las personas migrantes, es decir, a funcionarios, administrativos, profesionales, entre otros. Las diferencias “deben ser consideradas como una forma de enriquecer la sociedad, en que no se considere que un grupo social está por sobre otro y que permita favorecer el respeto, la inclusión y la buena convivencia” (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 27), este desafío está en alza con el aumento de la población migrante, pero sigue siendo una problemática que no resulta del todo con pueblos originarios, pues sigue existiendo falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas por los planes generales de gobierno, por ejemplo, el ingreso prenatal menor a 14 semanas de gestación (Pérez *et al.*, 2016)

Bajo el enfoque de la política mencionada, y que rige sobre las prestaciones de salud a migrantes internacionales a nivel nacional, se hace urgente el masificar las capacitaciones a los equipos de salud sobre interculturalidad y también abordarla desde la formación profesional en centros de formación técnica, institutos profesionales y universidades. Esta investigación respalda la necesidad que perciben los actores clave sobre tener capacitaciones al respecto, de aprender el idioma, más sobre la cultura haitiana y que si bien han recibido o los centros de salud han desarrollado algunas capacitaciones, se hace imperioso el que se regularice y sean cada vez más frecuentes, dado la alta demanda asistencial de migrantes y la necesidad de cubrir las falencias educativas al respecto. A nivel internacional, se destaca que el incorporar un facilitador intercultural no responde a todas las problemáticas que se dan a diario en la atención de salud de usuarios no hispanoparlantes y migrantes en general, por lo que se hace necesario los cursos de mediación cultural para los profesionales en salud (Alarcón *et al.*, 2003; Beach *et al.*, 2005; Butow *et al.*, 2012; Iniesta *et al.*, 2008; B. Schouten *et al.*, 2012) y también en la población en general (Viveros-Guzmán & Gertler, 2015). Lo que también es descrito como un lineamiento estratégico para mejorar la accesibilidad en la Política de Salud de Migrantes en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018). En Italia, la incorporación de mediadores culturales y educadores de salud en consejerías telefónicas sobre VIH, se transformó en un éxito del enfoque intercultural, en donde la creación de un modelo de red pudo determinar el crecimiento de la competencia profesional y el conocimiento de las necesidades de salud relacionadas con personas con diferentes

orígenes culturales (Taglieri *et al.*, 2013). Es así, que la incorporación de mediación intercultural se transforma en una muestra de sensibilidad cultural por parte del sistema sanitario del país de acogida (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014).

Los profesionales y autoridades entrevistadas destacan el aporte que hace el facilitador intercultural para atender a la población migrante haitiana, que con su colaboración se sienten más seguros al ejecutar la prestación sanitaria o la visita domiciliaria integral, y a la vez señalan el apoyo que hace en aspectos culturales el facilitador, dado que les llama la atención el ingreso tardío a control prenatal o falta de adherencia a control de regulación de la fecundidad. A nivel de migrantes en general, no solo haitianos, existe evidencia científica sobre que inician control prenatal tardíamente y que en comparación a las mujeres chilenas, las migrantes presentan mayor riesgo psicosocial (Cabieses *et al.*, 2017). De esta manera, la mediación intercultural puede tener un importante papel preventivo en salud sexual y reproductiva, prevención de violencia de género y detección de problemas sociales (Alcaraz Quevedo *et al.*, 2014), contribuyendo a la comprensión de las diferencias culturales y los contrastes entre el sistema de salud en Chile y Haití.

El contar con un integrante del equipo de salud que desempeñe el rol de facilitador intercultural contribuye a mejorar la satisfacción usuaria, desde el punto de vista de los entrevistados, además de la contribución que realizan para la disminución del gasto sanitario por eventual baja del número de usuarios que deben volver a consultar porque no comprendieron las indicaciones que se dieron en la primera prestación sanitaria. Estas ventajas son respaldadas por la literatura, dado que existe una correlación inversa con la satisfacción del paciente cuando hay una barrera idiomática (David & Rhee, 1998), por tanto, los facilitadores interculturales son una persona clave en el diagnóstico temprano de problemas sociales (Iniesta *et al.*, 2008) y que si bien los costos inicialmente son más altos, a largo plazo puede prevenir la cronificación y el diagnóstico erróneo (Schreiter *et al.*, 2016), siendo cruciales para el resultado de la comunicación y seguridad del paciente (Krupic *et al.*, 2016; Morina *et al.*, 2010).

Es tal la importancia y utilidad que tiene contar con facilitadores interculturales en los centros de salud, que tanto profesionales como autoridades señalan en que es un recurso escaso, y los facilitadores lo notan con la carga laboral que tienen a diario. Tanto autoridades como profesionales enfatizan la importancia de que el facilitador intercultural sea considerado como un integrante más del equipo de salud y que, por lo tanto, participe en reuniones de sector o estudios de familia, a nivel de atención primaria, dado el enfoque del modelo de salud actual; y a nivel hospitalario igual se hace necesario para mejorar día a día la atención brindada. Estas observaciones, de la presente investigación, son reconocidas de igual forma a nivel internacional, en donde se destaca la importancia de tener reuniones periódicas, idealmente mensuales, de supervisión de los facilitadores interculturales en donde se comenten los casos problemáticos (De Muynck, 2004; Verrept, 2004).

Un tema emergente de la investigación es la necesidad de capacitación de los facilitadores en temas de salud mental y salud sexual y reproductiva. Si bien en esta última, los facilitadores reconocen el apoyo que han brindado la profesional matrona/ón para saber cómo abordar la temática, igual mencionan que el tener que entregar un

resultado positivo u otra noticia de problemas graves de salud, les resulta difícil. Se hace necesario, por tanto, capacitar en temáticas de salud mental y cómo enfrentarse a situaciones complejas y de igual forma se destaca la buena práctica de uno de los hospitales estudiados, en dónde reconocieron esta problemática y protegieron una hora a la semana para trabajar estos casos con un profesional trabajador social a cargo de la contención y dinámica de la reunión, por la carga psicológica en que se ven enfrentados los facilitadores interculturales. Situación descrita por la literatura, como un riesgo que existe en el trabajo que llevan a cabo estas personas, por lo que se sugiere una formación teórico-práctica de varios meses (De Muynck, 2004).

Por tanto, se puede observar que el facilitador intercultural para la atención de salud de migrantes internacionales, específicamente haitianos, es más que un traductor y se transforma en un representante del sistema sanitario, contribuyendo a la educación de cómo funciona la red de salud, además son testigos principales de cómo las instituciones tratan la diversidad sociocultural y lingüística. La literatura respalda esto, recalcando que por estos motivos es necesario que la interpretación profesional incluya cursos de mediación cultural (Brisset *et al.*, 2013) y se capacite a profesionales sobre el rol del facilitador e interculturalidad, por las dinámicas de poder que se pueden establecer en las consultas médicas (Zendedel *et al.*, 2016). Por lo que se hace necesaria la financiación gubernamental de servicios profesionales de traducción e interpretación en la atención médica (B. C. Schouten & Schinkel, 2014), tema que se hace presente en este estudio, como una de las principales barreras para la incorporación del facilitador intercultural para migrantes internacionales, junto con la administrativa, que si bien no constituyen una desventaja del rol que desempeñan, se transforman en un impedimento para la adecuada inserción del facilitador intercultural para migrantes internacionales en los centros de salud del país, lo que de una forma u otra, influye en la integración con los equipos de salud, que deben priorizar funciones por sobre otras para atender la demanda, principalmente en traducción, y se posterga la real integración al equipo de salud, participando en reuniones de sector o estudios de familia, por ejemplo.

Finalmente, esta investigación considero cumplir con los criterios de rigurosidad científica de Johnson & Waterfield (2004), es así como la triangulación de este estudio se cumplió mediante el análisis y presentación de resultados desde la perspectiva de cuatro grupos de actores clave, dejando en claro cuando habían similitudes y diferencias en las respuestas entregadas. En tanto, el Audit Trail, se cumplió mediante la elaboración de un diario de investigación, en el cual se llevó registro de ideas preliminares, experiencias en el proceso de visita a los centros de salud, tanto para presentar el estudio como cuando se realizaron las entrevistas, y sucesos que fueron dando ruta a la investigación. Esta información y experiencias han sido abordadas a lo largo del documento, para que sirvan como guía de ruta en caso de replicación del estudio en escenarios similares. Con relación al tercer criterio, reflexivity, este fue dado de manifiesto desde la declaración de los supuestos de investigación, en el apartado metodológico, hasta en la fase de análisis e interpretación de los datos obtenidos. Por último, la validación de participantes, en este proceso, de todos los sujetos que manifestaron su interés en participar en esta última etapa, se seleccionó a un representante por cada grupo de actores clave y que estas personas fueran de los distintos centros de salud intervenidos, con el fin de tener

representatividad de todos los centros en que se llevó a cabo el estudio. Las reuniones fueron grabadas y se transcribieron las principales citas de comentarios y sugerencias respecto a la presentación de los resultados, las que fueron puestas en práctica, siendo el resultado final de este proceso, lo que está redactado en este estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este es el primer estudio que describe el rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en Chile, y lo hace desde la perspectiva de cuatro grupo de actores clave: autoridades sanitarias o referentes comunales de participación/migración, que están más cercanos a las decisiones y el cómo llegó esta figura a integrar los equipos de salud; trabajadores de la salud, quienes día a día se ven enfrentados a barreras idiomáticas y culturales en la atención de salud de migrantes internacionales; facilitadores interculturales, quienes fueron voz y sujeto de estudio en esta investigación, para ver sus funciones y cómo se han integrado al equipo de salud en sus respectivos lugares de trabajo; y finalmente, los migrantes internacionales, en este caso usuarias de nacionalidad haitiana, que por no ser hispanoparlantes, requieren constantemente de la colaboración de un facilitador intercultural en su atención de salud, es decir son las beneficiarias de la incorporación de este nuevo recurso humano en los centros de salud.

La Política de Salud de Migrantes en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018) establece como lineamientos estratégicos la accesibilidad y la aceptabilidad, entre otros. El primero considera la difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud en Chile, formación sobre Migración y Salud a funcionarios y a largo plazo que las universidades y centro de formación técnica incorporen en sus mallas curriculares materias y competencias referidas a migración y salud que incluyan interculturalidad. Mientras que el segundo, busca avanzar en estrategias interculturales específicas como estrategias de comunicación intercultural que contribuyan a disminuir las barreras sociales y culturales entre los equipos de salud y los usuarios. Es así, que mediante este último lineamiento estratégico se considera la facilitación lingüística, vía remota, presencial o con estrategias digitales; y la mediación cultural.

