


DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE ACEPTABILIDAD EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL SANITARIO Y MIGRANTES

DISCOURSES AND PRACTICES OF ACCEPTABILITY IN HEALTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTHCARE PERSONNEL AND MIGRANTS

DISCURSOS E PRÁTICAS DE ACEITABILIDADE EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MIGRANTES

Consuelo Cruz-Riveros¹  Email: consssu@gmail.com

Diego Portilla-Saavedra²  Email: dportilla@santotomas.cl

Siu-Lin Lay-Lisboa³  Email: slay@ucn.cl

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:9

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE31-9DPCS30009>



Autora de correspondencia

Consuelo Cruz-Riveros

Palabras clave

Derecho a la salud; Migración internacional;
Políticas de salud; Personal de salud.

Key words

Right to health; International migration;
Health policies; Health personnel.

Palavras-chave

Direito à saúde; Migração internacional;
Políticas de saúde; Pessoal de saúde.


Fecha de recepción

03/01/2025

Fecha de aceptación

02/05/2025

Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra 

RESUMEN

Objetivo: Comprender, según discursos y prácticas de personas migrantes y funcionarios de salud, qué elementos operan en la aceptabilidad del derecho a salud en el proceso de utilización del sistema de salud en la comuna de Antofagasta. **Material y Método:** Estudio con enfoque cualitativo, fenomenológico y elementos de la teoría fundamentada. La muestra no probabilística, tipo bola de nieve en ambos grupos se conformó por 17 profesionales de salud y 8 migrantes internacionales usuarios del sistema sanitario chileno. Las entrevistas semiestructuradas presenciales u online con duración aproximada de 60 minutos se realizaron entre octubre y noviembre del 2020. La saturación consideró la redundancia de la información y variabilidad. Se empleó análisis temático mediante lecturas repetidas de las transcripciones. **Resultados:** Según las categorías predeterminadas como idioma, cultura y ética, emergieron subcategorías: lenguaje, comprensión y comunicación. **Conclusiones:** Las estrategias como adecuación del lenguaje, no uso de palabras técnicas, sumado a características educativas y de origen de las personas migrantes permiten mayor comprensión de la información. Los elementos culturales permiten mayor comprensión y adherencia de las personas migrantes. La ética en las prácticas de salud permite establecer relaciones cercanas y visualizar al otro como ser humano sujeto de derecho y de dignidad, permite mantener el respeto mutuo durante el proceso de atención.

¹Enfermera, Doctora en Psicología, Escuela de Enfermería. Universidad de las Américas. Sede Concepción (Chile).

²Psicólogo, Doctor en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás. Sede Antofagasta (Chile).

³Psicóloga, Doctora en Investigación e Innovación en Educación, Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte. Antofagasta (Chile).

ABSTRACT

Objective: To understand, based on the discourses and practices of migrants and health officials, what elements operate in the acceptability dimension of the right to health in the process of using the health system in the city of Antofagasta (Chile). **Materials and Methods:** Qualitative, phenomenological study with elements of grounded theory. The non-probabilistic, snowball sample in both groups consisted of 17 health professionals and 8 international migrant users of the Chilean health system. The semi-structured in-person or online interviews lasting approximately 60 minutes, were conducted between October and November 2020. Saturation took into account information redundancy and variability. Thematic analysis was applied through repeated readings of the transcripts. **Results:** Subcategories of language, comprehension, and communication emerged from predetermined categories of language, culture, and ethics. **Conclusions:** Strategies such as language appropriateness, non-use of technical words, added to educational and origin characteristics of migrants allow for greater comprehension of the information. Cultural elements allow for greater understanding and adherence in migrants. Ethics in health practice encourages the establishment of close relationships and the visualization of the other as a human being with rights and dignity. This approach fosters mutual respect during the care process.

RESUMO

Objetivo: Compreender, a partir dos discursos e práticas de pessoas migrantes e profissionais de saúde, quais elementos operam na dimensão de aceitabilidade do direito à saúde no processo de utilização do sistema de saúde na cidade de Antofagasta (Chile). **Material e Método:** Estudo qualitativo, fenomenológico, com elementos da teoria fundamentada. A amostra não probabilística, do tipo bola de neve, consistiu em 17 profissionais de saúde e 8 usuários migrantes internacionais do sistema de saúde chileno. As entrevistas semiestruturadas, presenciais ou on-line, com duração aproximada de 60 minutos, foram realizadas entre outubro e novembro de 2020. A saturação foi alcançada mediante a redundância e a variabilidade das informações. A análise temática se realizou por meio de leituras repetidas das transcrições. **Resultados:** As subcategorias de linguagem, compreensão e comunicação emergiram das categorias pré-determinadas de linguagem, cultura e ética. **Conclusões:** Estratégias como a adequação da linguagem e a não utilização de palavras técnicas, juntamente com as características educacionais e de origem dos migrantes, permitem uma maior compreensão das informações. Os elementos culturais facilitam a compreensão e adesão dos migrantes. A ética na prática da saúde incentiva o estabelecimento de relações próximas e a visão do outro como um ser humano com direitos e dignidade. Essa abordagem promove o respeito mútuo.

