

## Desafíos del enfoque de competencias culturales para atender la salud de personas migrantes en Chile

### Challenges of Cultural Competencies Approach for the Health Care of Migrants in Chile

Marcela Patricia Ferrer Lues,<sup>1</sup> Matías Jaramillo,<sup>2</sup> Macarena Chepo,<sup>3</sup> Nelson Muñoz Lizana,<sup>4</sup>  
Constanza Ambiado Cortés<sup>5</sup> y María Emilia Tijoux Merino<sup>6</sup>

#### RESUMEN

El objetivo de esta investigación cualitativa es identificar los factores que facilitan u obstaculizan la adquisición o el fortalecimiento de competencias culturales en la labor de los profesionales de atención primaria de salud en Chile. Con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a 32 profesionales que trabajan en una comuna de Santiago, se efectuó un análisis de contenido considerando cuatro dimensiones de las competencias culturales: conciencia, conocimiento, habilidades y motivación. Este análisis fue discutido en ocho conversatorios con profesionales de atención primaria, académicos/as e integrantes de colectivos migrantes; esto permitió reconocer los patrones en el trato y en la atención que avalan ciertas prácticas y valores. Se concluye que los factores analizados interpelan a los/as profesionales y constituyen un insumo para estimular los procesos de reflexión individual y de los equipos.

*Palabras clave:* 1. desigualdades en salud, 2. migración haitiana, 3. enfermería transcultural, 4. Chile, 5. Latinoamérica.

#### ABSTRACT

The objective of this qualitative research is to identify the factors that facilitate or hinder the acquisition or strengthening of cultural competencies in the work of primary health care professionals in Chile. Based on semi-structured interviews carried out with 32 professionals who work in a municipality of Santiago, a content analysis was performed, considering four dimensions of cultural competencies: awareness, knowledge, skills, and motivation. This analysis was discussed in eight conversation groups with primary care professionals, academics, and members of migrant groups. This made it possible to identify patterns in treatment and attention that support certain practices and values. It is concluded that the factors analyzed challenge the professionals and constitute an input to stimulate the individual and team reflection processes.

*Keywords:* 1. health inequalities, 2. Haitian migration, 3. transcultural nursing, 4. Chile, 5. Latin America.

Fecha de recepción: 5 de noviembre, 2021

Fecha de aceptación: 24 de enero, 2023

Fecha de publicación web: 15 de abril, 2024

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Chile, [mferrer@uchile.cl](mailto:mferrer@uchile.cl), <https://orcid.org/0000-0001-8211-1457>

<sup>2</sup> Universidad de Chile, Chile/Universidad Autónoma de Barcelona, España, [matias.jaramillo@autonoma.cat](mailto:matias.jaramillo@autonoma.cat), <https://orcid.org/0000-0001-9515-0076>

<sup>3</sup> Universidad Andrés Bello, Chile, [macarena.chepo@gmail.com](mailto:macarena.chepo@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-6277-7710>

<sup>4</sup> Universidad de Chile, Chile, [nelsonmunoz@uchile.cl](mailto:nelsonmunoz@uchile.cl), <https://orcid.org/0000-0001-7538-5249>

<sup>5</sup> Universidad de Chile, Chile, [constanza.ambiado@uchile.cl](mailto:constanza.ambiado@uchile.cl), <https://orcid.org/0000-0001-8626-280X>

<sup>6</sup> Universidad de Chile, Chile, [emiliatijoux@uchile.cl](mailto:emiliatijoux@uchile.cl), <https://orcid.org/0000-0003-2870-212X>



## INTRODUCCIÓN<sup>7</sup>

La migración internacional es uno de los procesos más significativos de las últimas décadas a nivel mundial. En 2019, alrededor de 272 millones de personas eran migrantes internacionales, aproximadamente 3.5 por ciento de la población mundial (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2019). En el caso de Chile, desde la década de 1990, el país constituye un polo de atracción, especialmente para personas de Latinoamérica y el Caribe. Se estima que al 31 de diciembre de 2021 contaba con 1 482 390 personas migrantes, lo que equivale a 7.7 por ciento de la población total, de las cuales 30 por ciento provenían de Venezuela, 16.6 por ciento de Perú y 12.2 por ciento de Haití (Instituto Nacional de Estadísticas y Servicio Nacional de Migraciones, 2022).

Uno de los aspectos más sensibles de la situación de las personas migrantes está relacionado con el acceso a servicios de salud. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), las personas migrantes pueden sufrir discriminación, violencia y explotación, lo que afecta directamente su salud física y mental. Así mismo, pueden padecer enfermedades desconocidas en los países de destino, lo que se agrava por obstáculos legales y/o socioeconómicos que limitan su acceso a la atención. Sin embargo, quienes logran acceder a estos servicios, consideran que sus necesidades no siempre son atendidas adecuadamente en función de su cultura o idioma (OIM, 2013).

La normativa vigente en Chile establece que las personas migrantes documentadas pueden acceder al sistema de salud en igual condición que los nacionales. El mismo derecho se ha establecido (independiente de su situación migratoria) para mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas en situación de urgencia vital, refugiadas y otras que acrediten carencia de recursos (Ministerio de Salud, 2017). No obstante, existen barreras que limitan el acceso y uso efectivo de servicios de salud: prácticas discriminatorias y racistas, que desincentivan la consulta; desconocimiento de las personas migrantes sobre sus derechos y deberes en salud; ausencia de protocolos que garanticen el derecho a la salud e impidan la discrecionalidad y, por último, negación de atención a personas migrantes en situación irregular (Veliz-Rojas *et al.*, 2019). Así mismo, Liberona Concha y Mansilla (2017) identificaron que el acceso a los servicios se ve afectado por la percepción de los funcionarios de salud, quienes consideran a esta población vulnerable como una carga para el sistema y no como integrantes legítimos de la comunidad de usuarios.

En la Observación General 14 sobre el derecho a la salud se establece que la pertinencia cultural es un requisito de la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud (CESCR Observación General 14 de 2000). La preocupación por el tema surgió en la década de 1970 (Osorio-Merchán y López Díaz, 2008) para responder a la diversidad cultural de las sociedades de los países desarrollados,

---

<sup>7</sup> Este artículo fue elaborado a partir de una investigación financiada por el Fondo Nacional de Investigación en Salud de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) y por el Gobierno de Chile (Proyecto FONIS SA1810123) en la convocatoria 2018.

especialmente Estados Unidos y Canadá, y se expresó en términos de sensibilidad cultural (Sue *et al.*, 2009). El término *competencia cultural* fue propuesto a fines de la década de 1980 (Hernández Plaza, 2014) para la salud mental, siendo entendido como un conjunto congruente de comportamientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, una agencia o un sector profesional, y los habilita para trabajar de manera efectiva en situaciones transculturales (Cross, *et al.*, 1989). Desde entonces, la noción de competencias culturales ha sido profundizada, destacando los aportes de la enfermería transcultural (Campinha-Bacote, 2002; Giger y Davidhizar, 2002; Leininger, 2002) y las posturas críticas de la antropología médica (Kleinman y Benson, 2006).

En este artículo se presenta el resultado de una investigación cualitativa que permitió identificar los factores que facilitan u obstaculizan la adquisición o el fortalecimiento de las competencias culturales para la atención de las personas migrantes por parte de profesionales primaria de salud en Santiago, Chile. Al inicio del artículo se discute la noción de competencias culturales para la atención de salud, los aspectos críticos, los facilitadores y barreras, y la situación en Chile. Posteriormente, se presenta el enfoque teórico y la metodología del estudio. Luego, se exponen y discuten los resultados. Por último, se mencionan las principales conclusiones de la investigación.

