

Artículo Original / Original Article

Barreras en la consulta nutricional en atención primaria a personas migradas internacionales. Perspectiva de nutricionistas

Barriers for nutritional attention in the primary care setting among migrants. The perspective of nutritionists

Patricia Gálvez¹. <https://orcid.org/0000-0001-7147-7058>
Alicia Arias-Schreiber^{2,4}. <https://orcid.org/0000-0003-4944-9485>
Carolina Carstens^{3,4}. <https://orcid.org/0000-0002-4784-6842>
Daniel Egaña^{2,4*}. <https://orcid.org/0000-0001-7877-0513>

1. Department of Nutrition, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile.
2. Department of Primary Care and Family Health, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile.
3. Department of Research and Technology, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile.
4. Migration and Health Working Group, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago Chile.

*Dirigir correspondencia: Daniel Egaña Rojas.
Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile,
Gran Avenida 3100, San Miguel, Santiago, Chile.
Email: degana@uchile.cl

Este trabajo fue recibido el 28 de septiembre de 2020.
Aceptado con modificaciones: 22 de diciembre de 2020.
Aceptado para ser publicado: 06 de enero de 2021.

RESUMEN

La migración internacional ha aumentado exponencialmente en Chile, lo que ha representado un desafío para el sistema de salud. El presente estudio transversal exploratorio, de metodología cualitativa y abordaje multidisciplinario, busca describir barreras y dificultades en la consulta nutricional a personas migradas, desde la perspectiva de profesionales nutricionistas de los centros de salud familiar de una comuna de la Región Metropolitana; dada la relevancia de la Atención Primaria en el sistema de salud nacional, y la particularidad de la alimentación, que conjuga valores nutricionales relacionadas con la salud, así como aspectos simbólicos significativos para las personas, posicionando a las nutricionistas en un escenario donde buscan mantener un estado nutricional óptimo en una población culturalmente diferente. Se realizaron once entrevistas a nutricionistas, las cuales fueron codificadas y analizadas temáticamente, identificando cuatro ejes narrativos de barreras y dificultades: escasez de recursos en la atención de una demanda poblacional creciente, problemas lingüísticos de comunicación (idiomáticos y dialectales), desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario chileno por parte de los/as usuarios/as migrados/as, y divergencia de prácticas y concepciones sanitarias entre migrados/as y nutricionistas. Del estudio se concluye que la atención nutricional con el usuario/a migrante internacional es compleja y se debe considerar abordar los temas antes mencionados al momento de generar respuestas institucionales de atención, programas y políticas enfocadas en la atención al usuario/a migrante internacional, de manera de lograr una promoción auténtica y pertinente de hábitos alimentarios saludables y el mantenimiento del Efecto Migrante Sano.

Palabras clave: Atención Nutricional; Barreras; Chile; Investigación cualitativa; Migración internacional.

ABSTRACT

International migration has increased exponentially in Chile, which has represented a challenge for the health system. Using qualitative methods and a multidisciplinary approach, this cross-sectional exploratory study seeks to describe barriers and difficulties for nutritional care for migrants from the perspective of nutritionists who work in health centers in a neighborhood of the Metropolitan Region of Chile. Given the relevance of primary care in the national health system and the particularity of food, which combines nutritional values related to health, as well as significant symbolic aspects for people, nutritionists are positioned to encourage optimal nutritional status in a culturally different population. Eleven interviews were conducted with nutritionists. The transcribed interviews were coded and analyzed thematically, identifying four narrative axes of barriers and difficulties: lack of resources for a growing population demand, linguistic communication problems (idiomatic and dialect), lack of knowledge about the functioning of the Chilean health system by migrants, and divergence of health practices and conceptions between migrants and nutritionists. The study concludes that nutritional care with international migrants is complex. The concerns mentioned above should be addressed when generating institutional responses of care, or creating programs and policies focused on the care of international migrants to achieve an authentic and pertinent promotion of healthy eating habits and the maintenance of the Healthy Migrant Effect.

Keywords: Barriers; Chile; International migration; Nutritional attention; Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

En la década pasada, Chile se consolidó como el principal receptor de población migrada de la región. A diciembre de 2019, la población extranjera en el país alcanzaba la cifra de 1.492.522 personas, las que se concentrarían en el rango etario de 25-34 años (34,8%) y habitarían principalmente en la Región Metropolitana, encontrándose en ésta el 59,4% del total¹. Las nacionalidades más representadas corresponden a venezolanos/as (30,5%), peruanos/as (15,8%), haitianos/as (12,5%), colombianos/as (10,8%) y bolivianos/as (8%), agrupando el 77,6% del total de la población extranjera residente en Chile¹.

Las variaciones demográficas asociadas a la migración han producido desafíos para la Atención Primaria en Salud (APS), lugar de primer contacto en el sistema de salud chileno. Además de las dificultades técnico-administrativas, destacan las tensiones derivadas del desconocimiento intercultural, prejuicios raciales y culturales, entre otras^{2,3,4,5}. Estos elementos repercuten directamente en la atención en salud y el proceso salud/enfermedad/atención de las personas migradas⁶, a pesar de los avances normativos en el país en materia de salud de esta población.