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno global de creciente importancia que plantea desafíos significativos a nivel socioeconómico, cultural y de salud pública^(1, 2). Según la Organización Internacional para las Migraciones (IOM por sus siglas en inglés), en 2020, aproximadamente 281 millones de personas en el mundo eran migrantes internacionales, lo que representa un notable aumento desde principios del siglo XXI⁽³⁾. Este crecimiento es parte de un proceso de globalización más amplio que facilita y aumenta la circulación de personas entre países, creando nuevas comunidades y dinámicas sociales en los países de acogida⁽⁴⁾.

En Chile, la Región de Antofagasta, conocida por su robusta economía minera, ha sido un destino destacado para migrantes de América Latina, especialmente de países como Colombia y Bolivia^(5, 6). Esta afluencia ha transformado la

demografía local y ha puesto nuevos desafíos al sistema de salud público^(6, 7). La migración internacional, como un determinante social de la salud, puede conllevar diversos factores de riesgo que se manifiestan en las distintas etapas del proceso migratorio⁽⁸⁾. Estos factores, que varían desde condiciones socioeconómicas hasta barreras en el acceso a servicios de salud, pueden exacerbar la vulnerabilidad social de los migrantes^(9, 10) y, como consecuencia, estos factores de riesgos tienen el potencial de afectar negativamente la salud de las personas migrantes, llevando a un posible deterioro de su estado de bienestar físico, mental y social^(9, 11, 12).

Para resguardar los derechos fundamentales de la población, los Estados receptores deben generar políticas públicas que permitan enfrentar las demandas asociadas a la migración internacional, siendo el derecho a salud uno de

sus desafíos principales, en donde las barreras culturales, lingüísticas y estructurales pueden impedir el acceso equitativo a los servicios⁽¹³⁻¹⁶⁾. En el contexto chileno, donde el derecho a la salud está consagrado en el sistema legal y respaldado por diversos tratados internacionales, la realización efectiva de este derecho es compleja y multifacética^(17, 18). Algunas de las problemáticas que enfrentan los migrantes internacionales en el ejercicio del derecho a salud, son obstáculos que no solo incluyen la integración en los sistemas de salud, sino también la recepción de cuidados que respeten sus necesidades culturales y lingüísticas específicas^(7, 16, 19, 20).

La aceptabilidad, como una de las dimensiones clave del derecho a la salud, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, se refiere a la necesidad de servicios de salud que presenten prácticas basadas en el respeto a la cultura y éticamente apropiadas para todos⁽¹⁷⁾. Al respecto, la literatura ha documentado ampliamente cómo las percepciones del personal de salud y los pacientes migrantes pueden diferir, llevando a malentendidos y, a veces, a un acceso inadecuado de tratamientos necesarios⁽¹⁹⁻²²⁾.

Dentro de la dimensión de aceptabilidad en la atención en salud a personas migrantes, resulta fundamental considerar factores como la adaptación del idioma, las creencias culturales y las expectativas éticas⁽¹⁹⁻²²⁾. Estos elementos influyen de manera decisiva en la interacción entre pacientes y personal de salud, así como en la forma en que se ofrecen y reciben los servicios sanitarios⁽¹⁹⁻²²⁾. En América Latina, diversos estudios han evidenciado que un abordaje deficiente o fragmentado de la dimensión de aceptabilidad genera desconfianza e insatisfacción en las personas usuarias respecto a la atención en salud^(19, 23, 24). Si bien el acceso universal se plantea como un principio rector, su ejercicio real se ve condicionado por una serie de factores administrativos, a los cuales se suman determinantes socioeconómicos y culturales que inciden directamente en la experiencia y calidad del proceso de atención^(19, 23, 24).

Los datos recientes indican que la población migrante en Chile ha estado creciendo cons-

tantemente, con un aumento significativo del número de migrantes que llegan de países vecinos debido a crisis políticas y económicas⁽²⁴⁻²⁶⁾. Esta nueva ola de migración ha presionado aún más los servicios públicos, incluidos los de salud, y ha subrayado la necesidad de políticas inclusivas y efectivas que no solo aborden las necesidades médicas sino también las sociales y culturales de los migrantes⁽¹⁹⁾.

Entre el personal de salud, la enfermera, como agente del cuidado, es un integrante relevante en el cuidado de poblaciones que pueden llegar a sufrir algún tipo de vulneración, su formación incluye la práctica de estrategias didácticas que permiten la integración y el cuidado ético, favoreciendo una atención sensible y respetuosa frente a otras culturas⁽²⁷⁾.

El siguiente estudio se fundamenta en la necesidad de abordar elementos intangibles, pero importantes como la efectividad y dignidad en el proceso de utilización de los servicios sanitarios porque si bien son puntos relevantes, muchas veces son relegados por la búsqueda de alcanzar el acceso de salud universal. La aceptabilidad como dimensión, es el vínculo entre los elementos teóricos del derecho a salud y la práctica e implementación de los profesionales en los centros de salud.

Por lo anterior, el análisis de los discursos y prácticas del personal de salud y de los migrantes en Antofagasta ofrece una ventana única para entender las prácticas del derecho a la salud en la dimensión aceptabilidad en un contexto intercultural. El enfoque cualitativo del estudio permite capturar la complejidad de las experiencias y percepciones, ofreciendo una visión profunda de los desafíos y oportunidades para hacer del derecho a la salud una realidad para todos en Chile. Concordante con ello, este estudio es pertinente y oportuno dado el creciente reconocimiento global de la migración como un determinante clave de la salud.