## LA NOCIÓN DE COMPETENCIAS CULTURALES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

### *Cultura y procesos de salud/enfermedad/atención*

Desde la antropología médica, la enfermería transcultural y otras disciplinas, se ha destacado que las condiciones culturales influyen en la interpretación, explicación y reconocimiento del cuidado de la salud y la atención de la enfermedad (López-Díaz, 2016). Sin embargo, abordar la cultura siempre es un desafío, ya sea por la diversidad de definiciones, el enfoque o disciplina que se utilice y su mito de integración funcional (Archer, 1997). Por ello, la noción de cultura constituye un concepto sensibilizador (Abreu, 2020).

La cultura es un “complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad” (Alarcón *et al.*, 2003, p. 1062). Desde la perspectiva de la antropología médica, el sistema de salud se entiende como un sistema cultural, cuya forma de organización y coherencia dependen del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina, comprendiendo una dimensión conceptual y otra conductual (Alarcón *et al.*, 2003).

Abordar el rol de la cultura en la atención de la salud requiere comprender que la cultura es dinámica e inseparable de condiciones políticas, económicas, religiosas, psicológicas y biológicas. El hecho de que una persona pertenezca a un entorno cultural determinado no implica que posea un conjunto de características unívocas, homogéneas y estáticas (Kleinman y Benson, 2006). Esto exige superar una imagen estereotipada de grupos sociales complejos.

Una de las propuestas para el abordaje de la diversidad cultural al interior del sistema médico hegemónico (Menéndez, 2020) es instalar competencias culturales. Si bien algunos autores reconocen tres niveles: individual, organizacional y de sistema, la mayor parte de la discusión y propuestas de modelos se han centrado en profesionales de la salud (Hernández, 2014).

### *Modelos de competencia cultural*

Las competencias culturales comprenden conocimientos, actitudes, conductas y políticas congruentes que permiten que un profesional trabaje adecuadamente en diferentes contextos interculturales (Marrero González, 2013). La enfermería transcultural ha realizado aportes significativos para la discusión del concepto de competencias culturales y propuestas para su desarrollo. Albougami *et al.* (2016) identifican cuatro modelos principales.

El primero es el modelo del sol naciente, elaborado por Leininger (2002) a principios de la década de 1990; en este se propone que los profesionales de la enfermería realicen evaluaciones culturales de los pacientes, incluyendo distintos factores (religiosos, económicos, educativos, legales) que, junto con el idioma y el entorno social, afectan significativamente la entrega de los servicios.

El segundo modelo es el de la evaluación transcultural, propuesto por Giger y Davidhizar (2002) en 1988, donde se plantea que toda cultura tiene seis dimensiones: comunicación, espacio, organización social, tiempo, control ambiental y variación biológica. Dichas dimensiones constituyen un marco para la evaluación y el diseño de una atención culturalmente adecuada (Albougami *et al.*, 2016).

El tercer modelo fue desarrollado por Purnell a mediados de la década de 1990 para todos los profesionales de la salud (Purnell, 2000). En él se consideran la sociedad global, comunidad, familia y persona, distinguiendo 12 dominios: visión general o patrimonio (país de origen, residencia actual, ocupación, otros); comunicación (verbal y no verbal); roles y organización familiar (roles de género, crianza); cuestiones relativas al personal (autonomía, aculturación, asimilación, roles de género); ecología biocultural (variaciones en orígenes étnicos y raciales); comportamientos de alto riesgo (consumo de alcohol); nutrición; embarazo y prácticas de maternidad; rituales de muerte; espiritualidad; prácticas de atención de la salud; y conceptos de los profesionales de la salud (modelo biomédico). Estos dominios son clave para evaluar rasgos y características de diversos grupos étnicos.

El cuarto modelo fue propuesto en 1998 por Campinha-Bacote (2002). Este modelo concibe las competencias culturales como un proceso mediante el cual los profesionales de la enfermería intentan lograr una mayor eficiencia y capacidad para trabajar en un entorno culturalmente diverso, mientras cuidan al paciente, ya sea un individuo, una familia o un grupo. El proceso comprende cinco dimensiones de índole cultural: conciencia, habilidad, conocimiento, encuentro y deseo.

De acuerdo con Albougami *et al.* (2016), los cuatro modelos han contribuido a la formación y práctica de la enfermería y ninguno puede ser considerado mejor que otro. No obstante, el de

Campinha-Bacote es suficientemente comprensivo para guiar la investigación y el desarrollo de intervenciones educativas en los profesionales de la salud.

Desde la antropología médica, Kleinman y Benson (2006) proponen una visión crítica y alternativa a dichos modelos. Los autores plantean que la noción de competencias culturales se convirtió en tendencia para la atención clínica y la investigación, pero no existe una definición precisa que sea operacionalizada en la formación clínica que genere mejores prácticas. Uno de los principales problemas es la idea de que la cultura puede ser reducida a habilidades técnicas, que son factibles de ser incorporadas en la formación profesional. La cultura ha sido concebida como sinónimo de etnicidad, nacionalidad y lenguaje, lo que fomenta la homogeneidad. En este marco, según los autores, la competencia cultural deviene en una suerte de “receta” que define cómo tratar a un paciente de un determinado origen étnico.

Considerando a la cultura como una entidad no homogénea ni estática, vinculada a condiciones económicas, políticas, religiosas, psicológicas y biológicas, los autores proponen una estrategia de minietnografías en seis pasos, para que los profesionales de la salud puedan sensibilizarse de las diferencias culturales. Si se tratara de un solo paso –señalan los autores–, significaría preguntar rutinariamente a los pacientes (y a los miembros de la familia si corresponde) por aquello que más les importa en su experiencia de enfermedad y tratamiento. Los profesionales pueden usar esa información para abordar las decisiones de tratamiento y negociar con los pacientes. Desde la perspectiva de la presente investigación, la propuesta incorpora el respeto a la autonomía del paciente en la relación clínica, desde una aproximación que no entiende la autonomía como individualismo, sino en términos de autonomía relacional (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019; Jennings, 2016).

### *Competencias culturales, desigualdad y derechos en salud*

Una de las principales razones que ha motivado el interés en las competencias culturales en salud ha sido la constatación de importantes desigualdades en las condiciones de salud y el acceso a servicios entre personas migrantes y no migrantes. Se ha propuesto que las intervenciones culturalmente competentes en esta materia pueden reducir las disparidades en el acceso a los servicios y la calidad de estos, lo que contribuiría a disminuir las desigualdades en las condiciones de salud (Hernández Plaza, 2014). Para América Latina, considerando la estrecha relación entre situación migratoria y vulnerabilidad social, autores como Veliz-Rojas *et al.* (2019) proponen enseñar competencias culturales, particularmente en la atención primaria de salud. Esto permitiría que los equipos de profesionales comprendan aspectos relevantes para atender a personas migrantes, como son su cultura, creencias, prácticas y costumbres, lo que reduciría las desigualdades en salud. Sin embargo, es sabido que tales deficiencias no se relacionan exclusiva ni prioritariamente con factores culturales. El enfoque en este aspecto corresponde a lo que Fassin (2008, p. 24) denomina “culturalizar los objetos”, como tendencia dominante en la salud pública. Esta tendencia se impone sobre la definición de la lucha contra las desigualdades como prioridad y, a la vez, criterio de evaluación del *hacer de la salud pública*.