La Estrategia Nacional de Salud 2010-2020, en su Objetivo Estratégico 5, plantea la superación de inequidades en salud enfocándose en mejorar el acceso a la salud de las personas migradas⁷, lo que a su vez fue abordado con la elaboración de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en el 2018⁸. Se ha planteado la relevancia de la APS en la implementación de esta Política y en el desarrollo de encuentros de salud interculturales en el sistema de salud chileno⁸, ya que éste se articula en redes basadas en atención primaria. Sumado a lo anterior, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en APS, establece el enfoque intercultural como elemento central⁹, lo que requiere la incorporación de estrategias con pertinencia cultural, en que las acciones en salud estén adecuadas a los requerimientos, necesidades y características

del/la usuario/a y su cultura⁹. Por ello, se consideró relevante desarrollar el estudio en APS.

Dentro del proceso salud/enfermedad, la alimentación ocupa un lugar central en todas las poblaciones. En el caso de la población migrada, esto podría tener más relevancia aún, pues no solo afecta al estado salud nutricional de los/as individuos/as, sino que además articula un imaginario que los/as vincula con sus comunidades de origen. En este sentido, la alimentación y nutrición pone en juego, además de temas propiamente sanitarios, elementos simbólicos de identidad que se traducen en una cultura alimentaria particular. De esta forma, la atención nutricional de la población migrada en APS, debiese tratar de equilibrar el respeto por la cultura alimentaria, con aspectos nutricionales necesarios para mantener un estado nutricional y salud óptimos. Así, la consulta nutricional se convierte en un escenario más desafiante, en donde las y los nutricionistas se ven en la necesidad de identificar y comprender los patrones culturales de alimentación de la población migrante, para poder dar recomendaciones adecuadas y pertinentes, considerando que la consulta nutricional está contemplada en todos los programas de ciclo vital, especialmente en los procesos de salud materno-infantil, donde se ha incrementado la atención a usuarias migradas y sus hijos/as, en la medida en que presentan mayor tasa de natalidad que las usuarias nacionales¹. En este contexto, este estudio se propone como objetivo describir barreras y dificultades en la consulta nutricional a personas migradas, desde la perspectiva de profesionales nutricionistas de una comuna de la Región Metropolitana, con el propósito final de contribuir a la comprensión y disminución de desigualdades en salud de esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El estudio fue transversal de carácter exploratorio, con la utilización de metodología cualitativa y abordaje

multidisciplinario. Se seleccionó la metodología cualitativa dado que se requería un entendimiento profundo de las percepciones de los/as participantes en torno al fenómeno de estudio^{10,11,12}. El protocolo de investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Se solicitó la firma de consentimiento informado a todos/as los/as participantes, antes de recolectar cualquier información.

Participantes

Se invitó a participar a la totalidad de nutricionistas que trabajan en centros de APS, que incluye a cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM) de una comuna de la zona central de la Región Metropolitana. Se trabajó con esta comuna, debido a que representa una de aquellas donde habita más población migrada, presentando una alta tasa de atención en el sistema público de salud¹³.

Las y los nutricionistas debían contar con al menos un contrato de 22 horas y haber trabajado con población migrada, ya sea adulta o infantil. La totalidad de los y las nutricionistas de la comuna cumplieron con los criterios de inclusión (n= 11:10 mujeres y 1 hombre), y todos/as aceptaron participar en el estudio. Por ser una muestra predominante femenina, nos referimos a sus integrantes como entrevistadas o las nutricionistas de aquí en adelante en el texto, pero se debe tener en consideración que en ésta existe la presencia de un nutricionista masculino.

Las nutricionistas eran de nacionalidad chilena, con experiencia en APS de entre 1 y 24 años. Todas las nutricionistas indicaron no recordar cursos específicos en el tema durante el pregrado; 5 de los 11 nutricionistas indicó haber participado en un curso de capacitación en el tema de migración internacional.

Recolección de la información

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, basadas en un guion elaborado a partir de la literatura sobre competencias culturales, alimentación y nutrición en población migrante, y atención en salud en esta población. De esta literatura, el grupo de investigadores obtuvo conceptos, experiencias, problemáticas, entre otras temáticas de interés para investigar, dado el incremento de la población migrante internacional, y su posible contribución en la respuesta a la pregunta de investigación. El trabajo de campo fue realizado por tres de los/as cuatro investigadores, consistente en un antropólogo, una socióloga, y una médica de APS. La ejecución de este trabajo se realizó entre abril y noviembre de 2018.

Análisis de datos

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las transcripciones fueron realizadas por personal independiente del equipo de investigadores. Las narrativas obtenidas fueron analizadas mediante análisis temático¹⁴. Para éste, los/as cuatro investigadores/as (antropólogo, socióloga, nutricionista

y médica de APS) realizaron una codificación inicial con una muestra aleatoria de documentos¹⁵, utilizando un enfoque inductivo, es decir, sin la utilización de un modelo preconcebido de códigos o conceptos¹⁶; estos códigos iniciales fueron discutidos por el equipo de investigación, para que luego, uno de los investigadores generara un libro final de códigos. El mismo equipo codificó la totalidad de los documentos, utilizando este libro final de códigos, realizando reuniones periódicas, cada dos a tres semanas dependiendo del grado de avance, para revisarlos, así como discutir la inclusión de nuevos códigos. Una vez finalizado, los códigos fueron agrupados en categorías, de acuerdo a la definición de estos códigos, así como de las similitudes entre ellos, para luego ir revisándolas, y así tomar la decisión de cuáles podría generar los temas. El tema presentado en este artículo, representa uno de los encontrados en el análisis total de los discursos de las participantes. La organización de la información y el análisis se llevaron a cabo usando el software Atlas.ti 8.1 (Cleverbridge, Inc. Cologne, Alemania). Citas ejemplificadoras se presentan en la sección de resultados, utilizando códigos para identificar el origen de la cita.