A raíz de lo previamente expuesto, el objetivo del estudio fue comprender, a partir de los discursos y prácticas de personas migrantes y profesionales de salud, qué elementos operan en la dimensión de aceptabilidad del derecho a salud en el proceso de utilización del sistema de salud en la comuna de Antofagasta, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Estudio cualitativo desde un paradigma interpretativo-fenomenológico, siendo complementado con elementos de la teoría fundamentada para su proceso de codificación y análisis progresivo de los datos⁽²⁸⁾.

Participantes: La muestra inicial contemplaba 10 profesionales de atención abierta, 10 profesionales de atención cerrada y 15 migrantes internacionales. La muestra final de 25 participantes estaba integrada por 8 profesionales de salud de la atención abierta, 9 de atención cerrada y 8 migrantes internacionales. La negativa a participar fue principalmente disponibilidad de tiempo libre de ambos grupos, otros finalmente desistieron a participar por falta de interés y temor a ser identificados, a pesar de indicar que su anonimato estaba garantizado.

El muestreo fue no probabilístico, tipo bola de nieve, resaltando la voluntariedad para la participación. El reclutamiento fue mediante un participante semilla en ambos grupos participantes; el objetivo fue principalmente que las personas lograran confianza y comodidad, siendo el participante semilla una persona representativa de las personas migrantes: presidente de junta vecinal y en profesionales: personal titulado de una universidad privada de la zona de Antofagasta. La elección del tipo de muestreo se produce principalmente por la baja participación de los profesionales de salud y la dificultad de acceder a participantes migrantes⁽²⁹⁾.

Los criterios de inclusión en el personal de salud fueron: antigüedad laboral de mínimo 1 año y poseer un título profesional. En personas migrantes internacionales: mayor o igual a 18 años, haber utilizado al menos 1 vez el servicio de atención cerrada y/o abierta, tener el español como idioma base (para procurar una comprensión adecuada del documento de consentimiento y la información entregada) y no presentar alteración cognitiva (como demencia senil u otro tipo). Los códigos utilizados para identificar a los diversos participantes fueron: EPA para la entrevista a un participante de atención abierta, EPC para la entrevista de un participante de atención cerrada y EPM para la entrevista de un participante migrante. Junto a la

sigla se asignó un número correlativo al número de participantes.

Recolección de la información: Mediante entrevistas semiestructuradas, se indagó y buscó comprender con mayor profundidad las percepciones y experiencias de las personas migrantes internacionales respecto a la categoría de análisis aceptabilidad y sus subcategorías idioma, cultura y ética. Las preguntas de investigación que orientaron este estudio fueron: ¿Cuáles son los discursos y las prácticas de migrantes internacionales y profesionales de salud? y ¿qué elementos operan en la dimensión de aceptabilidad del derecho a salud en el proceso de utilización del sistema de salud en la comuna de Antofagasta, Chile?

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron durante los meses de octubre y noviembre del año 2020, en momentos del estallido social e inicio de la pandemia en Chile, por lo que se procuraron las medidas de seguridad y resguardo establecidas en ese período. La recolección de información comenzó cuando se contactó a los 3 participantes semillas (1 de cada grupo), a los cuales se les entregó la información de forma verbal y escrita, respaldado en un correo electrónico generado exclusivamente para llevar a cabo el estudio. Posteriormente, se generó un listado de posibles participantes a los cuales se les contactó por correo electrónico y se les envió el consentimiento informado, una breve descripción del proyecto y se consultaba la disponibilidad de fecha y hora para la entrevista; el consentimiento podía ser entregado por correo o al momento de realizar la entrevista. Al efectuarla se procedía a la lectura de un protocolo que hacía hincapié en la voluntariedad del proceso y la posibilidad de abandono de la entrevista en cualquier momento de ser requerido.

La duración de cada entrevista fue de aproximadamente 60 minutos, se dio la opción de hacerlo presencial u online, dependiendo de las posibilidades y comodidad de cada participante. El personal de salud mayormente optó por entrevista online, en cambio las personas migrantes prefirieron modalidad presencial, las cuales se realizaron en domicilios. Las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior

transcripción y análisis. Previó a las entrevistas, para garantizar la pertinencia del guion de preguntas, se recurrió a la evaluación de dos expertos en temas de migración internacional y salud pública, determinando así, su viabilidad y aplicabilidad.

Las preguntas a los profesionales fueron: ¿Cuáles son las adecuaciones establecidas en el centro de salud al momento de realizar las atenciones de salud? ¿Cuáles son las consideraciones que usted tiene al momento de entregar las indicaciones o información a la población inmigrante internacional? ¿Cuáles son los aspectos positivos que consideran los protocolos o normas de atención a los inmigrantes internacionales? ¿Qué factores considera usted actúan como barreras culturales al momento de brindar atenciones de salud a la población inmigrante internacional?

Las preguntas para personas migrantes fueron: En su opinión y según su experiencia durante la atención en el centro de Cultura salud: ¿Qué factores no se consideraron al momento de entregar las indicaciones? ¿Qué dificultad ha presentado usted respecto a la información que le entregan en el centro de salud? ¿Qué quisiera usted que se incluyera al momento de realizar la atención de salud? ¿Cuáles son los aspectos positivos de los profesionales al momento de relacionar con usted en la atención?