A pesar de lo que se establece en la política pública, se destacan en este estudio las barreras burocráticas para la implementación de la figura de facilitador intercultural en los hospitales estudiados, observando que la inserción de esta nueva figura a los equipos de salud ha dependido más de voluntades particulares que de un reglamento específico que contribuya a hacer más expedita su contratación. Es decir, a pesar de que existe el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, y que se ha avanzado en la materia para asegurar el derecho a salud desde el Ministerio de Salud, siguiendo las recomendaciones y lineamientos internacionales en la materia y que esto ha permitido la incorporación del facilitador intercultural, con asignación de recursos para ello, pero solo a nivel de atención primaria de salud, por lo que se hace urgente regular en la materia para la incorporación del facilitador en atención de salud a nivel hospitalario.

Si bien el Programa Babel³¹ ha contribuido en la facilitación lingüística en centros hospitalarios, es un programa que se realiza mediante el apoyo de voluntarios, y son

³¹ Iniciativa ideada para facilitar la comunicación entre los equipos de salud y los usuarios migrantes no hispanoparlantes mediante el apoyo de voluntarios que realizan traducciones vía telefónica. Son voluntarios capacitados por el Colegio de Intérpretes y Traductores de Chile, apoyando a los equipos de salud en idiomas: creol, chino, hindi, ruso, portugués, inglés y francés.

personas que no se integran a los equipos de salud, como se sugiere a nivel internacional que debiese ser, y que no trabajan las diferencias culturales ni con los equipos de salud ni con los usuarios, es decir, es un servicio que se limita a la traducción de indicaciones, sin interpretación con pertinencia cultural, o por lo menos, no se puede demostrar esta; y que además depende de voluntades y disponibilidad de tiempo de las personas, lo que se aleja de lograr cumplir a cabalidad con los objetivos de la política pública en la materia.

Este estudio trabajó bajo la perspectiva de cuatro grupos de actores clave, cuál era el rol que los facilitadores interculturales cumplían en la atención de salud de migrantes internacionales. De esta forma se puede ver que el facilitador intercultural tiene un rol con funciones específicas en la traducción, interpretación, educación del sistema sanitario, mediación intercultural y colaboración en labores administrativas en OIRS y SOME. Además, colabora activamente en actividades educativas para migrantes haitianas no hispanoparlantes e hispanoparlantes que requieren apoyo en el abordaje de diferencias culturales. Los facilitadores interculturales se han transformado en un integrante del equipo de salud fundamental para romper y superar las barreras idiomáticas y culturales existentes entre los equipos de salud y los usuarios migrantes internacionales, y dado el aumento de población migrante internacional en Chile, actualmente 4,35% de la población total del país y siendo los migrantes de nacionalidad haitiana el sexto grupo de migrantes más alto (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018b), es que se han transformado en un recurso con alta demanda, por lo cual tienen mucha carga laboral y se transforman en un recurso escaso. Por tanto, una vez que se difunda el papel de los facilitadores entre los profesionales, y éstos lo conozcan y comprueben su utilidad y necesidad, los centros deberán plantearse la ampliación de horarios (Iniesta *et al.*, 2008).

Por tanto, si el propósito de la política pública es “contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 35), se hace indispensable el establecer las normativas necesarias para favorecer la inserción del facilitador intercultural a nivel de atención primaria, como lo ha hecho el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, y a nivel hospitalario, en donde existe una deuda al respecto. Pues, el rol que desempeñan los facilitadores interculturales y el valor que tienen, bajo la perspectiva de los cuatro grupos de actores clave estudiados, es enorme para lograr entregar una atención de salud basada en los enfoques a los cuales apela la política pública que son: derechos humanos, determinantes sociales de la salud, género, interculturalidad, curso de vida y territorial; y a los principios rectores de la misma: participación ciudadana; equidad; ética y bioética; igualdad y no discriminación; integralidad; cohesión social; calidad; y universalidad.

Como reflexión final se dejan las palabras de una de las usuarias migrantes de nacionalidad haitiana que participaron en el estudio, que invitan a pensar el cómo mejorar el acceso a salud de la población migrante en general y buscar estrategias como la incorporación de facilitadores interculturales.

“Lo primero es la salud, sin salud tú no puedes trabajar, solo te quedas en casa, y así no puedes comer, por eso la salud es lo primero” (MI02, migrante internacional).

Finalmente, en la siguiente tabla se entregan los principales resultados obtenidos en la investigación como respuesta a cada uno de los objetivos planteados al inicio.

Tabla 4: Principales hallazgos para cada objetivo de la investigación

Objetivo de Investigación	Principales resultados
<p>General: Describir la percepción de distintos actores clave en torno al rol de facilitadores interculturales en la atención de salud a personas migrantes haitianas en las comunas de Quilicura y Santiago.</p>	<p>La percepción del rol de los facilitadores está relacionada con funciones específicas en la traducción, interpretación, educación del sistema sanitario, mediación intercultural y colaboración con labores administrativas. Además, colabora en actividades educativas para migrantes que requieren apoyo con el abordaje de diferencias culturales. Es así, como los facilitadores interculturales se han transformado en un integrante del equipo de salud fundamental para romper y superar las barreras idiomáticas y culturales existentes entre los equipos de salud y los usuarios migrantes internacionales, transformándose en un recurso con elevada carga laboral y escaso, por lo que urge regular en la materia, tanto para su incorporación formal en servicios hospitalarios, como para aumentar la presencia de éstos a nivel de atención primaria.</p>
<p>Específico 1: Identificar las experiencias de facilitadores interculturales para migrantes internacionales haitianos en equipos de salud de atención primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago.</p>	<p>Los facilitadores interculturales para migrantes internacionales fueron contratados en los servicios de salud ante la necesidad de poder establecer una comunicación efectiva con usuarios no hispanoparlantes de nacionalidad haitiana, pues hubo antecedentes de muertes perinatales y reingresos hospitalarios. Para ello, el perfil de la persona ha contratar fue ser de nacionalidad haitiana e idealmente tener formación técnica en salud, por el manejo de terminología médica y programas de salud.</p>
<p>Específico 2: Indagar en el rol y funciones específicas de facilitadores interculturales dentro de los equipos de salud en atención primaria y secundaria a migrantes internacionales haitianos en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.</p>	<p>Los facilitadores interculturales para migrantes internacionales tienen funciones asociadas a la acogida, traducción, interpretación, orientación, educación del sistema de salud chileno, enlace con la comunidad, promoción de salud, mediación cultural y administrativas.</p>
<p>Específico 3: Reconocer, de acuerdo con la percepción de los actores clave, la utilidad de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes de nacionalidad haitiana en la comuna de Quilicura y Santiago.</p>	<p>La incorporación de facilitadores interculturales en los centros de salud para la atención de migrantes internacionales son de gran utilidad y contribuye a la disminución del gasto público, uso eficiente de la red de salud. Además, permite entregar una atención de salud confidencial y establecer confianza en que la comunicación es efectiva, lo que contribuye a la disminución del estrés de los equipos de salud.</p>

	También, en presencia de casos sociales complejos, colabora con idioma y pertinencia cultural. Finalmente, su presencia contribuye a asentar la necesidad de capacitaciones sobre migración e interculturalidad.
Específico 4: Detectar barreras y facilitadores de la implementación de facilitadores interculturales para migrantes internacionales haitianos en la atención primaria y secundaria de salud en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.	<p>Las barreras detectadas ante la implementación de facilitadores interculturales para migrantes en los centros de salud son de carácter administrativa-financiera en gran relevancia, además de las diferencias entre el sistema de salud chileno-haitiano.</p> <p>En cuanto a los facilitadores para la implementación de esta nueva figura en los centros de salud se encuentra, la voluntad de las autoridades locales en un primer momento, para la llegada y posteriormente para la mantención de esta figura, y los propios facilitadores destacan la acogida que tuvieron por parte de los equipos de salud. Además, se reconoció como facilitador, el que cuenten con identificación/uniforme institucional.</p>
Específico 5: Establecer, a partir de los objetivos anteriores, recomendaciones de buena práctica para facilitadores interculturales para población migrante internacional en la atención pública de salud primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago, en el marco de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile.	Los actores clave recomiendan la contratación de más facilitadores interculturales, evaluando la necesidad según la realidad local. Además, sensibilizar al usuario interno e incorporar a los facilitadores a las reuniones de sector y estudios de familia.

Fuente: Elaboración propia

RECOMENDACIONES

Mediante este estudio se sugieren las siguientes recomendaciones a nivel de tres ejes estratégicos:

1- Centros de salud:

- i. Todos los centros de salud, a nivel nacional, deberían realizar estadísticas específicas sobre usuarios que consultan y son migrantes internacionales, con el fin de establecer: principales motivos de consultas, dificultades o barreras que tienen en la comunicación, a nivel lingüístico y cultural, principales patologías, factores de riesgo pesquisados y reconocer la composición de la población migrante internacional que consulta (país de origen, edad, sexo, entre otros).
- ii. Una vez en conocimiento de estas estadísticas, levantar la necesidad, o no, de incorporar a un facilitador intercultural. No necesariamente para cumplir una jornada completa en un centro de

salud, si no que puede ser un recurso municipal transversal a todos los centros de salud. Si se opta por la contratación de un facilitador a nivel comunal, resulta importante el establecer días de atención en cada centro de salud de la comuna, con el fin de que las atenciones a migrantes que requieren facilitación intercultural sean concentradas en los días en que el facilitador acude a dicho centro de salud.