Las condiciones en que las personas migrantes viven o trabajan impactan en su salud/enfermedad/atención, lo que en la literatura se conoce como determinantes sociales de la salud (Vega *et al.*, 2005). Reconocer tales determinantes subyace a la comprensión de la salud como derecho humano y se relaciona directamente con la equidad en salud (CESCR Observación General 14 de 2000). Sin embargo, la transformación neoliberal ocurrida en el mundo a partir de la década de 1980, trasladó la concepción de salud como derecho humano a la responsabilidad individual en salud y, por tanto, al deber de ser saludable (Gaudenzi y Schramm, 2010). En el campo de la salud pública esta noción se operacionalizó en el concepto de *estilos de vida saludable*, entendiendo las diferencias en la salud de las personas como resultado de sus decisiones y comportamientos, definidos como moralmente correctos o incorrectos, y no por sus condiciones materiales y sociales de existencia (Ferrer-Lues, 2015). Bajo este paradigma, se *culpa a la víctima* (Crawford, 1977) por su enfermedad y no se reconocen las limitaciones que enfrentan las personas para cuidar su salud. En el caso de las personas migrantes esto tiene importancia central, dada la vinculación entre *estilo de vida y cultura*, implícita en la noción de competencias culturales.

La incorporación de la diversidad cultural en salud requiere trascender la noción de cultura vinculada a la etnicidad y considerar su intersección con otras dimensiones sociales y económicas (Hernández, 2014). Esto implica reconocer la manera en que el género, la edad, la clase social y otros factores se combinan y se traducen en una distribución desigual del poder, lo que produce desigualdades en la salud, así como en el acceso, uso y calidad de los servicios. Esta perspectiva se expresa como respuesta al modelo de competencias culturales (Metzl y Hansen, 2014).

#### *Facilitadores y barreras para la adquisición o el fortalecimiento de competencias culturales*

En cuanto a la adquisición y el fortalecimiento de competencias culturales, se espera que cada profesional las desarrolle en un proceso no lineal. Como señala Vásquez (2006), el rol de los profesionales resulta central: para adquirir competencias culturales, deben iniciar un proceso personal, continuo e inacabado, de revisión y reflexión constantes, mediante el cual reconozcan sus valores, creencias, formas de comunicación, lenguajes corporales, entre otros.

Varios autores plantean que la competencia cultural puede ser entrenable (Jenks, 2011; Sue, 2001), posicionándola como tópico relevante para distintas disciplinas de la salud. Díaz (2015) propone una estrategia para su desarrollo durante la formación de pregrado de enfermería, basada en cuatro principios: integralidad, comunicación, complementariedad y flexibilidad/adaptación. No obstante, la literatura no es concluyente sobre la forma más efectiva de entrenamiento (Beach *et al.*, 2005; Gallagher y Polanin, 2015; Horvat *et al.*, 2014). Además, el desarrollo de competencias culturales no depende exclusivamente de la voluntad del profesional de la salud, pues también responde a la institucionalidad en la cual ocurre el encuentro profesional-paciente. Por ello, se deben reconocer distintos niveles (Sue, 2001; Sue *et al.*, 2009).

Diversos autores han descrito las barreras percibidas por trabajadores de salud para la atención de personas migrantes; entre ellas, destacan las diferencias de comunicación verbal y no verbal

que impiden, por ejemplo, evaluar la gravedad de una enfermedad; la diversidad de idiomas; la falta de formación profesional sobre las creencias en torno a la salud/enfermedad y las expectativas en torno a la atención por parte de pacientes migrantes; la carencia de apoyo organizacional y de reconocimiento para brindar una atención culturalmente competente en función del tiempo destinado a la atención, la disponibilidad de intérpretes y el apoyo administrativo; la intolerancia a las diferencias culturales y la imposición de las propias creencias a los pacientes migrantes (Díaz, 2015; Hultsjo y Hjelm, 2005; Lindsay *et al.*, 2012; López-Díaz *et al.*, 2018; McKenzie *et al.*, 2015; De Oliveira Moreira y Branco Motta, 2016; Taylor y Alfred, 2010). Como marco de tales barreras, se ha señalado que la estructura y cultura de la biomedicina constituye la principal barrera para entregar una efectiva atención de salud multicultural (Holmes, 2012).

Por el lado de los facilitadores, el contacto entre profesionales y pacientes migrantes se identifica como clave: se requiere una consulta de mayor duración que permita establecer una relación de confianza. Además, se debe capacitar a los profesionales sobre cómo brindar atención culturalmente pertinente e intercambiar buenas prácticas (Lindsay *et al.*, 2012; López-Díaz *et al.*, 2018). Taylor y Alfred (2010) señalan como elemento crítico que las organizaciones ofrezcan expectativas e incentivos a los trabajadores de la salud para que los comportamientos culturalmente pertinentes se mantengan en el tiempo. Por ejemplo, incorporar la pertinencia cultural en las descripciones de cargo o en las evaluaciones de desempeño o metas organizacionales.

### *El contexto chileno*

En el contexto migratorio actual de Chile, instalar la interculturalidad en el sistema de salud es una necesidad. Implica concebir la diversidad como algo positivo, un horizonte normativo de una mejor sociedad, más equitativa y participativa (Walsh, 2010). Para varios autores, es prioritario que los profesionales de la salud adquieran competencias culturales para la atención (Bernaes *et al.*, 2017; Correa-Betancour, 2019; Pedrero *et al.*, 2020; Pérez *et al.*, 2018; Veliz-Rojas *et al.*, 2019). Así mismo, la política de salud migrante (Ministerio de Salud, 2017) reconoce a la interculturalidad como un principio rector.

Se han realizado investigaciones sobre el desarrollo y los significados de las competencias culturales en profesionales de la salud en el país. Pedrero *et al.* (2020, p. 1) desarrollaron y validaron un instrumento para medir competencias culturales en trabajadores de la salud de distintas disciplinas, considerando tres dimensiones (sensibilidad, conocimiento y habilidad). Los resultados indican que el conocimiento registró el puntaje más alto, mientras que la “sensibilidad a los propios prejuicios” ocupó el último lugar.

Pérez *et al.* (2018) organizaron grupos focales para conocer las percepciones de los trabajadores de la salud sobre las competencias culturales. Sus hallazgos muestran que los profesionales enfrentan diversas barreras para entregar atenciones de salud culturalmente pertinentes para diversos grupos, entre ellos los migrantes. Los autores proponen la formación profesional de los trabajadores de la salud en ámbitos como el autoconocimiento, la no discriminación y la sensibilidad.

Por último, Bernales *et al.* (2017) indagaron en las percepciones de los trabajadores de la salud primaria sobre los desafíos de la atención para población migrante en ocho comunas. Se encontró que los profesionales perciben dificultades técnicas y administrativas: ausencia de cifras fidedignas, lo que implica desconocer cuántos y quiénes son los migrantes; falta de recursos económicos para la atención; frustración ante normativas centralistas, y carencia de información en diferentes niveles. Los trabajadores indican que con frecuencia se enfrentan a un mundo culturalmente ajeno y desconocido, especialmente en aspectos de creencias en salud. Esto implica desafíos culturales que se convierten en barreras para la integración de personas migrantes debido a las diferencias entre visiones, tradiciones y estilos de vida. Como una de las primeras medidas, Bernales *et al.* (2017) proponen sensibilizar sobre las competencias culturales.

### ENFOQUE DEL ESTUDIO

La noción de competencias culturales en salud, cualquiera que sea su definición, se orienta a la construcción de patrones de trato respetuoso para la población migrante, la disminución de la distancia social y el develamiento de los estigmas (Goffman, 2006) que obstaculizan la atención. Esto fortalecería las relaciones de confianza entre las personas migrantes y los equipos de salud, reduciría las barreras de acceso y mejoraría la calidad del servicio.