Durante el proceso de investigación la saturación consideró la redundancia de la información y variabilidad, es decir, cuando las respuestas empezaron a tener elementos repetidos entre los participantes de cada grupo, y no se generaban elementos diversos ni tampoco permitían seguir profundizándolos.

Análisis de la información: Cada una de las entrevistas fue grabada y transcrita para su posterior análisis. Como principal herramienta se empleó el análisis temático, la cual se llevó a cabo mediante lecturas repetidas de las transcripciones de los distintos grupos^(29, 30, 31) que permitieron un examen más minucioso. Posteriormente, en cada grupo se realizó la codificación abierta para extraer en unidades mínimas los elementos y categorías de los discursos relacionados con las preguntas. Luego la codificación axial se reorganizó, conectando y jerarquizando las categorías encontradas en la

codificación anterior. En la codificación selectiva se integra la teoría asociada a las categorías y subcategorías finales.

Para el cumplimiento del rigor en la investigación se consideró la credibilidad incluyendo con ellos la triangulación de la información con la incorporación de distintas fuentes, además la discusión con el equipo durante el proceso de análisis. Sumada la confiabilidad dada por un investigador experto quien auditaba cada paso del proceso. La confirmabilidad se estableció mediante la evidencia de la vinculación de elementos, categorías y subcategorías.

Aspectos éticos: En lo que respecta a los aspectos éticos, la investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte, bajo el código de protocolo 016/2020, con fecha de aprobación del 14 de octubre de 2020. Se obtuvieron todos los permisos necesarios antes de iniciar la recopilación de datos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a las entrevistas, asegurándose de que comprendieran plenamente los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados y su derecho a retirarse en cualquier momento sin penalización alguna. Para garantizar la confidencialidad, se resguardó la totalidad de la información proporcionada por los participantes, por la investigadora a cargo durante 5 años.

Para mantener el anonimato y asegurar que la identidad de los participantes permaneciera protegida, los códigos alfanuméricos asignados a los participantes fueron utilizados en todos los documentos y registros de la investigación. Se tomaron medidas adicionales para asegurar que toda la información recopilada se almacenara de manera segura, con acceso restringido solo a los miembros del equipo de investigación autorizados.

Para evitar que el rol del investigador pudiera influir en las respuestas socialmente correctas de los profesionales, se adoptó una postura neutral evitando juicios y gestos que indiquen aprobación o desaprobación de la respuesta entregada, se buscó, principalmente, realizar entrevistas en contextos fuera de los centros asistenciales, para generar una instancia de confianza entre entrevistador y participante.

RESULTADOS

Características de las/os participantes: El personal de salud presentaba una media de 5,3 años trabajando en el centro de salud y los migrantes un promedio de tiempo de estadía en el país de 5,8 años. El personal de salud alcanzó una edad media de 32,7 años y, en cuanto al sexo, las 15 mujeres representaron el 89%. Todas las personas migrantes internacionales eran de sexo femenino, alcanzaron una edad media de 44,2 años y según país de residencia la mayor proporción (85,7%) era de Colombia (Tabla 1).

Elementos que operan en la aceptabilidad

del derecho a salud: Los discursos del personal de salud y los migrantes se enmarcan en tres categorías predeterminadas: idioma, cultura y ética, cada una con 2 subcategorías emergentes (Figura 1). En cuanto al idioma, se observan diversas estrategias de atención para facilitar la atención a personas que no hablan español, incluyendo el uso de tecnología y traductores, y se reconoce la influencia del nivel educativo y la timidez en la comprensión. En el ámbito cultural, los profesionales de salud abordan la adecuación

Tabla 1. Participantes profesionales y migrantes según códigos, nacionalidad y tipo de profesión en establecimientos de atención cerrada y abierta, Comuna de Antofagasta, Chile (n= 25).

Participante	Código	Sexo	Edad (años)	Nacionalidad	Profesión
Profesionales de salud	EPA1	Femenino	36	chilena	Psicóloga
	EPA2	Masculino	40	chileno	Médico
	EPA3	Femenino	32	chilena	Administrativa
	EPA4	Femenino	28	chilena	Matrona
	EPA5	Femenino	31	chilena	Enfermera
	EPA6	Femenino	31	chilena	Psicóloga
	EPA7	Femenino	36	chilena	Trabajadora Social
	EPA8	Femenino	29	chilena	Enfermera
	EPC9	Femenino	39	chilena	Enfermera
	EPC10	Femenino	47	chilena	Matrona
	EPC11	Femenino	25	chilena	Técnico de Enfermería de nivel superior
	EPC12	Femenino	39	chilena	Enfermera
	EPC13	Femenino	32	chilena	Enfermera
	EPC14	Femenino	26	chilena	kinesióloga
	EPC15	Femenino	30	chilena	Nutricionista
	EPC16	Femenino	26	chilena	Técnico de Enfermería de nivel superior
	EPC17	Masculino	29	chileno	Enfermero
Migrantes Internacionales	EPM1	Femenino	36	Colombiana	
	EPM2	Femenino	61	Boliviana	
	EPM3	Femenino	46	Colombiana	
	EPM4	Femenino	43	Colombiana	
	EPM5	Femenino	38	Colombiana	
	EPM6	Femenino	57	Colombiana	
	EPM7	Femenino	44	Colombiana	
	EPM8	Femenino	29	Colombiana	

cultural en las normativas y procesos de atención, adaptando la información y las indicaciones según las creencias y características culturales de los pacientes, asegurando así el respeto a sus derechos. Por último, en términos éticos, tanto los profesionales como los migrantes enfatizan la

importancia de una relación cercana, respetuosa y humanizada, destacando la necesidad de un trato digno y continuo que considere a la persona en su totalidad y evite la fragmentación del individuo.