- iii. Es importante incorporar al facilitador intercultural como una persona más dentro del equipo de salud, esto quiere decir, incorporarlo en estudios de familia, cuando haya que trabajar con familias migrantes, sobre todo haitianas; reuniones de sector, para establecer mecanismos de trabajo en relación con la población inscrita en el sector; y reuniones generales, para ver cómo mejorar día a día el acceso a atención de salud de personas migrantes.
- iv. Hacer pesquisa de las organizaciones de migrantes internacionales a nivel comunal, además de las juntas de vecinos, para trabajar a nivel comunitario con la población migrante y conocer la red de apoyo con la que cuentan las personas migrantes, todo con el fin de abordar determinantes sociales que terminan influyendo en la salud de las personas.
- v. Se recomienda establecer reuniones, capacitaciones o jornadas de reflexión sobre el trabajo que realizan los facilitadores interculturales, en cuanto a la carga laboral y de salud mental que tienen al colaborar en la entrega de diagnósticos de salud graves. Reuniones que deberán ser mínimo una vez al mes, y que actúan como prevención de sobrecarga emocional de estos trabajadores, que muchas veces no tienen como profesión de base alguna del área de la salud.
- vi. Establecer calendario de capacitaciones y jornadas reflexivas de migración y salud a todo el personal de cada centro de salud, desde el personal de apoyo a autoridades. Siguiendo los lineamientos de la política pública en la materia, se hace urgente sensibilizar a los equipos de salud sobre migración e interculturalidad. Estas jornadas pueden ser apoyadas, y se sugiere que hablen temas al respeto, los mismos facilitadores interculturales, siendo una función más destacada dentro de su rol.
- vii. Capacitación de facilitadores interculturales: Es importante que las personas que ocupen este cargo no solo sean bilingües, sino que tengan habilidades y capacitaciones en trato de usuarios complejos, en leyes sobre derechos y deberes de los pacientes; cómo abordar resultados de VIH positivos y hablar de sexualidad, enfoque de género, cómo abordar la violencia intrafamiliar, entre otros. Con esta medida se espera mejor acople entre trabajadores de la salud y los facilitadores interculturales para abordar las temáticas mencionadas.

2- Política Pública

- i. Crear un símil al Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, a nivel hospitalario, con asignación específica de recursos para la contratación de facilitadores interculturales.
- ii. En hospitales con alto número de migrantes no hispanoparlantes, se recomienda la contratación de facilitador intercultural en modalidad de cuarto turno, lo que permita contar con al menos un facilitador intercultural para migrantes internacionales, las 24 horas del día. Esto se destaca como buena práctica del Complejo Hospitalario San José.
- iii. Potenciar sensibilización y espacios de encuentro multicultural de manera permanente, y no solo esporádicos, a nivel nacional.
- iv. Potenciar el rol de las municipalidades para la operacionalización de normativas en materia de migración que vienen desde el nivel central, recuerdo a su realidad local, apoyando la descentralización de la toma de decisiones.

3- Investigación y educación superior

- i. Los centros de educación superior deberían incorporar desde ya en sus mallas curriculares asignaturas relacionadas a la interculturalidad, migración, determinantes sociales de la salud y enfoque de derecho en la atención de personas migrantes internacionales, en todas las carreras y aún con más urgencia en las del área de la salud.
- ii. Necesidad de incorporar un enfoque investigativo amplio que desafíe el enfoque biomédico y permita una mirada global, interdisciplinaria y de salud en todos los ámbitos.
- iii. Generar investigación cualitativa de tipo etnográfico del rol que están llevando a cabo los facilitadores interculturales.
- iv. Investigar en satisfacción usuaria y calidad de las prestaciones llevadas a cabo en salud, cuando interviene el facilitador intercultural.

7. ALCANCE

Este estudio, por características propias de la investigación bajo paradigma cualitativo y estudio de caso, no es generalizable ni representativa a nivel global de la percepción del rol que cumplen los facilitadores interculturales para la población haitiana en los centros de salud de atención primaria y secundaria. Sin embargo, si puede ser transferible a escenarios de similares características a los que se estudian aquí.

En esta investigación se identifica la percepción del rol de los facilitadores interculturales para migrantes internacionales y no específicamente el rol, ya que para lograr definir el rol se tendría que realizar un estudio etnográfico con observación participante y no participante en terreno. Es así como las etnografías tienen como objetivo describir lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen habitualmente y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento, esta técnica suele requerir un estudio prolongado de un grupo y usualmente es por medio de la observación participante (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003, p. 76). Bajo esta definición y por existir una limitante de tiempo para el desarrollo de esta investigación, se decide trabajar con entrevistas semi-estructuradas, con la ventaja que estas presentan y el aporte que esta técnica de recolección de datos presenta al querer definir a nivel de la percepción, el rol del facilitador intercultural en la atención de salud de migrantes internacionales.

Por tanto, es una oportunidad avanzar en la investigación sobre esta nueva figura dentro de los equipos de salud, mediante estudios cualitativos etnográficos, y a la vez se visualiza como futura línea investigativa, estudios específicos sobre la percepción de los usuarios de salud migrantes internacionales, sobre las barreras de acceso a salud que identifican bajo su percepción y cómo contribuiría el facilitador intercultural a sobrepasarlas.

Bajo el tema emergente de la necesidad de abordaje de salud mental, se visualizan investigaciones tanto a nivel de los facilitadores interculturales y la salud mental de estos, carga laboral, manejo de situaciones difíciles, entre otros; y se visualiza investigar de manera similar a como fue realizada esta investigación, pero en centros de atención de salud mental, hospitales psiquiátricos, por ejemplo. Este tema no ha sido estudiado en Chile y se requiere evidencia del abordaje de patologías en salud mental de migrantes internacionales, hispanoparlantes y no hispanoparlantes.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Agar Corbinos, L., Delgado, I., Oyarte, M., & Cabieses, B. (2017). Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis*, (25), 95–112. <https://doi.org/10.18601/16577558.n25.06>
- Aguilar-Solano, M. (2015). Non-professional volunteer interpreting as an institutionalized practice in healthcare: A study on interpreters' personal narratives. *Translation and Interpreting*, 7(3), 132–148. <https://doi.org/10.12807/ti.107203.2015.a10>
- Aguirre Fonseca, V., & Romo, M. (2006). *LA FIGURA DEL FACILITADOR INTERCULTURAL MAPUCHE ¿HACIA UNA VERDADERA INTERCULTURALIDAD EN SALUD? La experiencia de salud de la comuna de Pudahuel*. Universidad de Chile. Retrieved from http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/aguirre_v/sources/aguirre_v.pdf
- Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Rozas, J. N. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061–1065. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alcaraz Quevedo, M., Paredes-Carbonell, J. J., Sancho Mestre, C., Lopez-Sanchez, P., Garcia Moreno, J. L., & Vivas Consuelo, D. (2014). Atención a mujeres inmigrantes en un programa de mediación intercultural en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88(2), 301–310. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000200012>
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. Paidós Educador. Retrieved from <http://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo2/docs/InvestCualitativa.pdf>
- Andréu, J. (2002). Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro de Estudios Andaluces*, 1–34. <https://doi.org/10.2307/334486>
- Baird, M. B. (2011). Lessons Learned From Translators and Interpreters From the Dinka Tribe of Southern Sudan. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 116–121. <https://doi.org/10.1177/1043659610395764>
- Batthyány, K., & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: apuntes para un curso inicial. Metodología de investigación en Ciencias Sociales*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., ... Cooper, L. A. (2005). Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356–373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A

- systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008>
- Butow, P. N., Lobb, E., Jefford, M., Goldstein, D., Eisenbruch, M., Girgis, A., ... Schofield, P. (2012). A bridge between cultures: Interpreters' perspectives of consultations with migrant oncology patients. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 235–244. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-1046-z>
- Caballero, M., Soc, D. C., & Leyva-flores, R. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 50(3), 241–250. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n3/08.pdf>
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707–716. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>
- Cabrera Cuevas, Y., Blanco Nuñez, G., & Ramos Barrios, D. (2017). Estudio de caso: comuna de Quilicura. In *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 471–484).
- Calderon, F., & Saffirio, F. (2017). Avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM. In *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 51–59). Retrieved from http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Comisión de Política de Salud y Pueblos Indígenas. Política de Salud y Pueblos Indígenas, 2003 § (2003). Retrieved from <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. La inmigración laboral en América Latina. *Cepal / Oit*, 16, 1–35.
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12–34. <https://doi.org/10.2225/PSICOPERSPECTIVAS-VOL10-ISSUE2-FULLTEXT-1>
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design. Qualitative and Quantitative Approaches*.
- David, R. a, & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 65(5–6), 393–397. <https://doi.org/10.1111/sum.12087>
- De Muynck, A. (2004). MEDIACIÓN INTERCULTURAL: ¿UNA HERRAMIENTA PARA PROMOVER LA SALUD DE LAS INMIGRANTES? *Quadern CAPS*, 32, 40–46. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1090006>

- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60–67. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
- Emanuel, E. (1991). ¿Qué Hace Que La Investigación Clínica Sea Ética? Siete Requisitos Éticos, 83–96.
- Gray, B., Hilder, J., & Donaldson, H. (2011). Why do we not use trained interpreters for all patients with limited English proficiency? Is there a place for using family members? *Australian Journal of Primary Health*, 17(3), 240–249. <https://doi.org/10.1071/PY10075>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30(4), 233–252.
- Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjelm, K. (2014). Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare. *Primary Health Care Research & Development*, 15(2), 156–169. <https://doi.org/10.1017/S1463423612000680>
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care: Original Article. *International Nursing Review*, 56(4), 461–469. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x>
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2014). Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: A qualitative explorative study. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-49>
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en practicas de salud con poblacion indigena. *Ciencia y Enfermeria*, XVIII(3), 17–24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Iniesta, C., Sancho, A., Castells, X., & Varela, J. (2008). Hospital orientado a la multiculturalidad . Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. *Medicina Clinica Barcelona*, 130(12), 472–475. <https://doi.org/10.1157/13118113>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2002). *Censo 2002*. Retrieved from <http://www.ine.cl/estadisticas/censos/censos-de-poblacion-y-vivienda>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018a). 2ºEntrega resultados definitivos CENSO 2017. Retrieved from http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2018/05/presentacion_de_la_segunda_entrega_de_resultados_censo2017.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018b). Resultados CENSO 2017. Retrieved from <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download>
- Jacobs, E. A., Lauderdale, D. S., Meltzer, D., Shorey, J. M., Levinson, W., & Thisted, R. A. (2001). Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16(Julio), 468–474. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1046%2Fj.1525-1497.2001.016007468.x>
- Johnson, R. O. S., & Waterfield, J. (2004). Making words count : the value of qualitative