RESULTADOS

De la categorización de las narrativas de las nutricionistas de APS de una comuna del SSMC, emergieron cuatro temas relacionados con barreras que se encuentran en la atención nutricional a población migrada. El primero de ellos remite al reconocimiento de carencia de recursos físicos y humanos para responder al nuevo escenario poblacional en los dispositivos de salud. Un segundo tópico se relaciona con las diferencias lingüísticas entre funcionarios/as y usuarios/as, remitiendo a la complejidad que implica y las estrategias que las nutricionistas articulan para su abordaje. Un tercer tema identificado refiere a la percepción que tienen las/os nutricionistas de desconocimiento del sistema de salud chileno por parte de los/as usuarios/as migrados/as. Finalmente, el cuarto tema que emerge de las narrativas, tiene relación con la diversidad de prácticas y concepciones en salud que las poblaciones migradas traen consigo. Un resumen esquemático de los temas emergidos, se puede observar en la figura 1, donde los cuatro temas son agrupados en dos núcleos que organizan las barreras y dificultades: por una parte, la respuesta de la APS frente al aumento de la demanda por parte de población migrada y, por otra, las diferencias de culturas sanitarias entre las nutricionistas y las personas migradas.

a) Escasez de recursos del sistema para responder al nuevo escenario poblacional

Las entrevistadas identifican como una de las principales barreras que intervienen en la atención nutricional, la escasez de recursos frente al aumento en el número de usuarios/as, el que refieren como repentino. Perciben que la migración produjo un "colapso", en la ya limitada capacidad de respuesta que tenía el sistema en la comuna,

pues no hubo un incremento de recursos humanos, infraestructura e insumos que acompañara el exceso de demanda en salud. Una entrevistada indicó:

“El problema está en que, desgraciadamente, ha aumentado justamente la población [...] y no aumentan los profesionales, y se mantiene la misma infraestructura, entonces por ahí –de alguna manera– efectivamente sí se ve resentido el sistema, porque hay menos horas en todos los aspectos; bueno, los recursos van a llegar igual, pero la infraestructura para nosotros es limitada y somos los mismos profesionales que nos mantenemos por años y la población sigue aumentando” (Entrevista 5).

Aun cuando las entrevistadas reconocen que la dificultad de cubrir la demanda de la población es un problema de larga data en el sistema de salud chileno, el arribo de poblaciones migradas ha significado una agudización de éste, percibiendo que la atención a estos colectivos puede haber desplazado a la población que antes se atendía. Esta tensión es resuelta (y conceptualizada) por una entrevistada desde la noción de una “sobrevivencia” del personal

sanitario y del sistema, mediante la actuación mecánica.

“En verdad, yo creo que hemos ido sobreviviendo, yo creo que podríamos estar mejor preparados, pero yo creo que sólo hemos sobrevivido. Como que llegaron y hay que recibirlos ¿entiendes?; yo creo que es más como sobrevivencia, todos hemos tratado de ir aprendiendo, de ir adaptándonos [...] El sistema ha ido sobreviviendo” (Entrevista 11).

El principal recurso de apoyo adicional que identifican, es la incorporación de facilitadores de *creole*. Sin embargo, su presencia es considerada escasa e insuficiente para cubrir la demanda:

“En este CESFAM no tenemos facilitador. Había un facilitador [...] que apoyaba a los otros [centros] pero, por ejemplo, a veces él no te puede apoyar porque está atendiendo allá o está con otras cosas. Entonces, traerlo para acá igual es complejo por el traslado, como te digo, este [CESFAM] igual queda a trasmano, entonces yo igual he estado con él, pero muy poquitas veces, unas dos veces, no más” (Entrevista 2).