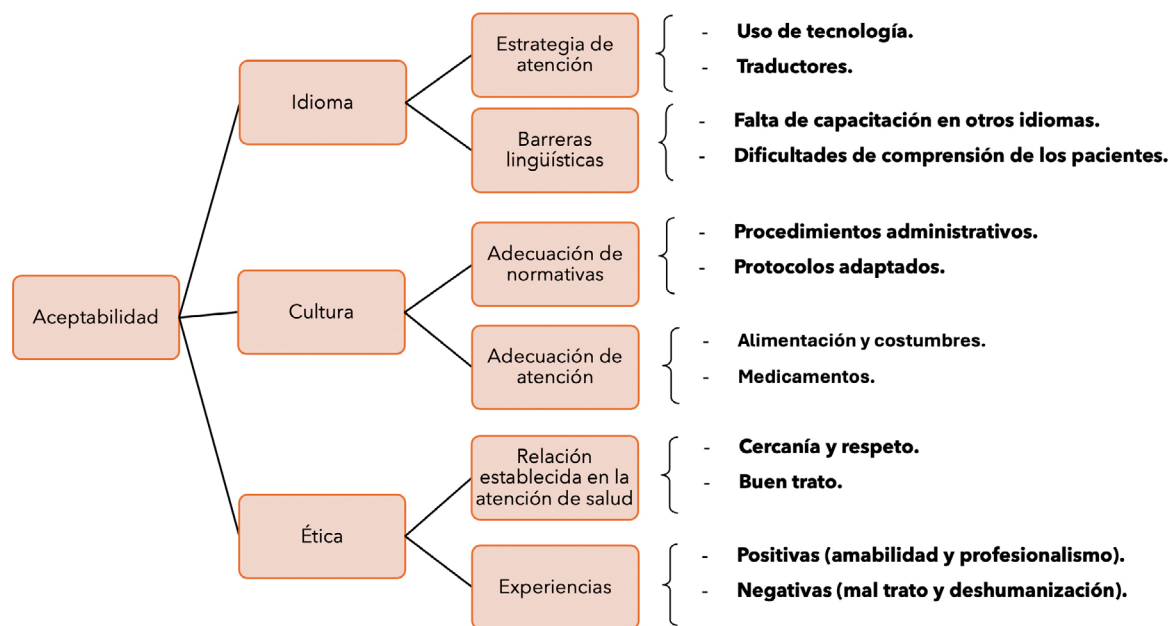


Figura 1. Categorías y subcategorías de la Aceptabilidad relacionadas con las experiencias de profesionales de salud y migrantes internacionales, Comuna de Antofagasta, Chile (n=25).

Idioma: En los discursos del personal de salud, se evidencia la subcategoría "Estrategias de atención" que tiene como propósito garantizar la fluidez y eficacia en la atención a personas que no hablan español, utilizando para ello el uso de tecnología y traductores. Ambos grupos, tanto los profesionales de salud como los migrantes, coinciden en que la población latinoamericana que consulta en el sistema de salud utiliza modismos, jerga y tecnicismos que, con el tiempo, se han incorporado al vocabulario tanto de los equipos de salud como de la población migrante. La segunda subcategoría "Barreras lingüísticas", se ve influenciada por el nivel

educativo y la timidez, asociada principalmente a personas de pueblos originarios.

Los profesionales de salud comentan:

"Hoy día hay tanta tecnología, no tenemos un chino trabajando con nosotros, pero sí los traductores de los celulares" (EPC8).

"En la atención del paciente, el hecho de atender a un paciente alemán donde uno no tiene el conocimiento de hablar alemán, con suerte hablar inglés, el tema del tratamiento se complica. Entonces, la barrera lingüística, no estamos capacitados para atender en ese contexto" (EPC9).

Desde la perspectiva de los migrantes internacionales:

"Yo nunca había recibido un trato así. A lo mejor mi mamá no se deja entender por el idioma, tuve que intervenir y esa fue una mala experiencia para mí" (EPM3).

Durante el análisis de esta subcategoría, emerge el lenguaje, el cual está relacionado con las experiencias y vivencias en la interacción entre el profesional y el usuario.

Los profesionales de salud expresan:

"A veces nosotros tenemos otro tipo de lenguaje o hay palabras que ellos no entienden porque son recién llegados, entonces no están adaptados" (EPC5).

"Por lo menos trato de hablarle siempre en un lenguaje para que ellos me entiendan, y ciertas palabras que también las voy entendiendo y todo para que se sientan tranquilos" (EPA1).