- research. *Physiotherapy Research International*, 9(3), 121–131.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, N°7, 19–39. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1721–1728. <https://doi.org/10.1111/jocn.13226>
- Labrín Elgueta, J. M. (n.d.). *Metodología de investigación en comunicación social. Marcos de referencia y nociones prácticas*.
- Leiva, L., & Lobo, A. (2018, December 15). Hospital San Borja lidera partos de migrantes con un 70% en 2018. *El Mercurio*. Retrieved from <https://www.latercera.com/nacional/noticia/hospital-san-borja-lidera-partos-migrantes-70-2018/447663/>
- Ley N°20.584. (2012, April 24). Diario Oficial de la República de Chile. Retrieved from <http://bcn.cl/1uw7l>
- Litzau, M., Turner, J., Pettit, K., Morgan, Z., & Cooper, D. (2018). Obtaining History with a Language Barrier in the Emergency Department: Perhaps not a Barrier After All. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 934–937. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.8.39146>
- Liu, P., Guo, Y., Qian, X., Tang, S., Li, Z., & Chen, L. (2014). China's distinctive engagement in global health. *The Lancet*, 384(9945), 793–804. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60725-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60725-X)
- Luna, F. (2011). Colaboraciones especiales Diálogo sobre “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?” de Jan Helge Solbakk. *Revista Redbioética/UNESCO*, 4(2), 85–90.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165–193. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005%0ACómo>
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Contenidos: INMIGRANTES*. Retrieved from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_01_marzo.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Salud: Síntesis de Resultados. In *CASEN 2017* (p. 131). Retrieved from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (n.d.). 5.A. Buenas prácticas en Chile: Cuatro experiencias del Piloto Salud de Inmigrantes 2014-2016. Retrieved from <https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-intercultural/migracion-salud/5->

buenas-practicas-en-chile-cuatro-experiencias-del-piloto-salud-de-inmigrantes-2015-2016/

- Ministerio de Salud de Chile. (2015). GUÍA PARA LOS EQUIPOS DE SALUD EN LA ORIENTACIÓN Y APOYO A LA POBLACIÓN MIGRANTE Contenido. Retrieved from http://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/06/GUIA-PARA-EQUIPOS-SALUD-ORIENTACION-APOYO-POBLACION-MIGRANTE-mayo-2015.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas 2016 Programa Especial De Salud Y Pueblos Indígenas. Guía Metodológica Para La Gestión Del Programa (2016).
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. *Política De Salud De Migrantes Internacionales*. Retrieved from <http://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/01/Politica-de-Salud-de-Migrantes-310-1750.pdf>
- MINSAL, & Banco Mundial. (2017). Plan para Pueblos Indígenas. Proyecto de Apoyo al Sector Salud., (i), 1–23. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI-_Chile_HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf
- Morina, N., Maier, T., & Schmid Mast, M. (2010). Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(3–4), 104–110. <https://doi.org/10.1055/s-0029-120271>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. Retrieved from <http://jbposgrado.org/icuali/Criterios de rigor en la Inv cualitativa.pdf>
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*, 1–18.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Retrieved from <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización Internacional para las migraciones. (2013). Migración internacional, salud y derechos humanos, 68. Retrieved from http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2012). Migración Saludable en América Central.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*. Retrieved from www.iom.int/es
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Prevención y control. Papel de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaría. 61ª Asamblea Mundial de la Salud, 19–24.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la

- Salud, 1–6. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4148/A62_9-sp.pdf?sequence=1&ua=1
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., & Pehlke-Milde, J. (2018). Barrier-free communication in maternity care of allophone migrants: BRIDGE study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 472–481. <https://doi.org/10.1111/jan.13441>
- Orrego, C., Pérez, I., & Alcorta, I. (2009). Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del ministerio de Sanidad y Política social. Instituto Aragoné. *Guías de Práctica Clínica En El SNS: I+CS N° 2007/02-02*, (9), 27–38.
- Pedrero, V., Oyarte, M., Cabieses, B., Elzo, V. A., & Silva Dittborn, C. (2017). Perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile. In B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 115–145). Retrieved from http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Pérez, C., Nazar, G., & Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 39(2), 122–127. Retrieved from <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n2/122-127/es>
- Rico Becerra, J. I. (2009). *El inmigrante “enfermo”. Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico*. (Ediciones Isabor, Ed.) (Primera).
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metología de la investigación cualitativa*. (G. Rodríguez, J. Gil, & E. García, Eds.), *Metología de la investigación cualitativa*.
- Rojas, N., & Silva, C. (2016). La Migración en Chile: Breve reporte y caracterización. *Observatorio Iberoamericano Sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo*, 43. Retrieved from http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf
- Rondeau-Lutz, M., & Weber, J. C. (2017). The Absent Interpreter in Administrative Detention Center Medical Units. *Health Care Analysis*, 25(1), 34–51. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0285-4>
- Salaverry, O. (2010). Simposio, interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(1), 80–93. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319349020>
- Sánchez P., K., Valderas J., J., Messenger C., K., Sánchez G., C., Barrera Q., F., Sánchez P., K., ... Barrera Q., F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 278–283. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278>
- Sandoval Casilimas, C. A. (2000). *Investigación cualitativa*.
- Sandoval, R. (2016). Una política migratoria para un Chile cohesionado. In B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante*

- social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 39–49). Retrieved from http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Schouten, B. C., & Schinkel, S. (2014). Turkish migrant GP patients' expression of emotional cues and concerns in encounters with and without informal interpreters. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.007>
- Schouten, B., Ross, J., Zendedel, R., & Meeuwesen, L. (2012). Informal interpreters in medical settings: A comparative socio-cultural study of the Netherlands and Turkey. *Translator*, 18(2), 311–338. <https://doi.org/10.1080/13556509.2012.10799513>
- Schreiter, S., Winkler, J., Bretz, J., & Schouler-Ocak, M. (2016). Was kosten uns Dolmetscher? - Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(9–10), 356–360. <https://doi.org/10.1055/s-0042-115414>
- SEREMI Región Metropolitana. (2015). *Diagnóstico de Salud de Inmigrantes Región Metropolitana*. Retrieved from http://seremi13.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/DIAGNOSTICO-DE-SALUD-DE-INMIGRANTES-2015-SEREMI-DE-SALUD.pdf
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos* (Segunda). Ediciones Morata, S.L.
- Taglieri, F. M., Colucci, A., Barbina, D., Fanales-Belasio, E., & Luzi, A. M. (2013). Communication and cultural interaction in health promotion strategies to migrant populations in Italy: the cross-cultural phone counselling experience. *Ann Ist Super Sanità*, 49(2), 138–142. https://doi.org/10.4415/ANN_13_02_05
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos*. España: Ediciones PAIDOS.
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Organización Panamericana de la Salud.
- Valverde Jiménez, M. R. (2013). Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 29, 383–390. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/revision4.pdf>
- Van der Laet, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. In B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 29–38). Santiago. Retrieved from http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Vazquez, L. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud*. Barcelona: Bellaterra.
- Verrept, H. (2004). Mediación intercultural en la atención sanitaria belga. *Quaderns CAPS*, 32, 31–39.

- Viveros-Guzmán, A., & Gertler, M. (2015). Latino Farmworkers in Saskatchewan: Language Barriers and Health and Safety. *Journal of Agromedicine*, 20(3), 341–348. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2015.1048400>
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Morales, L. S., Spritzer, K., Marshall, G. N., & Hays, R. D. (2004). Health plan effects on patient assessments of medicaid managed care among racial/ethnic minorities. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 136–145. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30235.x>
- Yañez, C. (2017, April 30). Uno de cada cuatro niños que nace en el Hospital San José es hijo de una madre extranjera. *La Tercera*. Retrieved from <http://www2.latercera.com/noticia/uno-cuatro-ninos-nace-hospital-san-jose-hijo-una-madre-extranjera/>
- Zendedel, R., Schouten, B. C., van Weert, J. C. M., & van den Putte, B. (2016). Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 981–987. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.021>

ANEXOS Y APENDICES

Anexo N°1: Pauta entrevista semi-estructurada



MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS-MGPP

“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”

Pauta para autoridades sanitarias/comunales y equipos de salud

- ¿Hace cuánto tiempo se incorporó al equipo de salud el facilitador intercultural para migrantes?
- ¿Qué necesidades tenían como institución/equipo de salud para incorporar al facilitador intercultural?
- ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo de los facilitadores interculturales?
- ¿Cuáles cree que son las principales funciones que realiza el facilitador intercultural para migrantes internacionales?
- ¿Qué funciones destaca que el facilitador intercultural realiza y que usted pensó que no estaban directamente asociada a su cargo?
- ¿Qué ventajas considera usted que tiene poder realizar una atención de salud con un facilitador intercultural?
- ¿Ha notado diferencias en el comportamiento de los usuarios de salud desde la incorporación del facilitador intercultural?
- Si ha notado diferencias, ¿Cuáles son estas?
- ¿Ha notado diferencias en las dinámicas del equipo de salud para la atención de migrantes internacionales?
- ¿Usted ha percibido cambios a nivel de los usuarios de salud en general (chilenos) desde la llegada del facilitador intercultural a la comuna/institución?
- ¿De qué manera el servicio/municipalidad favoreció y/o dificultó la implementación de la figura facilitador intercultural para migrantes internacionales?
- ¿Qué recursos cree usted que necesita la institución para brindar una mejor atención a migrantes internacionales?
- Bajo su experiencia, ¿Considera valiosa la presencia de un facilitador intercultural para la atención de salud de migrantes internacionales?
- ¿Qué recomendaciones podría dar para la implementación/llegada de facilitador intercultural a comunas que aún no tienen?

Pauta a facilitadores interculturales para migrantes internacionales

- ¿Hace cuánto tiempo se incorporó al equipo de salud?
- ¿Usted brinda servicios a migrantes de alguna nacionalidad en especial o a todas?
- ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo a diario con el equipo de salud?
- ¿Le ha costado mucho la integración en el trabajo con el equipo de salud?
- ¿Para qué actividades usted fue contratado?
- ¿Qué actividades usted realiza a diario y no están incorporadas en sus funciones detalladas en su contrato?
- ¿Qué ventajas, usted considera, tiene poder dar atención de salud con un facilitador intercultural en la población inmigrante?

- ¿Ha notado diferencias en el comportamiento de los usuarios de salud desde su llegada?
- Si ha notado diferencias, ¿Cuáles son estas?
- ¿Ha notado diferencias en el trabajo a diario con el equipo de salud, desde su llegada? (ha sido considerado en reuniones de sector, trabajo de familia, entre otros).
- ¿Cuáles fueron los principales problemas que usted tuvo para comenzar a trabajar?
- ¿Cuáles fueron las ventajas o situaciones que favorecieron el que usted comenzará a trabajar acá?
- ¿Qué recursos cree usted que necesita la institución para brindar una mejor atención a migrantes internacionales?
- ¿Qué recomendaciones podría dar para la implementación/llegada de facilitador intercultural a comunas que aún no tienen?