Desde una perspectiva sociológica, no obstante, avanzar en una adecuada puesta en práctica de competencias culturales en salud requiere considerar el contexto social e institucional en que se desarrolla la atención. Los individuos se construyen según los modelos del mundo que les han sido enseñados, los cuales trascienden el ámbito local y de su vida interior y, a su vez, constituyen parte esencial de su biografía (Mills, 1995). Por ello, en la atención de las personas migrantes, las/os profesionales de la salud enfrentan su tarea desde sus concepciones sobre la migración y los migrantes, adquiridas durante sus vidas. Estas concepciones incidirán positiva o negativamente en las interacciones que establecen con los pacientes migrantes y, por tanto, en las posibilidades de poner en práctica las competencias culturales que permeen los patrones de trato y atención.

Dado lo anterior, es muy probable que este proceso se vea dificultado por las miradas racializadas y discriminadoras sobre el fenómeno migratorio y las personas migrantes, percepciones que han sido hegemónicas en la sociedad chilena (Tijoux, 2016). Las dificultades se refuerzan por las características de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, sustentada en una distribución de poder asimétrica y desigual (Beauchamp y Childress, 2001), lo cual se profundiza en el sistema público por la situación de *usuario y migrante*, y no de *cliente* como en el sistema privado.

Considerando que la noción de competencias culturales tiene un papel analítico y de propuesta para abordar los desafíos que plantea la atención de la salud de las personas migrantes, se expone la siguiente pregunta: ¿cuáles son los facilitadores y las barreras para la adquisición y el fortalecimiento de competencias culturales para la atención de personas migrantes en profesionales de la atención primaria de salud? El estudio se enfoca en la etapa primaria por constituir la puerta



de entrada a los sistemas de salud y como estrategia básica para mejorar las condiciones de vida de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y potenciar la equidad en salud (OPS, 2003).

## METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa de tipo descriptivo e interpretativo, basada en el paradigma fenomenológico (Taylor *et al.*, 1992). Se indagó en las experiencias que los profesionales han vivido durante la atención de la salud de personas migrantes y los significados atribuidos a dichas experiencias, lo que permitió identificar facilitadores y barreras para la adquisición o el fortalecimiento de competencias culturales en la atención. Los datos se produjeron a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajan en los centros de atención primaria.

Se realizaron 32 entrevistas a profesionales de la salud que trabajan en los centros de atención primaria de una comuna de ingresos medio-bajo y bajo de la Región Metropolitana, caracterizada por una presencia importante de comunidades migrantes (alrededor de 12 % de la población total), provenientes principalmente de Haití. La pauta de entrevista fue elaborada por el equipo de investigación, considerando el enfoque teórico y los objetivos de la investigación. La versión inicial fue piloteada en dos entrevistas iniciales, que permitieron ajustar la pauta definitiva.

Las preguntas indagaron sobre la trayectoria laboral en los servicios públicos de salud; las opiniones sobre la migración internacional en Chile; las personas y los pacientes migrantes que atiende en su centro de salud; las prácticas y los principales problemas de salud de las personas migrantes; los aprendizajes, cambios en los patrones de trabajo y obstáculos para la atención; y las repercusiones de la atención de personas migrantes en el centro de salud. Algunas preguntas fueron: a) ¿Cuáles diría usted que son las principales atenciones que se hacen a pacientes inmigrantes?, ¿tienen las mismas enfermedades que los chilenos?, ¿por qué?, ¿qué desafíos le ha planteado?; b) ¿ha tenido que adaptar y/o cambiar sus formas de trabajo para atender a pacientes migrantes?, ¿cuáles?, ¿cómo fue el proceso?; y c) si tuviera que orientar a un/a colega que comienza a trabajar en este centro y nunca ha trabajado en el sector público, ¿qué recomendaciones le daría para la atención de migrantes?, ¿y para atender a los chilenos?

El equipo de investigación realizó el trabajo de campo entre junio y octubre de 2019. Las entrevistas se llevaron a cabo en los centros de salud incluidos en el estudio. Los/as profesionales entrevistados/as fueron contactados/as por la Oficina de Migrantes de la comuna. La composición de la muestra responde a esta selección y a las características del conjunto de profesionales que trabajan en los centros de salud. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, previo consentimiento de las personas entrevistadas, y tuvieron una duración promedio de 30 minutos. La composición de la muestra se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1. Composición de la muestra según profesión, nacionalidad y sexo

Profesión	Hombres	Mujeres	Total
Enfermera-enfermero	1	10	11
Médico-médica	3	3	6
Matrón-matrona	1	5	6
Nutricionista	-	2	2
Odontóloga	-	2	2
Psicóloga	-	2	2
Trabajadora social	-	2	2
Terapeuta ocupacional	-	1	1
<b>Nacionalidad</b>			
Chilena	4	23	27
Boliviana		1	1
Cubana		1	1
Ecuatoriana	1	1	2
Venezolana		1	1
Total	5	27	32

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra del Proyecto FONIS SA1810123.

Se desarrolló un análisis de contenido con el objetivo de identificar facilitadores y barreras para la adquisición o el fortalecimiento de las competencias culturales en salud. El análisis se efectuó utilizando el programa NVivo 10.0.

Como parte de la presente investigación, se definieron cuatro dimensiones de las competencias culturales: conciencia, conocimiento, habilidades y motivación, inspiradas en la propuesta de Campinha-Bacote, considerada suficientemente comprehensiva para guiar la investigación en profesionales de la salud (Albougami *et al.*, 2016). Se elaboró una definición inicial de cada dimensión, tomando como base la discusión teórica y el criterio de reforzar la construcción de una relación recíproca, de reconocimiento y respeto entre profesional de la salud y persona migrante, sustentada en la igualdad de derechos entre los seres humanos. Esta definición fue revisada y profundizada, como parte del proceso de análisis de las entrevistas.

Los análisis iniciales desarrollados por el equipo fueron discutidos en ocho conversatorios realizados con profesionales de los servicios de atención primaria de salud, académicos/as que trabajan el tema e integrantes de colectivos migrantes, convocados en distintas regiones y centros de salud. En los conversatorios –celebrados en el año 2020 de manera virtual debido a la pandemia del COVID-19– participaron 51 personas. Las discusiones producidas en las mesas de análisis fueron un insumo para la definición de las dimensiones de las competencias culturales, y la identificación de facilitadores y barreras para la adquisición o el fortalecimiento de dichas competencias.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Todas las personas participantes dieron su

consentimiento informado. Dado que se trata de un grupo acotado de profesionales que se refieren a un tema sensible, las citas presentadas en los resultados omiten cualquier dato que permita identificar a su emisor, los que son referidos con un código. Por la misma razón, no se menciona la comuna en que se realizó el estudio.

## RESULTADOS

Los facilitadores y las barreras que se identificaron para cada dimensión se presentan enseguida. Las dimensiones se entienden como analíticamente independientes, no obstante, en la práctica están interrelacionadas, lo que hace difícil establecer fronteras divisorias claras.

### *Conciencia*

La dimensión de conciencia se comprende como el autoexamen y la exploración de la propia cultura y visión sobre otras culturas. Implica trabajar sobre el reconocimiento y el abordaje crítico de los estereotipos construidos sobre las personas migrantes. Sin esta conciencia, el profesional de la salud puede imponer sus propias creencias, valores y modelos de comportamiento en el proceso de atención de la salud.