Los migrantes internacionales comentan:

"Lo entregan al vocabulario chileno, pero ellos presencialmente, mira que una persona extranjera" (EPM5).

"Hablamos diferente a los demás, entonces a veces no entienden. Yo por lo menos pregunto qué quiere decir esto, acá hay muchas jergas" (EPM6).

Cultura: Los relatos de los profesionales de salud abordan de manera amplia la adecuación cultural en dos ejes principales: "Normativas" y "Proceso de atención".

Esta última incluye consideraciones sobre la alimentación que pueden desencadenar separaciones alimentarias obligatorias, así como la entrega de indicaciones e información adaptada a las características culturales de cada persona.

Los profesionales de salud en atención cerrada mencionan:

"Es un régimen común para todos y está adecuado a las características de la población chilena" (EPC9).

En atención abierta, un profesional comenta: *"Ellos tienen otra cultura de comida que acá no la tenemos, entonces a veces, yo siempre trato de llegar al equilibrio"* (EPA3).

En general, al consultar sobre adaptaciones, se indica:

"Los procedimientos solamente están enfocados al estamento administrativo" (EPA2).

Además, se menciona:

"Preparó un protocolo junto con la mediadora y ese protocolo se utiliza y se traspasó a todos los funcionarios" (EPA1).

Desde la perspectiva de los migrantes internacionales, se destacan experiencias como:

"Me cambiaron la metformina... ahí me pusieron todo el problema. Estuve dos meses sin medicamentos esperando que me autorizaran y yo sé que hay un protocolo que la verdad... no lo entiendo. No sé si es para que uno se aburra y compre medicamento y no sé por qué lo hacen" (EPM7).

Ética: Las manifestaciones de ambos grupos se centran en dos categorías: la primera es la "Relación establecida durante la atención de salud", destacándose características como la cercanía, respeto, flexibilidad, voluntariedad y buen trato. La segunda, "La experiencia" que se asocia a eventos positivos y negativos vivenciados por las personas.

Los profesionales de salud mencionan:

"En general, una relación cercana" (EPA2), *"Siempre intento respetar"* (EPA5), y *"De respeto, pero puede afectar un poquito porque nosotros también tenemos normas más rígidas... pueden ser mal interpretadas"* (EPC7).

Desde la perspectiva de los migrantes internacionales, algunos expresan experiencias positivas:

"La mayoría ha sido muy cálida y muy amable" (EPM7). *"La doctora que me atendió era muy profesional"* (EPM2). *"Pues le cuento que siempre el personal extranjero atiende mucho mejor que el personal del país"* (EPM7). Sin embargo, también hay relatos negativos: *"Lo atienden feo a uno"* (EPM2) y *"Me gustaría que la gente tuviera un trato más humano porque parece que hemos perdido la humanidad hacia el prójimo y andamos con miedo de todo, estamos como perdidos"* (EPM4).

DISCUSIÓN

Lo primero a destacar del estudio es el abordaje considerando dos actores relevantes: el sistema de salud y la población migrante internacional usuaria de los servicios. Lo segundo es que en el contexto de que en Chile, las políticas públicas respecto a la salud del migrante internacional han mostrado avances significativos desde el año 2017, cuando el programa destinado a esta población definió nuevos lineamientos basados en la universalidad de las prestaciones^(7, 32), el análisis de los discursos y prácticas permite levantar información preliminar de cómo este programa se encuentra permeando los espacios de atención, específicamente con actores claves en este proceso.

Autores como Cuadrado⁽³³⁾ y Cabieses⁽³⁴⁾ evidencian la persistencia de brechas significativas entre los marcos teóricos de las políticas públicas y su implementación efectiva en los contextos locales. En la práctica cotidiana, los equipos de salud enfrentan obstáculos concretos como la falta de capacitación adecuada y la escasa adaptación de las normativas a las particularidades de cada territorio⁽³⁴⁾. Frente a estas deficiencias, algunos profesionales han optado por incorporar activamente la dimensión ética, el "deber ser" en su quehacer diario, como una forma de orientar sus acciones y garantizar un trato digno y centrado en la persona⁽³⁵⁾.

La evidencia permite observar que las relaciones en salud, desde sus normativas, presentan elementos de verticalidad y unidireccionalidad en las interacciones entre usuarios y personal⁽³⁶⁻³⁸⁾. A su vez, estos factores se ven plasmados en nuestros hallazgos porque demarcan las dificultades a nivel idiomático y cultural que reflejan tanto profesionales de la salud como población migrante en su interacción en el contexto de la atención de salud. Estos hallazgos permiten identificar prácticas históricamente arraigadas en el sistema de salud chileno que resultan en una dicotomía entre el acceso universal y la atención centrada de la persona. Nuestros resultados permiten reflexionar sobre otras investigaciones recientes, que resaltan que la atención centrada en la persona mejora significativamente los resultados de salud y la satisfacción del paciente, enfatizando la nece-

sidad de adaptar las prácticas de salud para ser más inclusivas y equitativas^(7, 25, 37-40).

El respaldo teórico de los resultados permite identificar que una atención de salud en donde se incluyan las categorías como la ética, la cultura y el idioma, genera una percepción positiva tanto del personal como del sistema. Los profesionales adoptan estrategias y adecuaciones para el desarrollo del proceso de atención, enfocando su actuar en el deber ser y el deber hacer en los centros de salud, colocando como eje central la perspectiva del otro como persona de derecho⁽³⁵⁾. Este enfoque sitúa al usuario como un agente de cambio empoderado de su autocuidado y no como un mero receptor^(31, 41).