b) *Diferencias lingüísticas con las poblaciones migradas*

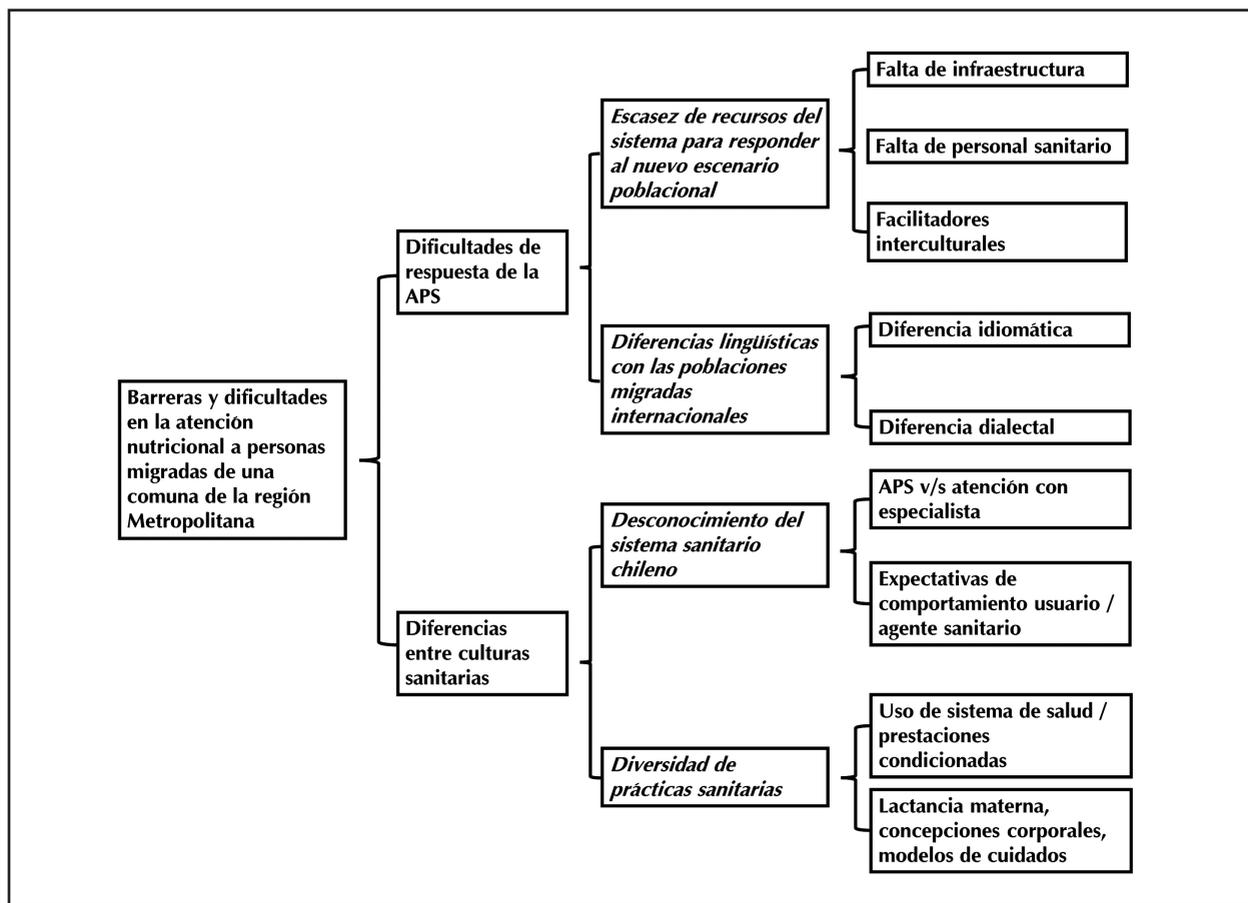


Figura 1: Esquema de resumen de temas y subtemas sobre barreras percibidas en la atención nutricional.

internacionales

Un segundo nodo identificado por los/as nutricionistas como barrera, son las diferencias lingüísticas con las nuevas poblaciones que se atienden. Este tema posee distintos niveles de complejidad, donde el mayor se produce con la población haitiana que se comunica exclusivamente en *creole*, pero también se expresa en poblaciones castellanohablantes cuyas diferencias dialectales intervienen en la comunicación clínica.

La barrera lingüística que expresa la comunicación en *creole* por parte de la población haitiana, representa en primer lugar, un cuestionamiento al modo habitual en el que se realiza la anamnesis alimentaria y nutricional, así como la entrega de indicaciones. Las nutricionistas expresan incertidumbre ante la posibilidad de que la comunicación no sea efectiva, indicando que el problema no se restringe solo a la consulta, sino que termina por afectar sistémicamente a todas las interacciones con el dispositivo de salud. Así, una entrevistada señala,

“Más que con los migrantes en general, con los haitianos, porque como te digo, está ahí el gran problema que es la barrera idiomática, cómo le explico a esta persona que tiene que ir a retirar un medicamento, cómo le explico que tiene que retirar la leche, cómo le explico que la guagua se tiene que vacunar, cómo le explico que tiene que venir al siguiente control; entonces eso es muy complejo y eso genera un estrés en todos, en el que da la hora, en el que entrega el alimento, en el clínico, entonces te atrasas porque [...] algo que lo puedes resolver en media hora te demoras una hora, una hora y media” (Entrevista 2).

La percepción que poseen algunas nutricionistas en relación al desinterés de la población haitiana en adquirir suficiencia en el castellano, puede reforzar emociones negativas y limitar su voluntad de involucramiento en la superación de esta barrera. En este escenario, las nutricionistas nuevamente recalcan la necesidad de la presencia del interlocutor idiomático.

Si bien, la barrera lingüística del *creole* es percibida como una dificultad que acentúa las complejidades extensibles a cualquier usuario/a, adquiere una dimensión crítica cuando a esta se sobreponen diferencias en la cultura alimentaria, complejizando la atención. Por ejemplo, una nutricionista indica:

“En general, pasan de la lactancia materna a esta sopa que te contaba. Como que no hay mucho como de usar mamadera o usar fórmula láctea. Entonces cuesta bastante eso, que te entienda cómo se prepara, entre la barrera idiomática y todo es como bien complicado, pero es una costumbre al parecer” (Entrevista 4).

Las diferencias lingüísticas con las poblaciones migradas se presentan como una barrera menos compleja cuando éstas remiten a dialectos del español. A diferencia de lo que sucede con la población haitiana, en caso de poblaciones hispano hablantes, las nutricionistas asumen un rol más activo en la disminución de la brecha. La estrategia más común consiste en incorporar algunas

palabras de la comunidad que se atiende, como los nombres de los alimentos que son buscados en internet por las nutricionistas al momento de la atención, agilizando los tiempos de atención.