Pauta a migrantes internacionales

- ¿Hace cuánto tiempo usted consulta acá? / Depi kombyen tan ou te konsulte isit?
- ¿En su atención de salud participa otra persona que la ayude con el idioma y cultura (facilitador intercultural)? / Nan konsultasyon ak doktè nan klinik la, ou te bezwen ki lòt moun te edew ak lang ak kilti?
- ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo de los facilitadores interculturales? / Ki eksperyans ou te gen ak fasilitatè entèkiltirèl?
- ¿En qué la ha ayudado el facilitador? / Fasilitatè entèkiltirèl avek ki bagay li te edew?
- ¿Usted considera muy importante el poder tener un facilitador intercultural en su atención de salud? / Es ki ou kwe ki se trè enpòntan gen yon fasilitatè entèkiltirèl nan chak atansyon santè ou?
- Ahora que usted es atendido por doctor y facilitador intercultural, ¿Usted entiende mejor los tratamientos e indicaciones? / Kounye a ki w gen atansyon ak doktè ak fasilitatè entèkiltirèl, Es ki ou konprann plis trètman ak endikasyon?
- ¿Qué otra cosa usted me podría decir sobre el trabajo del facilitador intercultural acá? / Ki lòt bagay ou kap dim' sou travay fasilitatè entèkiltirèl isit?
- ¿Cada vez que usted ha necesitado la ayuda de un facilitador intercultural, él ha podido estar presente? / Chak fwa ki ou te bezwen ki yon fasilitatè entèkiltirèl edew, li te kap edew, li te prezan?
- ¿Qué cosas valora usted dentro del centro de salud para la atención de salud de migrantes? / Ki bagay se enpòntan pou atansyon ou nan klinik la? Ki bagay ou kwe ki se pi bon pou atansyon moun migran?
- ¿Qué cosas cree usted que debería tener el centro de salud para dar una mejor atención a los migrantes/haitianos? / Ki bagay ou kwe ki klinik sante la dwe gen pou bay pi bon atansyon pou migran ak ayisien?

HOJA DE INFORMACIÓN A PARTICIPANTES

Nombre de la tesis: *“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”*

Queremos invitarlo a participar en una investigación la cual tiene como objetivo conocer el rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales. La investigación es conducida por Camila Sepúlveda (camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl), tesista del programa de Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile.

Se espera que los resultados de este estudio sean un aporte para avanzar hacia una atención de salud oportuna y acorde a las necesidades de las personas migrantes en Chile, reconociendo el rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud, las dificultades actuales en sus funciones y poder entregar recomendaciones a tomadores de decisión en estas materias y así contribuir a la salud de todas las personas que migran hacia Chile.

Para esto, le pediremos su **autorización en la realización de una entrevista**, cuya duración aproximada es de 45 minutos. Las entrevistas serán registradas por medio de grabaciones de audio, las cuales serán posteriormente transcritas a un documento Word y analizadas sin identificar en ningún momento su nombre o información personal que permita identificarla.

Riesgos y Beneficios: Este estudio no tiene riesgos para usted, salvo la solicitud de un tiempo extra para responder las preguntas de la entrevista. Si bien no significará beneficios personales directos, usted podrá conocer los resultados de la investigación e identificar elementos conocidos y desconocidos por usted que contribuirán a su reflexión en relación al tema estudiado.

Criterios de confidencialidad: La información recolectada será confidencial. Para resguardar su identidad, no usaremos su nombre, sino que le asignaremos un número de identificación para que nadie ajeno al estudio pueda identificarlo, ni acceder a algún tipo de información sensible acerca de usted. A cada entrevista se le asignará un código, de esta manera el análisis de la información se realizará en base a dichos de códigos. Solo la investigadora principal tendrá acceso a la base de datos.

Almacenamiento de datos/retención/destrucción/futuro uso: Sólo la investigadora responsable y su docente tendrán acceso a la información mientras el estudio será en desarrollo. Toda la información recolectada será guardada por 3 años luego del término del estudio y posteriormente destruida. Además, los datos obtenidos se usarán exclusivamente para la presente investigación con propósitos profesionales, cuyos resultados llegarían a ser difundidos en congresos de investigadores, artículos de revistas científicas y seminarios.

Derecho a renunciar o retirarse del estudio: Su participación será totalmente voluntaria por lo que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. Además, podrá retirar cualquier información o dato recolectado para que esta información no sea incorporada en los resultados de este estudio. Su decisión de participar o no, **NO** afectará de ninguna forma la relación que usted mantiene con la investigadora. El periodo en que podrá retirar dicha información en caso de que usted desee suspender su participación, corresponderá al periodo de recolección de datos de este estudio, es decir, entre Marzo y Octubre 2018.

Contacto: Si usted desea discutir cualquier detalle acerca de este proyecto o acerca de sus derechos como participante, usted puede contactar a: Camila Sepúlveda (Investigadora responsable), camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl Fono: 56-9-85689318 o a la Directora de Estudios de Caso del Magíster en Gestión y Políticas Públicas María Pía Martin al correo mpmartin@dii.uchile.cl. Si usted tiene alguna consulta sobre las consideraciones éticas de esta investigación, puede contactar al Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, presidente Dr. Marcial Osorio, teléfono 23279157.

Entiendo, además, que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años.

Versión 2, 12 de septiembre de 2018

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Copia participante

Nombre de la tesis: *“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”*

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionada para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio NO afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con los sujetos de estudio.
- Entiendo que soy libre de participar en este estudio, y que podré retirarme en cualquier momento, pudiendo retirar cualquier información o dato recolectado, entre marzo y octubre del 2018 aproximadamente.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que no recibiré ninguna información detallada acerca de las percepciones u opiniones específicas emitidas por otros informantes.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos alguna dirección postal para este envío en el futuro?

Email: _____

Dirección: _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años.

Versión 2, 12 de septiembre de 2018

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Copia investigador

Nombre de la tesis: *“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”*

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionada para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio NO afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con los sujetos de estudio.
- Entiendo que soy libre de participar en este estudio, y que podré retirarme en cualquier momento, pudiendo retirar cualquier información o dato recolectado, entre marzo y octubre del 2018 aproximadamente.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que no recibiré ninguna información detallada acerca de las percepciones u opiniones específicas emitidas por otros informantes.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos alguna dirección postal para este envío en el futuro?

Email: _____

Dirección: _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____



MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS-MGPP



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

FÈY ENFÒMASYON POU PATISIPAN

Non nan envèstigasyon an: *“Kalitatif etid sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal nan de komin nan Región Metropolitana an: Quilicura ak Santiago”*

Nou vle envite ou patisipe nan yon envèstigasyon ki gen pou objektif konnen sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal. Envèstigasyon an dirije pa Camila Sepúlveda (camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl), elèv tèz nan pwogram Magíster nan Gestión ak Políticas Públicas nan Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas a nan Inivèsite Chile.

Li espere ke rezilta etid sa a sèvi yon kontribisyon pou avanse vè yon atansyon sante byen bonè ak kòd bezwen ki gen tout moun inmigran nan Chili, nou vle rekonèt wòl ki gen moun ki travay kouman fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante, difikilte ki yon gen nan travay ki yo dwe fè ak nou pral kap bay rekòmandasyon a moun ki pran desizyon nan domèm sa e konsa kontribye nan sante tout moun ki inmigran nan direksyon Chili.

Pou sa, nou pral mande ou otorizasyon ou pou reyalize yon entèvyou, k’ap dire apwoksativman 45 minit. Entèvyou yo pral anrejistre nan anrejistremant odyo, ki pral se konsa, yo pral transkri odyo a sou yon dokiman word e analize li san yo pa idantifye non w nan pyès dokiman oswa enfòmasyon pèsònèl ou ki te ka pèmèt yo idantifye ou.

Risk ak Benefis: Etid sa a pa gen risk pou ou, eksepte pou mande yon tan siplemantè pou reponn kesyon entèvyou yo. Malgre ke sa pa vle di benefis pèsònèl dirèk, ou pral kapab konnen rezilta yo nan envèstigasyon an e idantifye eleman koni e enkonni ki pral kontribye nan refleksyon ou an relasyon ak sijè nap etidye a.

Kritè de konfidansyalite: Enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl. Pou pwoteje idantite ou, nou pap sèvi ak non ou, men ou pral asinye yon nimewo idantifikasyon pou okenn moun andeyò etid la pa ka idantifye ou, oswa pa ka jwenn aksè sou nenpòt kalite enfòmasyon sansib sou ou. Chak entèvyou pral asinye yon kòd, nan fason sa a analiz enfòmasyon an pral baze sou kòd sa yo. Se sèlman envèstigatè prensipal la k’ap gen aksè nan baz done yo.

Stokaj de done / retansyon / destriksyon / itilize nan lavni: Se sèlman envèstigatè responsab la ak pwofesè li k’ap gen aksè a enfòmasyon an pandan etid la an devlopman. Tout enfòmasyon yo kolekte yo pral stoke pou 3 ane apre fen etid la epi apre peryòd sa a li pral detwi. Anplis de sa, done yo pral itilize sèlman pou envèstigasyon prezan an nan objektif pwofesyonèl, rezilta sa yo gen pou distribye nan kongrè de envèstigatè yo, atik nan jounal syantifik ak seminè.

Dwa pou renonse oswa pa fè pati etid la: patisipasyon ou pral totalman volontè pou sa ou ka refize fè pati etid la nan nenpòt kilè san bezwen jistifye desizyon ou. Anplis ou ka retire tou nenpòt enfòmasyon oswa done ke yo kolekte pou ke enfòmasyon sa a pa enkòpore nan rezilta yo nan etid sa a. Desizyon w pou w patisipe oswa non, **P’AP** afekte nan nenpòt fason relasyon ou genyen

ak envèstigatè a. Peryòd kote ou ka retire enfòmasyon sa a nan ka ou vle sispann patisipasyon w, koresponn ak peryòd koleksyon done etid sa a, se di, ant mwa Mas e mwa Oktob 2018.

Kontak: Si ou vle diskite sou nenpòt detay sou pwojè sa a oswa sou dwa ou kòm yon patisipan, ou ka kontakte: Camila Sepúlveda (Envestigatè Responsab), camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl Telefòn: 56-9-85689318 obyen a Direktè Ka Etid de Magíster nan Gestión ak Políticas Públicas nan imel mpmartin@dii.uchile.cl. Si ou gen nenpòt kesyon sou konsiderasyon etik de envèstigasyon sa a, ou ka kontakte Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, prezidan Doktè Marcial Osorio, telefòn 23279157.