Se encontró que las barreras que obstaculizan el surgimiento de esta conciencia se refieren principalmente a diversos estereotipos productores de estigmas, que Goffman (2006, p. 14) denomina *tribales*, como atributo profundamente desacreditador de los individuos debido a su pertenencia a una *raza*, nación, religión o clase. El estereotipo comprende una noción inmutable que los profesionales tienen sobre los pacientes migrantes con respecto a su origen, color de piel, rasgos, nacionalidad, características culturales o psicológicas, a partir de las cuales interpretan su comportamiento en salud.

Los principales estereotipos observados se refieren a la migración como proceso y al paciente migrante como sujeto. Destaca la idea de una *haitianización de la migración*. La figura del migrante y la migración se relacionan y reducen a la comunidad haitiana, acentuando diferencias racializadas entre chilenos y personas migrantes:

La sensación se da que hay más haitianos; yo sé que son más venezolanos, pero uno identifica más al haitiano, porque hay más dificultad en la comunicación. El venezolano, igual va a la salud privada. Entonces se nota más un inmigrante haitiano que un inmigrante venezolano ya, pero yo creo que andan por ahí las relaciones (E10, comunicación personal, 19 de junio de 2019).

Está presente la idea de masividad de la migración, un ingreso de personas migrantes supuestamente desbordado, que significa una alta carga para el país:

Siento que ha sido con un aumento explosivo de gente extranjera y que, en cierto modo, igual está afectando a la población chilena, porque están invadiendo. Yo lo siento así; no sé si será que esta comuna por lo menos, pero en general han tomado harta posesión acá en el país (E31, comunicación personal, 14 de agosto de 2019).

La cultura de las comunidades migrantes es concebida como inferior a la cultura chilena. Se instala con ello una diferenciación cultural, que clasifica jerárquica y *racionalmente* a las personas migrantes, según criterios como idioma, color de piel u origen nacional:

Es que en el área –quizás, por lo menos en la que yo trabajé– no. O sea, había extranjeros, pero no peruanos ni haitianos. Trabajé en [clínica privada para ingresos altos]. Entonces la población tiene otro perfil social, cultural... distinto (E18, comunicación personal, 31 de julio de 2019).

Entre los estereotipos referidos al paciente migrante, destaca la noción de que el creole obstaculiza la interacción entre el/la profesional y el/la paciente migrante: “Porque realmente la verdad, que da como el temor el idioma, el no poder entregar o consultar o hacer la atención que corresponde, la que damos siempre” (E05, comunicación personal, 27 de junio de 2019).

Mire, somos súper básicos en las informaciones que entregamos, porque mientras más hablamos, más se enredan. Entonces aquí hay que ser súper concretos con las indicaciones y tratamos de anotar por escrito las cosas que son más relevantes. Ahora últimamente hay algunos instructivos que se han traducido, cosa de facilitarle a ellos un poco el tema (E09, comunicación personal, 19 de junio de 2019).

El desafío del creole se concibe como un problema adjudicado principalmente a la persona migrante, por no tener la capacidad de comunicar y/o comunicarse. Se le considera responsable de no comprender indicaciones y no dar a entender lo que le sucede o necesita. Si bien existen facilitadores interculturales<sup>8</sup> a quienes es posible recurrir, estos son vistos con recelo, pues interfieren en la atención y la comunicación directa con el paciente: “Una persona nueva tiene que ser con facilitadora para que vaya soltándose y conociendo cómo, cómo organizarse para dar una atención sin facilitadora” (E05, comunicación personal, 27 de junio de 2019).

Claro, lo único malo a eso que yo le veo, es que igual, o sea, de parte mía, se pasa a llevar la privacidad; pero no tenemos otra forma, porque si nosotros creemos que le duele la cabeza, y en realidad nos está diciendo es que está mareada y no ve, vamos a administrar un medicamento que no corresponde (E30, comunicación personal, 13 de agosto de 2019).

En cuanto a los aspectos facilitadores que conducen al o a la profesional a interactuar desprovisto/a de estigmas, se encontró la identificación de efectos positivos de la migración, el cuestionamiento a la superioridad de normas y prácticas culturales chilenas, y la identificación de la necesidad de otorgar diagnósticos y tratamientos con pertinencia cultural:

Pero socialmente hablando, también tienen su buen impacto en el sentido –no sé– de lo que es el trabajo cierto. En algún lado ven como que llegan a restarle un poco de trabajo a la gente, pero en realidad yo lo veo [como] que llegan a aportar al país en realidad (E27, comunicación personal, 28 de agosto de 2019).

---

<sup>8</sup> Corresponde a un trabajador o trabajadora que se encarga de vincular personas de distintas culturas en el sistema de salud público chileno.

Que no necesariamente lo que nosotros pensamos es lo correcto [...] creo que hay que tener la mente abierta, o sea no puedes intentar cambiar la vida de una persona y creer que a lo mejor puedes [decirle]: “Ahora tiene que hacer esto, esto y esto”, y la persona le va a hacer caso así, así y así (E03, comunicación personal, 28 de mayo de 2019).

### *Conocimiento*

Se entiende por conocimiento la adquisición y/o consideración del conocimiento sobre las comunidades migrantes, en relación con aspectos de su cultura y su vinculación con salud/enfermedad/atención y cuidados del cuerpo; sus condiciones de vida; trayectoria previa en salud; trayectoria migratoria y aspectos sanitarios de sus países de origen. La incorporación de este conocimiento busca disminuir la distancia social inherente a la relación desigual de poder entre profesional de la salud y persona migrante.

Las barreras consisten en el desconocimiento y la desconsideración de aspectos como el sistema de salud de los países de origen de las personas migrantes. Esto dificulta comprender las particularidades de este sector poblacional, tales como la relación de los pacientes con el sistema de salud chileno; los elementos de su cultura que pueden ser relevantes para el diagnóstico y la adherencia al tratamiento, así como el acceso a los servicios de salud. Todo ello impide comprender los problemas que experimentan en las distintas etapas en el flujo de atención en Chile, lo que se agrava aún más por el idioma creole, que limita el proceso de atención.

Otro conjunto de barreras relacionadas con las personas migrantes incluye el desconocimiento de sus manifestaciones clínicas, que son significativas para el diagnóstico y su abordaje. Destacan especialmente las manifestaciones de la piel “negra” que se conceptualizan como diferencias biológicas o raciales, en algunos casos asociadas a rasgos culturales: “te llega un haitiano y tiene algo raro en la piel y no sé, dices que es sarna y no’po, no todo lo que tienen raro en la piel es echarle culpa a la sarna” (E04, comunicación personal, 23 de julio de 2019).

Es que el de nacionalidad haitiana tiene más dermatitis atópicas. O sea, son más... es que, de hecho, la piel morena a veces es como más delicada de enfermedades dermatológicas. Y vienen más deshidratados. No sé si es su cuidado también, en general, no sé si es su [...] no sé, su convivir (E26, comunicación personal, 26 de julio de 2019).

Por un tema racial, tiene la presión más alta. Entonces sí nos ha[n] tocado hartas embarazadas que tienen problemas de presión; sí nos ha[n] tocado hartas mamás que pesquisamos que tienen la presión alta y tenemos que ingresarla[s] al programa cardiovascular por la presión alta (E16, comunicación personal, 10 de septiembre de 2019).