Esta utilización del habla migrante no se limita solo a lo alimentario, sino que también se extiende al sistema métrico, que en algunos países latinoamericanos corresponde al anglosajón. En esta práctica, el tránsito hacia el campo cultural ajeno se utiliza como un mecanismo de encuentro en miras a la normalización. Así una entrevistada menciona,

“Ellos hablan en onzas, nosotros hablamos en mililitros, entonces ya como que uno [...] como que le hablo en onzas ya de una. Antes les explicaba, pero ahora: onzas, pero acá hablamos en mililitros, como que intento igual introducirlos, porque no todo el mundo va a saber, como que yo igual intento en los controles que ellos de a poco vayan hablando en nuestro dialecto, que igual es diferente, para que los entiendan también en todos lados”. (Entrevista 4).

En sus esfuerzos por incorporar palabras y conceptos de los orígenes migrados, las nutricionistas reconocen que una fuente privilegiada de aprendizaje en las prácticas culturales del otro, proviene justamente de las personas que atienden. Es importante destacar que esta apertura al habla del otro, no necesariamente implica un cuestionamiento a la particularidad de la cultura propia, siguiendo la lógica de la normalización del/la migrado/a en la cultura local.

En este sentido, la brecha lingüística frente a poblaciones migradas con diferencias dialectales, se transforma en un trayecto de aprendizaje mutuo. Así, las nutricionistas reconocen que el trabajo con los/as usuarios/as que recién ingresan al sistema es más difícil y lento, y que éste se va agilizando con los controles sucesivos.

c) Desconocimiento del sistema sanitario chileno

Las nutricionistas entrevistadas reconocen como una importante barrera a la atención en salud, el desconocimiento del sistema de salud chileno que le atribuyen a la población migrada. Esto se produce, principalmente, en los puntos en que el sistema chileno difiere con los sistemas de sus países de origen. Un punto recurrentemente verbalizado se relaciona con la demanda de atenciones por especialistas en el nivel primario, principalmente entre la población venezolana. Para las nutricionistas, esto reflejaría una dificultad en comprender cómo funciona el sistema público en Chile, basado en atención primaria, frente a otros modelos de organización de la atención.

“Quieren especialistas, sí. Por lo que entiendo, en su sistema de salud que era más bien como privado, ellos asistían al especialista que necesitaban, no era acá como la idea de la atención primaria de un médico general que resuelve y si no puede resolver, deriva. Entonces ellos vienen con la idea de: «quiero oftalmólogo, quiero ginecólogo», entonces ahí uno tiene que explicarle cómo funciona el

sistema, y que si es necesario se lo deriva a especialista, entonces ahí entienden". (Entrevista 10).

Otra dimensión que adquiere el desconocimiento del sistema sanitario chileno no remite a la organización, sino a las prácticas esperadas por las nutricionistas que debiesen adoptar los/as usuarios/as en torno al cumplimiento de normas del sistema. Esta relación entra en tensión con lo que de facto realizan, desconcertando a las profesionales. Por ejemplo, una entrevistada menciona:

"Con las personas que vienen de Haití, yo siento que les cuesta mucho cumplir con los horarios, les cuesta más como la parte como administrativa, claramente por el lenguaje también; yo creo que si habláramos el mismo idioma, entenderían cómo funciona y entenderían que tienen que llegar a una hora o que hay días para pedir las horas o qué sé yo, que si uno viene de afuera yo me imagino que es muy difícil de entender de verdad. Entonces, eso es como lo que yo he visto. Ahora, yo siento que igual hay que seguir normando más, por ejemplo, llegan sin vacunas acá y sin saber qué vacunas tienen. Porque uno puede decir: «ok, pongámosle las vacunas que les faltan», pero saber qué es lo que tienen, hay vacunas que no se pueden poner dos veces en la vida". (Entrevista 4).

Si bien estas tensiones entre el sistema de atención en salud y las expectativas de usuarios/as y funcionarios/as se distribuyen en las distintas nacionalidades que componen la población migrada a Chile, las entrevistadas coinciden en que las poblaciones de migración más antiguas, se han aculturado al sistema chileno.

Diversidad de prácticas sanitarias

Por último, las entrevistadas reconocen que existen concepciones y prácticas dentro de la población migrada que difieren de aquellas consideradas normales en Chile. En este sentido, las barreras abren –entre las nutricionistas– una cierta percepción sobre la diversidad cultural. Un ejemplo de ello gira en torno a barreras o dificultades asociadas a la lactancia materna y las clínicas de lactancia. Si bien este es un tema extensible a población nacional, la explicación es construida a partir de la diversidad cultural.

"Estoy viendo hartito lo que son las clínicas de lactancia, recién nacidos, eso es como lo fuerte, porque culturalmente, yo por lo que veía (mira, yo trabajaba anteriormente como paramédico entregando el alimento abajo), y lo que notaba mucho era que muchas mamás [haitianas] no querían dar pecho, no querían dar leche; y eso yo lo he visto que ha cambiado un poco la mentalidad de ellas, que dentro de sus hábitos, su cultura, quizás no era algo necesario o importante para ellas entregar leche". (Entrevista 3).