Mwen kompran, anplis, ki yon kopi papyè sa se pou mwen.

Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 lane

Vèsyon 2, 12 septanm, 2018

SIYATI KONSANTMAN ENFÒME

Kopi patisipan

Non nan envèstigasyon an: *“Kalitatif etid sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal nan de komin nan Región Metropolitana an: Quilicura ak Santiago”*

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan yo, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an pral volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a PAP afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte, ant mas e oktob 2018 apre.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimite a.
- Mwen konprann ke mwen p'ap resevwa okenn enfòmasyon detaye sou pèsèpsyon espesifik oswa opinyon lòt enfòmateur.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patisipan _____ Siyen _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

Adrès: _____

Siyen envèstigatè prensipal _____ Dat _____

Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 lane

Vèsyon 2, 12 septanm, 2018

SIYATI KONSANTMAN ENFÒME

Kopi investigatè

Non nan envèstigasyon an: *“Kalitatif etid sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal nan de komin nan Región Metropolitana an: Quilicura ak Santiago”*

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan yo, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an pral volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a PAP afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte, ant mas e oktob 2018 apre.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimite a.
- Mwen konprann ke mwen p’ap resevwa okenn enfòmasyon detaye sou pèsèpsyon espesifik oswa opinyon lòt enfòmateur.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patrisipan _____ Siyen _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

Adrès: _____

Siyen envèstigatè prensipal _____ Dat _____

HOJA DE INFORMACIÓN A PARTICIPANTES

Nombre de la tesis: *“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”*

Queremos invitarlo a participar en una investigación la cual tiene como objetivo conocer el rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales. La investigación es conducida por Camila Sepúlveda (camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl), tesista del programa de Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile.

Se espera que los resultados de este estudio sean un aporte para avanzar hacia una atención de salud oportuna y acorde a las necesidades de las personas migrantes en Chile, reconociendo el rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud, las dificultades actuales en sus funciones y poder entregar recomendaciones a tomadores de decisión en estas materias y así contribuir a la salud de todas las personas que migran hacia Chile.

Para esto, le pediremos su **autorización en la realización de una entrevista**, cuya duración aproximada es de 45 minutos. Las entrevistas serán registradas por medio de grabaciones de audio, las cuales serán posteriormente transcritas a un documento Word y analizadas sin identificar en ningún momento su nombre o información personal que permita identificarla.

Riesgos y Beneficios: Este estudio no tiene riesgos para usted, salvo la solicitud de un tiempo extra para responder las preguntas de la entrevista. Si bien no significará beneficios personales directos, usted podrá conocer los resultados de la investigación e identificar elementos conocidos y desconocidos por usted que contribuirán a su reflexión en relación al tema estudiado.

Criterios de confidencialidad: La información recolectada será confidencial. Para resguardar su identidad, no usaremos su nombre, sino que le asignaremos un número de identificación para que nadie ajeno al estudio pueda identificarlo, ni acceder a algún tipo de información sensible acerca de usted. A cada entrevista se le asignará un código, de esta manera el análisis de la información se realizará en base a dichos de códigos. Solo la investigadora principal tendrá acceso a la base de datos.

Almacenamiento de datos/retención/destrucción/futuro uso: Sólo la investigadora responsable y su docente tendrán acceso a la información mientras el estudio será en desarrollo. Toda la información recolectada será guardada por 3 años luego del término del estudio y posteriormente destruida. Además, los datos obtenidos se usarán exclusivamente para la presente investigación con propósitos profesionales, cuyos resultados llegarían a ser difundidos en congresos de investigadores, artículos de revistas científicas y seminarios.

Derecho a renunciar o retirarse del estudio: Su participación será totalmente voluntaria por lo que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. Además, podrá retirar cualquier información o dato recolectado para que esta información no sea incorporada en los resultados de este estudio. Su decisión de participar o no, **NO** afectará de ninguna forma la relación que usted mantiene con la investigadora. El periodo en que podrá retirar dicha información en caso de que usted desee suspender su participación, corresponderá al periodo de recolección de datos de este estudio, es decir, entre Marzo y Octubre 2018.

Contacto: Si usted desea discutir cualquier detalle acerca de este proyecto o acerca de sus derechos como participante, usted puede contactar a: Camila Sepúlveda (Investigadora responsable), camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl Fono: 56-9-85689318, dirección: Domeyko # 2388, Santiago; o a la Directora de Estudios de Caso del Magister en Gestión y Políticas Públicas María Pía Martin al correo mpmartin@dii.uchile.cl. Si usted tiene alguna consulta sobre las consideraciones éticas de esta investigación, puede contactar al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, a su presidente Dr. Emiliano Soto Romo, teléfono 225746958 – 225743520, dirección: Victoria Subercaseaux #381 cuarto piso. Entiendo, además, que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.



Esta forma será guardada por un periodo de 3 años.

Versión 2, 17 de Agosto de 2018

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Copia participante

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionada para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio NO afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con los sujetos de estudio.
- Entiendo que soy libre de participar en este estudio, y que podré retirarme en cualquier momento, pudiendo retirar cualquier información o dato recolectado, entre marzo y octubre del 2018 aproximadamente.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que no recibiré ninguna información detallada acerca de las percepciones u opiniones específicas emitidas por otros informantes.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Nombre Persona que toma el Consentimiento _____ Firma _____

Nombre Investigador Principal _____ Firma _____

Nombre Director Institución o delegado _____ Firma _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos alguna dirección postal para este envío en el futuro?

Email: _____

Dirección: _____

Fecha _____



Esta forma será guardada por un periodo de 3 años.

Versión 2, 17 de Agosto de 2018

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Copia investigador

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionada para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio NO afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con los sujetos de estudio.
- Entiendo que soy libre de participar en este estudio, y que podré retirarme en cualquier momento, pudiendo retirar cualquier información o dato recolectado, entre marzo y octubre del 2018 aproximadamente.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que no recibiré ninguna información detallada acerca de las percepciones u opiniones específicas emitidas por otros informantes.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** *[subrayar la correcta]* en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Nombre Persona que toma el Consentimiento _____ Firma _____

Nombre Investigador Principal _____ Firma _____

Nombre Director Institución o delegado _____ Firma _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos alguna dirección postal para este envío en el futuro?

Email: _____

Dirección: _____

Fecha _____

FÈY ENFÒMASYON POU PATISIPAN

Non nan envèstigasyon an: *“Kalitatif etid sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal nan de komin nan Región Metropolitana an: Quilicura ak Santiago”*

Nou vle envite ou patisipe nan yon envèstigasyon ki gen pou objektif konnen sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal. Envèstigasyon an dirije pa Camila Sepúlveda (camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl), elèv tèz nan pwogram Magíster nan Gestión ak Políticas Públicas nan Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas a nan Inivèsite Chile.

Li espere ke rezilta etid sa a sèvi yon kontribisyon pou avanse vè yon atansyon sante byen bonè ak kòd bezwen ki gen tout moun inmigran nan Chili, nou vle rekonèt wòl ki gen moun ki travay kouman fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante, difikilte ki yon gen nan travay ki yo dwe fè ak nou pral kap bay rekòmandasyon a moun ki pran desizyon nan domèm sa e konsa kontribye nan sante tout moun ki inmigran nan direksyon Chili.

Pou sa, nou pral mande ou **otorizasyon ou pou reyalize yon entèvyou**, k’ap dire apwoksativman 45 minit. Entèvyou yo pral anrejistre nan anrejistremant odyo, ki pral Se konsa, yo pral transkri odyo a sou yon dokiman word e analize li san yo pa idantifye non w nan pyès dokiman oswa enfòmasyon pèsònèl ou ki te ka pèmèt yo idantifye ou.

Risk ak Benefis: Etid sa a pa gen risk pou ou, eksepte pou mande yon tan siplemantè pou reponn kesyon entèvyou yo. Malgre ke sa pa vle di benefis pèsònèl dirèk, ou pral kapab konnen rezilta yo nan enèstigasyon an e idantifye eleman koni e enkonni ki pral kontribye nan refleksyon ou an relasyon ak sijè nap etidye a.

Kritè de konfidansyalite: Enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl. Pou pwoteje idantite ou, nou pap sèvi ak non ou, men ou pral asinye yon nimewo idantifikasyon pou okenn moun andeyò etid la pa ka idantifye ou, oswa pa ka jwenn aksè sou nenpòt kalite enfòmasyon sansib sou ou. Chak entèvyou pral asinye yon kòd, nan fason sa a analiz enfòmasyon an pral baze sou kòd sa yo. Se sèlman enèstigatè prensipal la k’ap gen aksè nan baz done yo.

Stokaj de done / retansyon / destriksyon / itilize nan lavni: Se sèlman envèstigatè responsab la ak pwofesè li k’ap gen aksè a enfòmasyon an pandan etid la an devlopman. Tout enfòmasyon yo kolekte yo pral stoke pou 3 ane apre fen etid la epi apre peryòd sa a li pral detwi. Anplis de sa, done yo pral itilize sèlman pou envèstigasyon prezan an nan objektif pwofesyonèl, rezilta sa yo gen pou distribye nan kongrè de envèstigatè yo, atik nan jounal syantifik ak seminè.

Dwa pou renonse oswa pa fè pati etid la: patisipasyon ou pral totalman volontè pou sa ou ka refize fè pati etid la nan nenpòt kilè san bezwen jistifye desizyon ou. Anplis ou ka retire tou nenpòt enfòmasyon oswa done ke yo kolekte pou ke enfòmasyon sa a pa enkòpore nan rezilta yo nan etid sa a. Desizyon w pou w patisipe oswa non, **P’AP** afekte nan nenpòt fason relasyon ou genyen

ak envèstigatè a. Peryòd kote ou ka retire enfòmasyon sa a nan ka ou vle sispann patisipasyon w, koresponn ak peryòd koleksyon done etid sa a, se di, ant mwa Mas e mwa Oktob 2018.

Kontak: Si ou vle diskite sou nenpòt detay sou pwojè sa a oswa sou dwa ou kòm yon patisipan, ou ka kontakte: Camila Sepúlveda (Envestigatè Responsab), camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl Telefòn: 56-9-85689318, direksyon: Domeyko #2388, Santiago; obyen a Direktè Ka Etid de Magíster nan Gestión ak Políticas Públicas nan imel mpmartin@dii.uchile.cl. Si ou gen nenpòt kesyon sou konsiderasyon etik de envèstigasyon sa a, ou ka kontakte Comité Ético Científico de Servicio de Salud Metropolitano Central, prezidan an se Dokte Emiliano Soto Romo, telefòn 225746958 – 225743520, direksyon: Victoria Subercaseaux #381 katriyèm etaj,

Mwen kompran, anplis, ki yon kopi papyè sa se pou mwen.



Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 lane

Vèsyon 2, 17 out, 2018

SIYATI KONSANTMAN ENFÒME

Kopi patisipan

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan yo, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an pral volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a PAP afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte, ant mas e oktob 2018 apeprè.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimite a.
- Mwen konprann ke mwen p'ap resevwa okenn enfòmasyon detaye sou pèsèpsyon espesifik oswa opinyon lòt enfòmasyon.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patisipan _____ Siyen _____

Non Moun ki te prann Konsantman _____ Siyen _____

Non Envèstigatè Prensipal _____ Siyen _____

Non Direktè Enstitisyon oswa delege _____ Siyen _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

Adrès: _____

Dat _____



Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 lane

Vèsyon 2, 17 out, 2018

SIYATI KONSANTMAN ENFÒME

Kopi investigatè

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan yo, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an pral volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a PAP afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte, ant mas e oktob 2018 apeprè.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimite a.
- Mwen konprann ke mwen p'ap resevwa okenn enfòmasyon detaye sou pèsèpsyon espesifik oswa opinyon lòt enfòmateur.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patisipan _____ Siyen _____

Non Moun ki te prann Konsantman _____ Siyen _____

Non Envèstigatè Prensipal _____ Siyen _____

Non Direktè Enstitisyon oswa delege _____ Siyen _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

Adrès: _____

Dat _____

Información Demográfica de participantes

“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago”

Recuerde que toda la información solicitada para el estudio tiene como fin contribuir a dar respuesta al objetivo de investigación. Además, toda la información es confidencial y se permite que usted deje de responder preguntas en cualquier momento si no está de acuerdo con la investigación.

Preguntas	Respuestas
¿Qué edad tiene? (en años)	
¿Cuál es su sexo?	a. Femenino b. Masculino c. Otro
¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?	a. Básica o primaria. b. Enseñanza media o secundaria. c. Técnico profesional. d. Universitaria. e. Postgrado.
¿Cuál es su ocupación?	
¿Cuál es su nacionalidad?	

Si usted es migrante internacional, continúe respondiendo las siguientes preguntas:

Preguntas	Respuestas
¿Cuánto tiempo lleva en Chile?	
¿Qué idiomas habla usted?	
¿Con qué profesional se atendió? (especialidad)	
¿Es su primera atención en este centro de salud?	a. Si b. No
Si su respuesta anterior fue “no”. ¿Cuánto tiempo lleva consultando acá?	

Anexo N°7: Información Demográfica. Versión Creol



MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS-MGPP

Enfòmasyon demografik sou patisipan yo

“Kalitatif etid sou wòl fasilite entèkiltirèl a nan atansyon sante nan imigran entènasyonal nan de komin nan Región Metropolitana an: Quilicura ak Santiago”

Ou sonje ki tout enfòmasyon ki ou te bay nan etid sa gen kòm yon fen kontribye pou bay repons sou objektif envèstigasyon. Anplis, tout enfòmasyon yo kolekte preal konfidansyèl ak se posib ki ou pa kontinue ak repons nan nenpòt moman si ou pa dako ak envèstigasyon.

Kesyon	Repons
¿Ki laj ou gen? (nan ane)	
¿Ki sa se sèks ou?	a.Fanm b.Gason c.Lòt
¿Ki se nivo ki pi wo edikasyon ke ou te konplete?	a.Debaz oswa prensipal. b.Anseye mwayèn oswa segondè. c.Pwofesyonèl teknisyen. d.Inivèsite. e.Postgraduate.
¿Nan ki bagay travay w?	
¿Ki se nasyonalite ou?	

Si ou se inmigran entènasyonal, kontinue ou ak bay repons pou kesyon sa yo:

Kesyon	Repons
¿Kombyen tan ou nan Chili?	
¿Ki lang ou pale?	
¿Ki pwofesyonèl te fè atansyon kunye a? (espesyalite)	
¿Se premye fwa ki ou te konsultè isit?	a.Si b.No
Si ou te repons “no” nan kesyon avan. ¿Kombyen tan depi ou te konsultè la?	

Anexo N°8: Consentimiento Institucional



MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS - MGPP



Carta consentimiento institucional

Yo, Sr/a. _____ representante del _____, declaro estar en conocimiento de los detalles del estudio tesis Magister en Gestión y Políticas Públicas del Departamento de Ingeniería Industrial de la facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, titulado “*Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago*”, a cargo de Camila Sepúlveda Astete, estudiante de dicho programa de postgrado.

Conozco el objetivo del estudio: “Describir la percepción de distintos actores clave (equipos de salud de atención primaria y secundaria, migrantes internacionales, autoridades sanitarias y facilitadores interculturales) en torno al rol de facilitadores interculturales en la atención de salud a personas inmigrantes”, y doy mi consentimiento institucional para el acceso y análisis de documentos institucionales, como parte de la producción de datos de la investigación a cargo de la tésista Camila Sepúlveda Astete.

Estoy en conocimiento, en detalle, del procedimiento de análisis de los documentos. Se me ha entregado un anexo con información detallada de la metodología que será utilizada (procedimientos, instrumentos, encargados de observación, pautas, etc.) y objetivos del proyecto.

También estoy al tanto que se resguardará la confidencialidad de la información, mediante la asignación de un código y solo la investigadora principal tendrá acceso a la información personal de los participantes. Toda la información personal de los sujetos de investigación, que el investigador principal tome durante el estudio, deberá ser tratada con el carácter de información confidencial en los términos que lo establece la Ley 20.120 y su reglamento junto con la Ley 19.628.

Los resultados de esta investigación serán de acceso libre mediante cybertesis, que publica las tesis de postgrado de la Universidad de Chile, a menos que yo solicite restricción a la publicación de ciertos datos, petición que formalizaré en una carta a la Directora de Estudios de Caso del Magister en Gestión y Políticas Públicas María Pía Martín al correo mpmartin@dii.uchile.cl. Además, conozco que la investigadora me proporcionará un completo y detallado informe con estos datos obtenidos, materializado en la entrega del Informe Final de la tesis.

A la vez sé que, en caso de tener alguna duda sobre este proyecto, podré hacer preguntas en cualquier momento, y la tésista a cargo del estudio está en la obligación de aclararla a satisfacción. En caso de que lo estime pertinente, podré contactarme con Camila Sepúlveda Astete, al teléfono +56985689318, o al e-mail camila.sepulveda.a@ug.uchile.cl, para cualquier pregunta o queja sobre la realización de la entrevista. Asimismo, podré contactar a la Directora de Estudios de Caso del Magister en Gestión y Políticas Públicas María Pía Martín al correo mpmartin@dii.uchile.cl. Si usted tiene alguna consulta sobre las consideraciones éticas de esta investigación, puede contactar al Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, presidente Dr. Marcial Osorio, teléfono 23279157.

Entiendo además que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Camila Sepúlveda Astete

Institución participante

Fecha

Anexo N°9: Operacionalización del foco y temática de la investigación.

Objetivos Específicos	Foco del estudio	Ejes Temáticos	Pregunta
Identificar las experiencias de facilitadores interculturales para migrantes internacionales en equipos de salud de atención primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago.	Experiencias	Experiencia de facilitadores interculturales.	<p><u>Referentes y trabajadores salud:</u> ¿Hace cuánto tiempo se incorporó al equipo de salud el facilitador intercultural para migrantes? ¿Qué necesidades tenían como institución/equipo de salud para incorporar al facilitador intercultural? ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo de los facilitadores interculturales?</p> <p><u>Facilitadores interculturales:</u> ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo a diario con el equipo de salud? ¿Le ha costado mucho la integración en el trabajo con el equipo de salud?</p> <p><u>Migrantes internacionales:</u> ¿Cuál ha sido su experiencia con el trabajo de los facilitadores interculturales?</p>
Indagar en el rol y funciones específicas de facilitadores interculturales dentro de los equipos de salud en atención primaria y secundaria a migrantes en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.	Roles Funciones	Descripción de funciones realizadas por los facilitadores interculturales.	<p><u>Referentes y trabajadores salud:</u> ¿Cuáles cree que son las principales funciones que realiza el facilitador intercultural para migrantes internacionales? ¿Qué funciones destaca que el facilitador intercultural realiza y que usted pensó que no estaban directamente asociada a su cargo?</p> <p><u>Facilitadores interculturales:</u> ¿Para qué actividades usted fue contratado? ¿Qué actividades usted realiza a diario y no están incorporadas en sus funciones detalladas en su contrato?</p> <p><u>Migrantes internacionales:</u> ¿En qué la ha ayudado el facilitador intercultural?</p>
Reconocer, de acuerdo con la percepción de los actores clave, la utilidad de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en la comuna de Quilicura y Santiago.	Utilidad	Ventajas de contar con facilitadores interculturales.	<p><u>Referentes y trabajadores salud:</u> ¿Qué ventajas considera usted que tiene poder realizar una atención de salud con un facilitador intercultural? ¿Ha notado diferencias en el comportamiento de los usuarios de salud desde la incorporación del facilitador intercultural? ¿Ha notado diferencias en las dinámicas del equipo de salud para la atención de migrantes internacionales? ¿Usted ha percibido cambios a nivel de los usuarios de salud en general (chilenos) desde la llegada del facilitador intercultural a la comuna/institución?</p> <p><u>Facilitadores interculturales:</u> ¿Qué ventajas, usted considera, tiene poder dar atención de salud con un facilitador intercultural en la población inmigrante? ¿Ha notado diferencias en el comportamiento de los usuarios de salud desde su llegada? Si ha notado diferencias, ¿Cuáles son estas? ¿Ha notado diferencias en el trabajo a diario con el equipo de salud, desde su llegada? (ha</p>