También existe desconocimiento de la situación epidemiológica de los países de origen de las personas migrantes, lo que puede contribuir al diagnóstico y a comprender la trayectoria previa en salud:

Cómo lo enfocan, cómo es el sistema de salud, cuáles son las enfermedades más prevalentes en ellos, no sé, los tipos de cáncer. Eso yo creo que es importante porque a uno lo enfoca a

pensar, a pensamiento diagnóstico, por ejemplo, si yo sé que [en] las personas de raza negra haitiano la principal causa de muerte es cáncer gástrico, por decirlo de alguna manera, un ejemplo, y viene un paciente con síntomas, yo enseguida digo “ya, esto es”. En la medicina funciona así (E17, comunicación personal, 31 de julio de 2019).

Por su parte, la experiencia de los facilitadores ha favorecido el proceso de adquisición de conocimiento sobre la migración en Chile y las comunidades migrantes que asisten a los centros de salud; por ejemplo, por parte de las personas migrantes comparten sobre la cultura, las condiciones de vida y las eventuales implicaciones en la atención médica; la información aportada por profesionales extranjeros/as de los centros de salud, en cuanto a los sistemas de salud, las epidemias y las propuestas de tratamientos en otros países; las nociones obtenidas de facilitadores interculturales; el aprendizaje del creole que permite mayor cercanía con los pacientes haitianos; la información sobre materiales en dicho idioma y la disposición para su uso en la consulta; y los espacios de conversación con otros integrantes del equipo que contribuyen a la cercanía y comprensión integral de la situación de salud de las personas migrantes.

### *Motivación*

La motivación, que en la propuesta de Campinha-Bacote (2002) se plantea como deseo, pareciera ser la dimensión más difícil de implementar, pues implica adquirir un compromiso por generar espacios interculturales en el proceso de atención de la salud. Este tipo de espacios suponen sentimientos y emociones que permiten construir relaciones positivas con pacientes migrantes, las cuales se expresan en entusiasmo, perseverancia, acompañamiento y comprensión. La motivación se vincula a lograr nuevas experiencias y conocimientos para establecer un encuentro intercultural.

Las barreras para la emergencia de esta motivación incluyen comportamientos negativos frente a la persona migrante, que se manifiestan en la producción de emociones desfavorables en la interacción, tales como frustración, impotencia, escasa motivación para coordinar objetivos y tareas, crear relaciones horizontales, o comunicarse para dar continuidad al proceso de atención. Los estigmas construidos sobre los pacientes migrantes tienen un rol significativo, vinculando su origen con su comportamiento en salud y su forma de enfrentar la vida:

Tienden a ser menos aseados, por feo que suene... Pero es verdad, tienden a ser un poquito menos aseados, como que tiene[n] menos tolerancia al frío, se abrigan el triple... y entonces efectivamente debido a otro tipo de olor, por así decirlo (E02, comunicación personal, 28 de mayo de 2019).

Yo creo que eso es netamente un tema cultural, de baja educación. En general el peruano que he visto tiene una educación súper limitada [...] y uno lo nota más que nada, más que en la forma de hablar, en los comentarios que de repente hacen, en las percepciones que tienen de algunas cosas. Tienen muchas percepciones que son casi mitos, casi basados en leyenda; son como percepciones casi de señoras antiguas (E11, comunicación personal, 31 de julio de 2019).

Por su parte, los facilitadores abarcan comportamientos positivos frente al paciente migrante, que se expresan en motivación por aprender desde la experiencia vivida, comprender la situación de dicho paciente y el rol que cumple el profesional frente a esta situación: “Entonces después empecé a aprender gestos que, alguna vez, en algún momento, aprendí con pacientes sordomudas. Entonces me di cuenta de que de esa manera yo podía acercarme más a ellas y lograr un vínculo” (E06, comunicación personal, 27 de junio de 2019).

### *Habilidad*

Se entiende por habilidad la capacidad de capturar las señales que se entregan en la atención, un encuentro entre individuos o grupos de culturas diversas que buscan comunicarse. Implica un ejercicio de construcción de relaciones comunicativamente positivas, reaccionando a esas señales de manera reflexiva y creativa.

Las barreras para la construcción y adquisición de estas habilidades comprenden las dificultades para concebir la atención como un encuentro intercultural, principalmente las ideas preconcebidas sobre la interacción con el paciente migrante. Esto incluye la concepción de la diferencia cultural y el creole como obstáculos insuperables para dicha interacción, y también la idea de que conocer las características socioculturales y las diferencias en el funcionamiento de los sistemas de salud entre el país de origen y Chile es innecesario para el diagnóstico y tratamiento:

Pacientes que no entienden o no quieren entender; que le pidas algún examen, por ejemplo, algo tan básico como una radiografía de cadera, para ver si hay un tipo de displasia, y no la traen, o sea, no se dan cuenta, porque no le dan importancia. Porque en sus países no son importantes y principalmente la población haitiana es la que tiene más el tema del idioma, y de repente entienden si radiografía se dice parecido en creole como español y no se las toman, porque no le toman importancia al tema (E04, comunicación personal, 23 de julio de 2019).

La población haitiana... ellos no tienen un plan de salud –o no sé si está mal que diga que no lo tienen–, pero lo que observo es que ellos no tienen la cultura “prevención”; “prevención y control”. Ellos van cuando están enfermos. “Me duele la cabeza: voy al SAPU” [Servicio de Atención Primaria de Urgencia] (E18, comunicación personal, 31 de julio de 2019).

Los facilitadores comprenden acciones que contribuyen a la realización del encuentro intercultural. Tales acciones han sido generadas en la práctica, por iniciativa de los propios profesionales y en gran parte basadas en una suerte de *ensayo y error*, que les ha permitido identificar mejores vías para lograr que la atención constituya un encuentro intercultural. Una de ellas es considerar características culturales que pueden influir en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento:

Yo no se las quito [alimentación sólida antes de los seis meses], porque los niños lo toleran bien, no vomitan, no tiene[n] reflujos, no les da[n] cólicos. Entonces tienen una muy buena tolerancia, entonces no tiene sentido quitarla por una simple norma [...] el ministerio recomienda incorporarlo a los seis meses y así lo hacemos, pero si estamos frente a un niño

que lo tolera bien y que cumple con todos los criterios para hacerlo, hay que hacerlo nomás; hay que adaptarse a la situación (E27, comunicación personal, 28 de agosto de 2019).

Como que el extranjero suele consultar cuando está más complicado; el chileno va a consultar ya cuando empieza a sentir pequeñas molestias, ahí sí. Entonces, cuando ves a un extranjero, generalmente en tu consulta, tienes que pensar que ya viene con un mayor compromiso del que esperarías en un chileno (E01, comunicación personal, 25 de junio de 2019).

Otros facilitadores son adecuación del lenguaje (vocabulario, expresiones, longitud de frases, velocidad del habla, uso de pausas) y utilización de recursos gestuales, audiovisuales, de traducción u otros medios; destinación de mayor tiempo de consulta, modificación de sus frecuencias y adaptaciones del espacio para brindar un ambiente de confianza:

Porque hay que utilizar los términos que utilizan aquí: “Acuéstese guatita arriba”;<sup>9</sup> “ahí me entiende al tiro”. Sí, sí, uno tiene que cambiar ciertas palabras que utiliza, pero también eso de hablar más lento, no tan rápido, para que te puedan entender (E17, comunicación personal, 31 de julio de 2019).

Entonces yo busqué en YouTube un video, entonces le pongo el video a la mamá, después agarro al bebé y le explico con el bebé acá mismo cómo tiene que hacer los *pufs*.<sup>10</sup> Entonces yo me voy tranquilo que la mamá por lo menos sabe cómo tiene que hacer el *puf* (E04, comunicación personal, 23 de julio de 2019).