Otro ejemplo de la divergencia de prácticas sanitarias se vincula al uso del sistema de salud ejercido por la población migrada. El sistema chileno y su atención primaria, suponen un disciplinamiento de las prácticas y los cuerpos, anclados en una matriz de cuidados de acentuada medicalización, estructurada en prestaciones condicionadas como las del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y su

supeditación a la asistencia de controles de salud del niño/a. Cuando estas prácticas no son asumidas por las personas migradas, es leído por las entrevistadas como una menor preocupación por su salud.

"La población haitiana no tiene como tan internalizado la importancia de la salud, entonces hay muchos de ellos que por ejemplo consultan porque no sé, tienen una dolencia, por decirte, después no aparecen más, o sea, no tienen el concepto de que existe un calendario de controles donde hay que traer a los niños todos los meses, incluso hay muchos de ellos que tampoco escolarizan a sus hijos porque en su país no está tampoco internalizado eso que los niños tienen que estar escolarizados". (Entrevista 5).

Finalmente, la variabilidad corporal abre también una línea de comprensión de lo distinto en tanto modos culturales diversos. Por ejemplo, en la definición de qué es tener exceso de peso, las autoconcepciones del cuerpo de las usuarias migradas posibilitan que las nutricionistas reflexionen críticamente sobre los límites normativos (peso normal, sobrepeso) que establece la biomedicina. Como muestra la siguiente cita, la normalidad corporal difiere entre distintas nacionalidades

"Las dominicanas se sienten súper bien con su peso, robustas, "a mí me mandaron acá porque estoy sobrepeso" me dicen, con un índice de masa de 27, 28... Y ellas dicen "¿me mandaron por sobrepeso? Y bueno, yo vine por cumplir", y yo les explico que claro, técnicamente sobre 25 estamos con sobrepeso pero "y usted, cómo se siente" – "aquí en Chile, flaca, yo pesaba más, pesaba 90 y ahora bajé, pero en mi país yo no estoy gorda, o sea las mujeres de allá son robustas". (Entrevista 8).

DISCUSIÓN

El presente estudio presenta elementos relevantes acerca de las barreras identificadas por nutricionistas, que intervienen en la consulta nutricional con población migrante internacional, en centros de atención primaria en una comuna de la Región Metropolitana. Si bien la información recabada por este estudio es referida a una disciplina en particular, como lo es la nutrición, ésta podría extrapolarse a otras profesiones que se desempeñan en APS. De tal manera, este estudio hace visible una serie de problemáticas necesarias de abordar por quienes toman decisiones en salud, de manera de disminuir las brechas de atención en salud en esta población.

Como ya indicamos, desde el punto de vista de las nutricionistas, las barreras encontradas pueden organizarse en dos niveles (Figura 1). Por una parte, las entrevistadas reconocen un núcleo problemático que radica en las dificultades de respuesta que posee la APS frente a la llegada masiva de personas migradas internacionales. Este nivel abarca, en primer lugar, el reconocimiento de una escasez de recursos del sistema, en tanto falta de facilitadores interculturales, y la necesidad de adecuar cuantitativamente tanto el número de profesionales como la infraestructura y los recursos. Ante esto, un estudio similar previo realizado en

Chile, concluyó que esta falta de recursos para la atención podría explicarse porque muchas de las personas migradas que se atienden no poseerían RUT, lo cual anteriormente se asociaba a no encontrarse afiliados a FONASA y no pertenecer a la población validada por esta entidad para la transferencia del financiamiento percapitado a los centros de salud². Esta dificultad debiera estar en gradual superación desde el Decreto N°67 del 2016, que considera la categoría de persona migrada indocumentada con escasez de recursos, como cuarta causal de afiliación a FONASA, subsanando así el contraincentivo administrativo que suponía la inscripción de esta población en los establecimientos de APS¹⁷. Esta percepción de carencias de recursos para la atención del/la usuario/a migrante internacional, ha sido descrita en otras partes del mundo, en donde se ha indicado un aumento de la carga de trabajo para los profesionales, que se produce por un inadecuado número de recurso humano e incapacidad institucional para solventar la carga de nuevos/as usuarios/as¹⁸. En el ámbito particular de las nutricionistas, en Chile no hay datos sobre la adecuación de recursos humanos nutricionista en APS. Un estudio de 2015 planteaba que a nivel hospitalario había un déficit del 57%¹⁹, lo cual no es extensible a la APS, ya que cada territorio determina su requerimiento en base a la población a cargo y características epidemiológicas, entre otras²⁰.

Corresponde también a este nivel la dimensión lingüística, que incluye la barrera que presentan los idiomas diferentes, pero también las distinciones dialectales del castellano y el uso de sistemas métricos diversos. Se reconoce la diferencia idiomática como una mayor complejidad para la atención, respecto de la diferencia dialectal. Sobre esta última, se despliegan estrategias efectivas de abordaje en lo que se interpreta como una menor distancia percibida hacia otras nacionalidades hispanoparlantes, a través de semejanzas lingüísticas y culturales, aunque no debe obviarse el rol de las actitudes relacionales a los colectivos racializados. Las dificultades comunicacionales han sido descritas en otros países con alto nivel de migración internacional^{21,22,23}, siendo abordadas a través de los servicios de intérpretes²⁴ o de trabajadores comunitarios de la salud²⁵. Si bien la incorporación de facilitadores/as lingüísticos/as ha venido ocurriendo en Chile, la ausencia de un rol definido dentro de la normativa laboral del sistema de salud chileno y de lineamientos técnicos sobre cómo ejercer esta labor, además de la limitación de recursos para garantizar la suficiencia de jornadas necesarias, pueden significar una superación parcial de esta barrera²⁶. Aunque no todos los países incluyen nutricionistas en la APS, es habitual que los equipos de salud problematizan la alimentación de la población migrada. Intervenciones culturalmente adaptadas de estilos de vida saludables y hábitos alimentarios han demostrado ser más efectivas en los resultados cardiometabólicos de población de riesgo de diabetes tipo 2²⁷.