			<p>sido considerado en reuniones de sector, trabajo de familia, entre otros).</p> <p><u>Migrantes internacionales:</u> ¿Usted considera muy importante el poder tener un facilitador intercultural en su atención de salud?, ¿por qué? Ahora que usted es atendido por doctor y facilitador intercultural, ¿usted entiende mejor los tratamientos e indicaciones? ¿Qué otra cosa usted podría decir sobre el trabajo del facilitador intercultural acá?</p>
<p>Detectar barreras y facilitadores de la implementación de facilitadores interculturales para migrantes en la atención primaria y secundaria de salud en las comunas de Quilicura y Santiago, de acuerdo con la perspectiva de distintos actores clave.</p>	<p>Barreras Facilitadores</p>	<p>Barreras y facilitadores para la implementación.</p>	<p><u>Referentes y trabajadores salud:</u> ¿De qué manera el servicio/municipalidad favoreció y/o dificultó la implementación de la figura facilitador intercultural para migrantes internacionales? <u>Facilitadores interculturales:</u> ¿Cuáles fueron los principales problemas que usted tuvo para comenzar a trabajar? ¿Cuáles fueron las ventajas o situaciones que favorecieron el que usted comenzará a trabajar acá? <u>Migrantes internacionales:</u> ¿Cada vez que usted ha necesitado la ayuda de un facilitador intercultural, él ha podido estar presente?</p>
<p>Establecer, a partir de los objetivos anteriores, recomendaciones de buena práctica para facilitadores interculturales para población migrante internacional en la atención pública de salud primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago, en el marco de la política nacional de salud de inmigrantes en Chile.</p>	<p>Buena práctica para atención de migrantes</p>	<p>Recomendaciones para la incorporación de facilitadores interculturales.</p>	<p><u>Referentes y trabajadores salud:</u> ¿Qué recursos cree usted que necesita la institución para brindar una mejor atención a migrantes internacionales? Bajo su experiencia, ¿Considera valiosa la presencia de un facilitador intercultural para la atención de salud de migrantes internacionales? ¿Qué recomendaciones podría dar para la implementación/llegada de facilitador intercultural a comunas que aún no tienen? <u>Facilitadores interculturales:</u> ¿Qué recursos cree usted que necesita la institución para brindar una mejor atención a migrantes internacionales? ¿Qué recomendaciones podría dar para la implementación/llegada de facilitador intercultural a comunas que aún no tienen? <u>Migrantes internacionales:</u> ¿Qué cosas valora usted dentro del centro de salud para la atención de salud de migrantes? ¿Qué cosas cree usted que debería tener el centro de salud para dar una mejor atención a los migrantes/haitianos?</p>

*En investigación cualitativa, el foco de estudio es similar a la variable cuantitativa, que luego se puede dividir en torno a temáticas o a categorías/códigos específicos.

Anexo N°10: Acta aprobación de estudio por Comité Ético Científico Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO - UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO
CENTRO DE BIOÉTICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE APROBACIÓN

2018-68

Santiago, 13 de septiembre de 2018

Investigador responsable: **Matrona Camila Sepúlveda**

Institución: **Tesis de Magíster en Gestión y Políticas Públicas**
Universidad de Chile

Proyecto: **Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago**

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

- 1) Proyecto: "Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago". Protocolo versión 2, fecha 12 de septiembre de 2018
- 2) Documento de Consentimiento Informado para participantes en español y creol
Documento de Consentimiento Informado Institucional
- 3) Currículum vitae del investigador principal: Camila Sepúlveda Astete
- 4) Materiales a utilizar: Información Demográfica de participantes; Pauta de entrevista semiestructurada

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

- Evaluación riesgo/beneficio: Se trata de un estudio que pretende explorar el rol que cumplen los facilitadores interculturales durante la atención de salud a personas inmigrantes en centros de salud primaria y secundaria en las comunas de Quilicura y Santiago.

Riesgos: es una investigación con riesgo mínimo, sobre todo para los participantes migrantes internacionales en cuanto a la confidencialidad y privacidad de la información que aporten.

Consiste en el análisis de entrevistas semiestructuradas sobre la percepción en torno al rol de los facilitadores interculturales de cuatro grupos de actores clave (trabajadores de salud en atención



primaria y secundaria, migrantes internacionales, autoridades sanitarias o referentes de migración/promoción y facilitadores interculturales.

Beneficios: reconocer la utilidad que prestan estos facilitadores interculturales, las barreras y facilidades, así como proponer recomendaciones de buena práctica para los facilitadores

- Existe protección a los participantes en cuanto a:
 - a. Población vulnerable.
 - b. Libertad para participar.
 - c. Confidencialidad.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto en y, por ende, otorga su aprobación en centros de atención primaria y secundaria de las comunas de Santiago y Quilicura. Esta aprobación tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de emisión de este documento (13 de septiembre de 2018).

El comité solicita que el investigador:

- Utilice los formularios de Consentimiento Informado aprobados y timbrados por este Comité

Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.

Dr. Marcial Osorio
Presidente
Comité Ético Científico

Fga. M Bernardita Portales
Secretaria Ejecutiva
Comité Ético Científico



Anexo N°11: Acta aprobación de estudio por Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
Teléfono: 25746958.5743520
ESR/CGNS/matv
(Acta N°112/01 N°750/2018)

CERTIFICADO

DR. EMILIANO SOTO ROMO, en calidad de Presidente del Comité Ético-Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Central, constituido por resolución exenta N°1303 de fecha 26 de septiembre del 2002 de la Dirección de dicho Servicio y Re-Acreditado por la SEREMI-RM mediante Resolución N° 009455 del 04 de Mayo del 2018, certifica que en sesión expedita del día 27 de Septiembre de 2018 el CEC SSMC, acusa recibo de carta fechada y recibida el 27 de Septiembre del 2018, de la candidata a Magister en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile presentada por la **Matrona Camila Andrea Sepúlveda Astete**, investigadora principal del protocolo: **“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la RM: Quilicura y Santiago”** que se desarrollará en el Hospital Clínico San Borja Arriarán ubicado en Santa Rosa 1234, Santiago, RM, y en un CESFAM de la comuna de Santiago, donde el rol de docente guía lo ejercerá la Directora del Programa de Estudios Sociales en Salud- ICIM de la Universidad del Desarrollo. En esta oportunidad la investigadora remite para análisis y aprobación la nueva versión del Consentimiento informado con los cambios solicitados por el CEC-SSMC mediante el certificado de plenaria N°84 del año 2018.

- Consentimiento informado en castellano y en Creole versión 2, fechado el 17 de Agosto del 2018. Documento foliado de 04 páginas.

Luego de la presentación y la lectura de los documentos, considerando los criterios relevantes en el análisis de protocolos: utilidad social, validez científica, investigador idóneo, relación riesgo–beneficio favorable, selección equitativa de las personas, protección a la confidencialidad y la utilización de consentimiento informado, **el CEC-SSMC decide aprobar:**

-Protocolo del estudio **“Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la RM: Quilicura y Santiago”**, versión 2, fechado el 12 de Agosto del 2018. Documento foliado de 45 páginas, que incluye anexos apéndices: Pauta de entrevista semi estructurada, Información Demográfica de participantes, Consentimiento informado en castellano y en Creole y Consentimiento informado Institucional.

-Consentimiento informado en castellano versión 2, fechado el 17 de Agosto del 2018. Documento foliado de 04 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

- Pauta de entrevista semi estructurada sin versión ni fecha. Documento sin foliar de 02 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

- Información Demográfica de participantes sin versión ni fecha. Documento sin foliar de 02 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

Se recuerda a los investigadores que:

- La validación ética dura un año y que de acuerdo a la actual normativa, el investigador tiene la responsabilidad en comunicar al CEC, todo lo relacionado con el estudio: modificaciones, enmiendas, eventos adversos, desviaciones, suspensión del estudio, **término del estudio**, cierre del sitio, etc.

- **Para los estudios que duren menos de un año**, los investigadores tienen el compromiso de hacer llegar el informe de término de la investigación.

- El CEC-SSMC tiene la facultad de realizar visitas en terreno a los sitios de investigación, como parte del seguimiento de los estudios. De acuerdo a la normativa vigente, dichas visitas se avisarán con al menos 48 horas de antelación.

Para ingresar las nuevas versiones de documentos, se solicita a los investigadores hacer llegar:

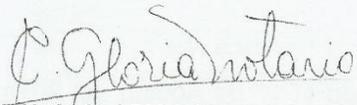
- Carta conductora dirigida al Dr. Emiliano Soto Romo, solicitando la aprobación, (traer en duplicado).

- Fotocopia del presente certificado lo que permitirá facilitar el análisis y acortar los tiempos de respuesta.

- 02 ejemplares de cada documento a analizar, los cuales se someterán a revisión expedita con la asistencia de un reducido número de miembros. Los documentos deben venir impresos por ambos lados de sus hojas y dejando espacio para la correspondiente validación por parte del CEC-SSMC, donde firma, fecha y timbra cada una de las páginas que lo componen.

Se adjunta copia de carta enviada por la investigadora, firmada, fechada y timbrada

La sesión expedita de fecha 27 de Septiembre de 2018, contó con la presencia de: Sra. C. Gloria Notario Sánchez y Dr. Emiliano Soto Romo.


E.U. C. GLORIA NOTARIO SANCHEZ
SECRETARIA EJECUTIVA CEC

SANTIAGO, 2018
Dirección Servicio de Salud Metropolitano Central
Victoria Subercaseaux #381, Santiago, Chile





DR. EMILIANO SOTO ROMO
PRESIDENTE CEC
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

Anexo N°12: Acta aprobación de estudio por Comité de la Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte



Dirección
Comité de Ética de la Investigación del
Servicio de Salud Metropolitano Norte
CARTA N°062/2018
Dr. CNC/lcc

Santiago, octubre 10 de 2018

Srta. Camila Sepúlveda Astete
Matrona
Tesis de Magister en Gestión y Políticas Públicas
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Universidad de Chile
Presente

Ref.: Proyecto de Investigación: "Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago".

Estimada Srta. Sepúlveda:

Por medio de la presente acuso recibo de su carta de fecha 01 de octubre de 2018 por la cual solicita revisión y aprobación del proyecto de la referencia.

Este proyecto cuenta con la Aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central y de Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, ambos Acreditados por la SEREMI RM, por lo que de acuerdo al Art. 10 del Reglamento de la Ley 20.120 solo requiere de la revisión y aprobación por parte de la autoridad local, en este caso, del Hospital San José.

Por su parte, este Comité adhiere a la Aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central y Clínica Alemana.

Esta aprobación quedará registrada en el Acta de la próxima sesión ordinaria de este Comité.

La saluda atentamente,


CEI-SSM NORTE
Organismo Asesor de la Dirección
Servicio de Salud
Metropolitano Norte
DR. CARLOS NAVARRO COX
PRESIDENTE - CEI-SSMN

Calle San José, 1053,
Independencia, Santiago, Chile
lorena.carrasco@redsalud.gov.cl
Fono (56-2) 2575 8506
www.ssmn.cl