Por último, otros facilitadores comprenden la coordinación con el/la facilitador/a intercultural; la generación de espacios entre integrantes del equipo de salud para el intercambio de información del historial médico de pacientes migrantes y su acompañamiento durante el itinerario de la atención, así como la mediación de conflictos entre pacientes chilenos/as y migrantes, producidos por tiempos de atención, priorización y trato diferenciado, entre otros.

## DISCUSIÓN

Los resultados indican la existencia de un conjunto de barreras y facilitadores para la adquisición o el fortalecimiento de las competencias culturales en salud. En cuanto a las barreras, los discursos de las/os profesionales expresan diversos estereotipos sobre los pacientes migrantes, basados en su origen, color de piel, rasgos, nacionalidad, características culturales o psicológicas, que se utilizan como explicaciones de su comportamiento en salud y producen estigmas, como atributo desacreditador de dichos pacientes. Estos estigmas tienen un rol central en la generación de emociones negativas en la interacción producida durante la atención. Especialmente relevante es la concepción de la diferencia cultural y, en el caso de la población de origen haitiano, del creole, como obstáculos *insuperables* para la interacción con pacientes migrantes. Estos hallazgos coinciden con

---

<sup>9</sup> Se refiere a tenderse de espaldas con el estómago hacia arriba.

<sup>10</sup> Se refiere a las indicaciones para utilizar un inhalador en el tratamiento de problemas respiratorios.



diversos estudios que indican que las creencias de los profesionales de la salud juegan un rol central en la atención de personas migrantes (Díaz, 2015; Hultsjo y Hjelm, 2005; Lindsay *et al.*, 2012; McKenzie *et al.*, 2015; De Oliveira Moreira y Branco Motta, 2016; Taylor y Alfred, 2010). También concuerdan con los resultados de la medición de competencias culturales en trabajadores de la salud en Chile, correspondientes al estudio de Pedrero *et al.* (2020), que encontró un menor puntaje en la dimensión de sensibilidad a los propios prejuicios, con respecto al obtenido en las dimensiones de conocimiento y habilidades. Así mismo, coincide con la necesidad de las/os profesionales de la salud por entrenar la sensibilidad, la no discriminación y el autoconocimiento, señalada para Chile por Pérez *et al.* (2018).

Otras barreras encontradas en los discursos analizados comprenden el desconocimiento sobre aspectos de las comunidades migrantes y sus países de origen, tales como sus sistemas de salud; condiciones sanitarias y epidemiológicas; elementos culturales relevantes para el diagnóstico y la adherencia al tratamiento, y en particular, las manifestaciones clínicas de la piel “negra”, que son entendidas como diferencias biológicas o *raciales* y, en algunos casos, asociadas también a rasgos culturales.

Podría pensarse que la solución a la barrera del desconocimiento consiste en implementar programas de formación para los profesionales. Sin embargo, la solución no es tan sencilla. La cultura de las comunidades migrantes no puede reducirse a un conjunto de características unívocas, homogéneas y estáticas (Kleinman y Benson, 2006), que permitan construir un procedimiento estándar sobre cómo atender a los pacientes según su origen étnico. Además, en el presente estudio se encontró que esta barrera va acompañada de una desconsideración de la importancia de ese conocimiento para la atención de la salud, su calidad y resultados, lo que Holmes (2012) identifica como la principal dificultad para una atención de la salud culturalmente adecuada. Esto manifiesta la hegemonía de la biomedicina en el sistema médico occidental, que “se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad” (Alarcón *et al.*, 2003, p. 1063).

Las barreras encontradas limitan las posibilidades de que los profesionales logren nuevas experiencias que generen sentimientos, emociones y prácticas que les permitan construir relaciones positivas con pacientes migrantes. No obstante, se observan algunos facilitadores que conducen a que el profesional interactúe desprovisto de estigmas, entre ellos, el reconocimiento de efectos positivos de la migración, el cuestionamiento a la “superioridad” de las normas y prácticas culturales chilenas, y la identificación de la necesidad de entregar diagnósticos y tratamientos culturalmente idóneos. Esto va acompañado de una serie de experiencias que han facilitado procesos de adquisición de conocimientos sobre la migración en el país y las comunidades migrantes que asisten a los centros de salud, entre ellos, la adecuación del lenguaje (vocabulario, expresiones, longitud de frases, velocidad del habla, uso de pausas) y la utilización de recursos gestuales, audiovisuales, de traducción u otros medios; así como extender el tiempo de la consulta y adaptar el espacio para brindar un ambiente de confianza.

Otros facilitadores son el trabajo conjunto con la facilitadora intercultural; la creación de espacios de intercambio y discusión al interior de los equipos sobre información relevante de pacientes migrantes; el acompañamiento o seguimiento de estos durante el itinerario de la atención, y la generación de instancias de mediación de conflictos entre pacientes chilenos/as y migrantes. Todo ello indica la importancia de las experiencias cotidianas de los profesionales, señalada en otros estudios (Lindsay *et al.*, 2012; López-Díaz *et al.*, 2018; De Oliveira Moreira y Branco Motta, 2016).

La mayor parte de estas experiencias no han sido producto de dispositivos institucionales, sino de los propios profesionales, muchas veces de manera aislada, basados en su experiencia y trayectoria vital, tratando de encontrar la mejor forma de responder a la demanda de una atención intercultural.

Las barreras y los facilitadores identificados responden a prácticas y valores que se expresan en las interacciones producidas durante la atención. Si bien se encontró una mayor presencia de barreras, la existencia de facilitadores muestra posibilidades para avanzar en la adquisición o el fortalecimiento de competencias culturales, así como su puesta en práctica en la atención. La vía más inmediata pareciera ser el trabajo entre los integrantes de los equipos de salud para el intercambio de experiencias positivas, que hasta ahora han sido más bien espontáneas e individuales. Este intercambio puede potenciar el reconocimiento de la necesidad de la interculturalidad no sólo en términos del respeto de los derechos de las personas migrantes, sino también de la calidad de la atención y sus resultados.

La consideración de las barreras y los facilitadores puede conducir a un autoexamen individual de la/el profesional y colectivo de los equipos que contribuyan a profundizar este proceso. Sin embargo, esto no asegura por sí solo la adquisición de competencias, pues existen desafíos mayores, propios del campo de la salud, en cuanto a reflexión y práctica.

Uno de los principales desafíos es la hegemonía de la biomedicina, que refuerza la legitimación de una relación jerárquica entre profesional de salud y paciente, basada en una desigual distribución del poder. Esto dificulta el establecimiento de relaciones respetuosas de la autonomía de las personas migrantes en su rol de *pacientes*. También representa un desafío la concepción reduccionista de la cultura en los sistemas de salud, pues muchas veces comprende la incorporación de estrategias que responden a un sistema fijo de costumbres y creencias (Kleinman y Benson, 2006), desconociendo los múltiples sistemas culturales presentes en los territorios, como también que la biomedicina es un sistema cultural (Alarcón *et al.*, 2003; Kleinman y Benson, 2006).

En la práctica cotidiana de los profesionales de la salud, *cuidar a otro* constituye una experiencia subjetiva e intersubjetiva, caracterizada por una continua tensión, en la cual se enfrentan emociones y experiencias personales con las responsabilidades ético-profesionales de la disciplina (Spence, 2001). Por ello, el predominio de actitudes negativas, racismo y discriminación hacia personas migrantes puede impactar desfavorablemente la atención de la salud. En Chile, el incremento de la población migrante ha derivado en un aumento de expresiones de xenofobia,

discriminación y agresiones hacia distintos colectivos migrantes, debido al tono de piel, forma de vestir o idioma (INDH, 2017). Todo esto plantea enormes retos para la adquisición o el fortalecimiento de competencias culturales en los profesionales de la salud.