Un segundo nivel de barreras identificadas por las nutricionistas puede ser categorizado como producto de las diferencias que existen entre la cultura sanitaria chilena

y las diversas culturas sanitarias que traen las personas migradas internacionales. En este nivel operan dos grandes tópicos, que pueden ser entendidos como elementos simétricamente inversos. Por una parte, las entrevistadas indican que existe un desconocimiento por parte de las personas migradas sobre cómo opera el sistema público de salud chileno, lo cual entra en conflicto y tensión con los saberes que traen sobre los sistemas de salud de sus países de origen. El conocimiento acerca de cómo funciona el sistema de salud del país donde los usuarios/as migrantes residen ha sido considerado como fundamental para el cuidado integral, para lograr la alfabetización en salud y darle continuidad al cuidado²⁸.

Por otra parte, de forma especular, hay una serie de prácticas sanitarias (concepciones corporales, modelos de cuidado, patrones de lactancia, alimentación complementaria, etc.) de las personas migradas internacionales, que entran en conflicto con el modelo disciplinario del sistema de salud chileno. Similarmente, en el estudio previo en Chile realizado a profesionales de la salud, también se destaca el tema nutricional como ejemplo de prácticas sanitarias por parte del usuario/a migrado/a que no se corresponde con las concepciones de salud que poseían los profesionales, destacando la alimentación de recién nacidos y lactantes². Hay que destacar que en algunos casos –como en la diversidad en las concepciones corporales– esta tensión es resuelta críticamente, permitiendo a las nutricionistas comprender la diferencia como un modo cultural aceptable.

La tendencia a la normalización de las prácticas de la población migrada que no se corresponden con aquellas esperadas por las nutricionistas, omite el cuestionamiento a la particularidad de la cultura propia, fomentando procesos de asimilación cultural que podrían impactar negativamente no sólo en las formas de socialización de las personas migradas en el ámbito sanitario, sino también en la pérdida de factores protectores asociados a sus prácticas culturales, repercutiendo en la adopción de estilos de vida o patrones de alimentación de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas, como el sedentarismo, dietas basadas en alimentos ultra-procesados, etc. Esta tendencia a suprimir los aspectos propios de la diversidad cultural, buscando una homogenización de la población hacia la cultura chilena, podría contribuir a la pérdida del Efecto Migrante Sano y un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en esta población. Se conoce como Efecto Migrante Sano al hallazgo de mejor estado de salud de las personas migradas al compararlas con sus pares nativos. Este efecto disminuye a los 10-20 años de residencia en el país receptor o a medida que se profundiza la precarización socioeconómica de esta población²⁹.

En otro margen, destaca la tendencia a la externalización de responsabilidades que las nutricionistas hacen de la emergencia de estas barreras de atención, ubicándolas en el sistema de salud y en los/as usuarios/as migrados/as. De esto se desprende un carácter más pasivo adoptado por las profesionales en el contexto de la atención migrante, lo que

a su vez puede leerse como una limitación al autoexamen de las propias prácticas.

Sobre lo anterior, es relevante precisar que existen diferencias respecto al calibre de la respuesta de cada profesional, guardando relación con la visión de mundo e iniciativa personal de la nutricionista, más que a la adquisición formal de herramientas para la competencia cultural. Esto entra en consonancia con lo señalado en algunos modelos teóricos sobre competencia cultural, en torno a la importancia de la apertura a la diversidad, el deseo de involucrarse en encuentros interculturales y la ocurrencia de éstos, en la superación de barreras en la atención sanitaria a personas de orígenes diversos^{30,31}. Por otra parte, la educación sanitaria contemporánea, también debe tomar parte en propiciar espacios formativos más inclusivos, que por una parte promuevan mayor contacto con la diversidad y también el desarrollo de una práctica profesional autoreflexiva de sus propios sesgos. De esta forma, la inclinación personal de las nutricionistas podría modelarse en su inmersión en una educación culturalmente sensible, que permita el establecimiento de relaciones culturalmente seguras ante colectivos que experimentan vulneraciones. Este paso resulta esencial para el desarrollo de habilidades prácticas en la atención a las diversidades.

Si bien, este estudio entrega información de utilidad, se deben considerar las limitaciones del mismo. Primero, el estudio fue realizado solo en una zona de la Región Metropolitana, por ende, futuros estudios podrían ser desarrollados con el fin de representar mejor la región o la situación nacional. Adicionalmente, en el mismo sólo se considera la perspectiva de las trabajadoras de la salud, siendo necesario incorporar las vivencias de las personas migradas en la comprensión y superación de las barreras con que se encuentran durante las atenciones de salud.