En este estudio el aspecto ético en las prácticas sanitarias está frecuentemente delimitado al contexto administrativo. Al respecto, se podría encontrar contraste en lo planteado por Bermejo⁽⁴²⁾ quien señala que la humanidad del personal de salud debe orientarse al respeto de la dignidad y la igualdad de derechos, especialmente para aquellos que enfrentan dificultades para ejercer plenamente sus derechos humanos. La evidencia sugiere que una práctica basada en la consideración del otro en sus características culturales, género, ciclo vital e idiomático sugieren una ética robusta del profesional sanitario, contribuyendo en la reducción las disparidades y mejora la percepción de la calidad del servicio^(35, 43).

Las prácticas de verticalidad en las relaciones dentro de los equipos de salud, desde los directivos hasta el personal de los centros, tienden a invisibilizar el concepto del otro, perpetuando una visión antropológica utilitarista que impide ver al otro como un individuo con quien se relacionan de manera amable y atenta a sus diversas necesidades^(37, 38). Replantear el componente ético del actuar en salud permitiría responder a estas necesidades desde una base universal orientada a la realidad del individuo^(37, 42).

Respecto a las limitaciones, se señala en primer lugar su alcance restringido debido a la limitación geográfica y la concentración de migrantes internacionales provenientes principalmente de Sudamérica en la zona norte, lo cual no permite generalizar los resultados. Para futuras investigaciones, es pertinente ampliar la

muestra a diferentes regiones del país e incluir diversos estamentos del personal de salud (auxiliares, administrativos y profesionales). Además, incorporar enfoques interseccionales y longitudinales podría proporcionar una visión más integral de las dinámicas de salud en contextos migratorios.

CONCLUSIÓN

Las categorías que emergieron permitieron profundizar en los elementos involucrados en el idioma, ética y cultura. En idioma las estrategias como adecuación del lenguaje, el no uso de palabras técnicas, sumado a la consideración de las características educativas y de origen de las personas migrantes internacionales permiten una mayor comprensión de la información.

Sumado a lo anterior, la consideración de los elementos culturales permite mayor comprensión y adherencia de las personas migrantes, a pesar de no ser consideradas desde las políticas y normativas.

Por último, la consideración de la ética en las prácticas de salud permite establecer relaciones cercanas, visualización del otro como ser humano sujeto de derecho y de dignidad, permite mantener el respeto mutuo durante el proceso de atención.

Financiación: Sin financiamiento.

Conflictos de intereses: Sin conflictos de intereses.

Agradecimientos: Los autores agradecemos a los participantes del estudio, los cuales con su tiempo y apoyo permitieron llevar a cabo esta investigación.

Participación:

Consuelo Cruz-Riveros: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, asesoría Estadística.

Diego Portilla-Saavedra: Análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, asesoría Estadística.

Siu-Lin Lay-Lisboa: Concepción y diseño del trabajo, aprobación de su versión final.

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. La salud de los migrantes. Washington, D.C.; 2016 (CD55/11 La Salud de los Migrantes) [Internet]. 2016 [citado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31442/CD55-11%2c%20Rev.1-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
2. Cernadas A. Atención sanitaria a los migrantes sin papeles. En: La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades. 1ª ed. Madrid: Editorial Síntesis; 2010. p. 238-240.
3. IOM's GMDAC. Poblaciones de migrantes internacionales [Internet]. Portal de Datos sobre Migración. [citado 13 may 2024]. Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/poblaciones-de-migrantes-internacionales>
4. Castro JAT, Casas MCM. La migración en contextos de globalización, algunos apuntes sobre el transnacionalismo como enfoque analítico. RECP [Internet]. 2013 [citado 13 may 2024]; (2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/recp/article/view/26256>
5. González PJA, González TPM. Migración latinoamericana en situación de marginalidad. Campamentos y educación en Antofagasta, 2012-2018. Estud pedagóg [Internet]. 2020 [citado 13 may 2024]; 46(2): 359-79. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-07052020000200359>.
6. Arriagada-Sickinger CA, Contreras-Gatica Y. La migración en Antofagasta: El habitar en frontera porosa como estrategia de resistencia. Urbano [Internet]. 2023 [citado 13 may 2024]; 26(47): 46-57. Disponible en: <https://doi.org/10.22320/07183607.2023.26.47.04>
7. MINSAL. Salud del inmigrante [Internet]. Protección de Salud [citado 14 may 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
8. IOM's GMDAC. Migración y salud [Internet]. Portal de Datos sobre Migración. [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/migracion-y-salud>
9. Hernández MJ. Factores de vulnerabilidad social en población inmigrante nicaragüense empobrecida en Costa Rica, 2019. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2022 [citado 14 may 2024]; 20(1): 373-89. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.50414>
10. International Organization for Migration. Determinantes de la vulnerabilidad de los migrantes [Internet]. Manual: Migrantes vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://emm.iom.int/es/handbooks/migrantes-vulnerables-la-violencia-la-explotacion-y-el-abuso/determinantes-de-la>