### CONCLUSIONES

Tanto las barreras como los facilitadores identificados construyen patrones de trato durante la atención de la salud y exigen a los profesionales y equipos una reflexión profunda. Para garantizar la emergencia y consolidación de este proceso, es necesario implementar políticas institucionales construidas sobre principios de igualdad, reconocimiento y horizontalidad que enfrenten los desafíos planteados. Más importante es que las personas migrantes tengan acceso efectivo a una atención de salud en las mismas condiciones que las no migrantes. El acceso a la salud es un requisito previo a cualquier cuestionamiento sobre la pertinencia cultural de la atención.

Se reconoce, entonces, la necesidad de cambiar la noción de *competencias culturales*, que toma como referente la cultura nacional, por la de *competencias interculturales*. Este concepto destaca una relación recíproca, de reconocimiento y respeto, sustentada en la igualdad de derechos entre los seres humanos.

La relevancia del fenómeno migratorio en Chile y el mundo desafía a los sistemas de salud a examinar los discursos y prácticas de las/os profesionales, para disminuir la distancia social y promover un trato respetuoso hacia las personas migrantes. Esta investigación aporta en diagnósticos para avanzar en la construcción de formas de relaciones (inter)culturales basadas en la comunicación crítica entre grupos culturales que evidencian conflictos, con el fin de superarlos (Walsh, 2010). Al identificar los facilitadores para potenciar y las barreras para intervenir, los centros de salud primaria pueden trabajar para lograr una garantía plena del derecho a la salud de las personas migrantes.

### REFERENCIAS

- Abreu, C. (2020). Los conceptos sensibilizadores y el nuevo movimiento metateórico. *Estudios Sociológicos*, 38(113), 533-565. <https://doi.org/10.24201/es.2020v38n113.1831>
- Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Albougami, A. S., Pounds, K. G. y Alotabi, J. S. (2016). Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: A discussion paper. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(4), 1-5. <http://doi.org/10.23937/2469-5823/1510053>
- Archer, M. S. (1997). *Cultura y teoría social*. Nueva Visión.
- Beach, M., Price, E., Gary, T., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. E. y Cooper, L. (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>
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. y 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. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- CEESCR Observación General 14 de 2000 [Consejo Económico y Social]. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 11 de agosto de 2000. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Correa-Betancour, M. (2019). Profesionales de enfermería y el cuidado de migrantes internacionales en Chile: rol de la competencia cultural. *Ciencia y Enfermería*, 25(14). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100102>
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663-680. <https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN>
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., Isaacs, M. y Benjamin, M. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. CASSP Technical Assistance Center.
- De Oliveira Moreira, G. de O. y Branco Motta, L. B. (2016). Competência cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 164-171. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02902014>
- Díaz, O. S. (2015). Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10, 35-44. <https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.578>
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique*. Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique. <https://doi.org/10.3917/ehesp.fass.2008.01.0065>
- Ferrer-Lues, M. (2015). *¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile (1990-2010)* [Tesis de doctorado]. Universidad de Chile.
- Gallagher, R. W. y Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 333-340. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.021>

- Gaudenzi, P. y Schramm, F. (2010). A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 243-255. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200002>
- Giger, J. N. y Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185-188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Gómez-Vírveda, C., De Maeseneer, Y. y Gastmans, C. (2019). Relational autonomy: What does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3>
- Hernández Plaza, S. (2014). ¿Diversidad cultural o desigualdad social? Una aproximación crítica a la competencia cultural en la salud a partir de las necesidades sentidas por mujeres en contextos de diversidad, injusticia social y austeridad. *Configurações*, 14, 1-24. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2290>
- Holmes, S. M. (2012). The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Social Science & Medicine*, 74(6), 873-881. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.067>
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P. y Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1-86. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>
- Hultsjo, S. y Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52(4), 276-285. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH]. (2017). *Informe anual. Situación de los derechos humanos en Chile*. Autor. [https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01\\_Informe-Anual-2017.pdf](https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01_Informe-Anual-2017.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Servicio Nacional de Migraciones (Sernmig). (2022, octubre). *Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2021. Desagregación nacional, regional y principales comunas*. INE; Gobierno de Chile.
- Jenks, A. C. (2011). From “lists of traits” to “open-mindedness”: Emerging issues in cultural competence education. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 35(2), 209-235. <https://doi.org/10.1007/s11013-011-9212-4>
- Jennings, B. (2016). Reconceptualizing autonomy: A relational turn in bioethics. *Hastings Center Report*, 46(3), 11-16. <https://doi.org/10.1002/hast.544>
- Kleinman, A. y Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Liberona Concha, N. P. y Mansilla, M. A. (2017). Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Lindsay, S., King, G., Klassen, A. F., Esses, V. y Stachel, M. (2012). Working with immigrant families raising a child with a disability: Challenges and recommendations for healthcare and community service providers. *Disability and Rehabilitation*, 34(23), 2007-2017. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.667192>
- López-Díaz, L. (2016). La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. *MedUNAB*, 18(3), 163-165. <https://doi.org/10.29375/01237047.2569>
- López-Díaz, L., Arias, S., Rodríguez, V., Reina-Leal, L., Benavides, E., Hernández, D. y Olaya, E. (2018). Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ccea>
- Marrero González, C. (2013). Competencia cultural: enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE Revista de Enfermería*, 7(2), 1-9. [http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/278/pdf\\_3](http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/278/pdf_3)
- McKenzie, H., Kwok, C., Tsang, H. y Moreau, E. (2015). Community nursing care of Chinese-Australian cancer patients: A qualitative study. *Cancer Nursing*, 38(4), E53-E60. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000193>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25.
- Metzl, J. M. y Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Mills, C. W. (1995). *La imaginación sociológica*. Fondo de Cultura Económica.
- Ministerio de Salud. (2017). *Política de salud de migrantes internacionales*. Gobierno de Chile.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Autor.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Autor.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2003, 18 de julio). *Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros* (CD44/9). Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

- Osorio-Merchán, M. B. y López Díaz, A. L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266-270. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400010>
- Pedrero, V., Bernales, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M. y Fernández, P. (2020). Development of an instrument to measure the cultural competence of health care workers. *Revista de Saúde Pública*, 54(29), 1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695>
- Pérez, C., Pedrero, V., Bernales, M. y Chepo, M. (2018). Competencia cultural: la necesidad de ir más allá de las diferencias raciales y étnicas. *Atención Primaria*, 50(9), 565-567. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.007>
- Purnell, L. (2000). A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(1), 40-46. <https://doi.org/10.1177/104365960001100107>
- Spence, D. G. (2001). Prejudice, paradox, and possibility: Nursing people from cultures other than one's own. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(2), 100-106. <https://doi.org/10.1177/104365960101200203>
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821. <https://doi.org/10.1177/0011000001296002>
- Sue, D., Zane, N., Nagayama, G. y Berger, L. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 524-548. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Taylor, R. A. y Alfred, M. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 591-609. <https://doi.org/10.1177/0193945909354999>
- Taylor, S. J., Bogdan, R. y Piatigorsky, J. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Tijoux, M. E. (Ed.). (2016). *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Editorial Universitaria.
- Vásquez, M. L. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 136-142. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402014.pdf>
- Vega, J., Solar, O. e Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En F. Marín y L. Jadue (Eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad* (pp. 9-17). Iniciativa Chilena de Equidad en Salud.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>

Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh (Eds.), *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75-93). Convenio Andrés Bello; Instituto Internacional de Integración.