De este estudio se concluye que la atención nutricional con el/la usuario/a migrada/o internacional es compleja en cuanto a la interacción profesional-usuario/a, en donde se pueden encontrar cuatro barreras: escasez de recursos en la atención de esta demanda creciente, problemas en la comunicación, el acercamiento al sistema de salud como contexto general, así como la presencia de prácticas alimentarias que se alejarían de la concepción de correcto que presentan las nutricionistas entrevistadas. Estos elementos deben ser considerados al momento de generar protocolos de atención, así como programas y políticas enfocadas en la atención del/la usuario/a migrado/a internacional, de tal manera de lograr una promoción auténtica de hábitos alimentarios saludables, mantenimiento del EMS y a la vez, que estos tengan pertinencia cultural. Acorde con otros planteamientos teóricos en este ámbito de estudio^{32,33}, entendemos que la superación de barreras en la atención intercultural debe ocurrir de forma simultánea en el nivel institucional como en el profesional en orden de ser realmente transformadora. En esa línea, los resultados de este estudio plantean desafíos para el desarrollo de programas de capacitación u otros orientados a desarrollar

mayor competencia cultural en los profesionales de la salud, atendiendo los aspectos estructurales del sistema que deben corregirse para que esto ocurra.

Financiamiento: Esta investigación recibió financiamiento parcial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, mediante el Grupo de Trabajo en Migración y Salud, a quienes agradecemos su aporte. También agradecemos la atenta lectura y los valiosos comentarios de los pares revisores.

REFERENCIAS

1. INE-DEM. Migration Statistics 2020. <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
2. Bernales M, Cabieses B, McIntyre A, Chepo M. Challenges in the health care of international migrants in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017; 34: 167-175.
3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. International migration as a social determinant of health in Chile: evidence and proposals for public policies. 2017. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
4. Torres O, Garcés A. Peruvian migrants social representations regarding the irintegration process to the city of Santiago, Chile. *Polis*. 2013; 12: 309-334.
5. Liberona N. Power, counter-power and relations of complicity between South American immigrants and civil servants of Chilean health public system. *Si somos Americanos*. 2015; 15: 15-40.
6. Meléndez E. Hegemonic Medical Model: Cultural and technical considerations. *Nat Med*. 1998; 51: 17-22.
7. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. National health strategy to meet health objectives for the decade 2011-2020. 2011. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
8. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Health Policy for International Migrants. 2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
9. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guidelines for the implementation of the comprehensive family and community health care model. Aimed at health professionals teams. 2013. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
10. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approach*. SAGE Publications Inc., Thousand Oaks, 2013.
11. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *Br Med J*. 1995; 311: 251-253.
12. Pilnick A, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: Assessing quality. *J Hum Nutr Diet*. 2011; 24: 209-214.
13. Segura DM, Abde KB. Neighborhoods and immigrant population: The case of the Santiago commune. *Rev INVI*. 2014; 29: 75-108.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3: 77-101.
15. Saldaña J. First cycle coding methods. In: *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE Publications Inc., Thousand Oaks, 2013, pp. 58-186.
16. Thomas D. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval*. 2006; 27: 237-246.

17. Ministerio de Salud. Modifies decree no. 110 of 2004, From the Ministry of Health, which sets circumstances and mechanisms to credit people as lacking of resources or indigent. Santiago de Chile; 2016. <https://www.araucaniasur.cl/index.php/salud-del-migrante/>
18. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 390-403.
19. Crovetto M. M. Adequacy of nutritionist (dietician) resources in Chilean public hospitals. *Rev Med Chil.* 2015; 143: 1468-1477.
20. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Law-19378 Establishes statute of municipal primary health care. Apr 13, 1995. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>
21. Deng F, Chan CB. Defining modifiable barriers to uptake of dietary recommendations in Chinese immigrants with type 2 diabetes: A qualitative study. *Facets.* 2019; b4: b551-565.
22. Elder JP, Ayala GX, Parra-Medina D, Talavera GA. Health communication in the latino community: Issues and approaches. *Annu Rev Public Health.* 2009; 30: 227-251.
23. Wu S, Ridgely MS, Escarce JJ, Morales LS. Language access services for latinos with limited english proficiency: Lessons learned from *Hablamos Juntos*. *J Gen Intern Med.* 2007; 22: 350-355.
24. O'Toole J, Alvarado-Little W, Ledford C. Communication with diverse patients: Addressing culture and language. *Pediatr Clin North Am.* 2019; 66: 791-804.
25. Joint Center for Political and Economic Studies [JCPES]. *Community-based strategies for improving Latino health.* 2004. https://www.policylink.org/sites/default/files/COMM-BASEDSTRATEGIES-LATINOHEALTH_FINAL.PDF
26. Sepúlveda C, Cabieses B. Role of the intercultural facilitator for international migrants in Chilean health centres: perspectives from four groups of key actors. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2019; 36: 592-600.
27. Siddiqui F, Kurbasic A, Lindblad U, Nilsson PM, Bennet L. Effects of a culturally adapted lifestyle intervention on cardio-metabolic outcomes: a randomized controlled trial in Iraqi immigrants to Sweden at high risk for Type 2 diabetes. *Metab Clin Exp.* 2017; 66: 1-13.
28. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health.* 2019; 19: 755-765.
29. Fennelly K. The healthy migrant effect. *Heal Gener.* 2007; 5: 1-4.
30. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs.* 2002; 13: 181-184.
31. Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E. Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health Soc Care Community.* 2018; 26: 590-603.
32. Cross T. Cultural competence continuum. *J Child Youth Care Work.* 2012; 24: 83-85.
33. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Clifford A. *Cultural Competence in Health.* Singapore: Springer Singapore; 2018. (Springer Briefs in Public Health).