11. Ramírez-Santana M, Rivera HJ, Bernaldes SM, Cabieses VB. Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. *Migr Int* [Internet]. 2019 [citado 14 mayo 2024]; 10: 1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i36.2005>
12. Naciones Unidas/. Migrantes en situación de vulnerabilidad. Migración y Derechos Humanos. ACNUDH 1995-2025 [Internet]. [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/migration/migrants-vulnerable-situations>
13. UN/OMS. El derecho a la salud. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Folleto informativo N° 31 [Internet]. 2008 Junio [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
14. Naciones Unidas/ El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes. ACNUDH y el Derecho a la Salud. ACNUDH 1995-2025 [Internet]. [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
15. Pierola D, Rodríguez CM. Migrants in Latin America: Disparities in Health Status and in Access to Healthcare. HEN: Latin America (Topic) [Internet]. 2020 [citado 21 abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3682760>
16. Oyarte M, Cabieses B, Rada I, Blukacz A, Espinoza M, Mezones-Holguín E. Unequal access and use of health care services among settled immigrants, recent immigrants, and locals: A comparative analysis of a nationally representative survey in Chile. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 21 abr 2025]; 20(1): 741. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010741>
17. Figueroa G-HR. El Derecho a la Salud. *Estud Const (Impresa)* [Internet]. 2013 [citado 14 mayo 2024]; 11(2): 283-332. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002013000200008&script=sci_arttext
18. Allard SR, Hennig LMC, Galdámez ZL. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estud Const (Impresa)* [Internet]. 2016 [citado 14 mayo 2024]; 14(1): 95-138. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-52002016000100004&script=sci_arttext
19. Bustamante PV. Políticas migratorias para el acceso a la salud de los inmigrantes en Chile. En: *Migraciones y desplazamientos forzados* [Internet]. Ariadna Ediciones; 2021 [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: <https://books.openedition.org/ariadnaediciones/9410>
20. Ortúzar MGD. Justicia social y derecho a la salud de migrantes latinoamericanos en una Argentina con legados neoconservadores. *Resist Rev Derechos Soc* [Internet]. 2020 [citado 21 abr 2025]; 1(2): 135-47. Disponible en: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/223/213>
21. Chepo ChM. Percepción de los derechos de salud para la población migrante en Chile: análisis desde Twitter. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [citado 21 abr 2025]; 35(6): 559-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.005>
22. Álvarez-Cruces DJ, Nocetti-de-la-Barra A, Burdiles FG. Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index Enferm* [Internet]. 2021 [citado 15 mayo 2024]; 30(3): 179-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000200006&script=sci_arttext
23. Escobedo LE, Cervantes L, Havranek E. Barreras en la atención médica para pacientes latinos con dominio limitado del inglés: una revisión narrativa. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2023 [citado 21 abr 2025]; 38(5): 1264-1271. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07995-3>
24. Innata Digital. Aumento de inmigrantes en Chile: ¿Cómo se adapta la investigación de mercado? [Internet]. AIM Chile. 2024 [citado 15 mayo 2024]. Disponible en: <https://aimchile.cl/aumento-de-inmigrantes-en-chile-como-se-adapta-la-investigacion-de-mercado/>
25. Rivera I. Población extranjera residente en Chile llegó a 1.482.390 personas en 2021, un 1,5% más que en 2020 [Internet]. SERMIG. Servicio Nacional de Migraciones; 2022 [citado 15 mayo 2024]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/poblacion-extranjera-residente-en-chile-llego-a-un-15-mas-que-en-2020/>
26. Diario Financiero. Chile tiene la segunda proporción de migrantes más en América Latina, según un informe del Banco Central [Internet]. 2023 [citado 15 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.df.cl/internacional/economia/chile-tiene-la-segunda-proporcion-de-migrantes-mas-alta-en-america>
27. Valdéz-Fernández AL. Conceptual models and theories applied to nursing education in intercultural contexts: state of the art. *Investig Educ Enferm* [Internet]. 2023 [citado 21 abr 2025]; 41(2): e14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10599703/>
28. Razali R, Abu Bakar H. Combining phenomenology and grounded theory in software engineering: an experience. *Eur Conf Res Methodol Bus Manag Stud* [Internet]. 2023 [citado 24 abr 2025]; Disponible en: <https://papers.academic-conferences.org/index.php/ecrm/article/view/1456/1256>
29. Carreño A, Blukacz A, Cabieses B, Jazanovich D. "No one seems ready to hear what I've seen":

- Mental health care for refugees and asylum seekers in Chile. *Salud Colectiva* [Internet]. 2020 [citado 2025 abr 24]; 16: e3083. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035>
30. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2024]; 56(3): 1391-412. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
 31. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *J Posit Psychol* [Internet]. 2017 [citado 1 jul 2024]; 12(3): 297-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1743976.0.2016.1262613>
 32. MINSAL. Salud migrante [Internet]. 2017 [citado 1 jul 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-migrantes/>
 33. Cuadrado C. Public health policies in Chile: seeking to regain trust. *Medwave* [Internet]. 2016 [citado 16 jul 2024]; 16(08): e6532. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Septiembre2016/PDF/medwave-2016-08-6532.pdf>
 34. Cabieses B. La migración internacional en Latinoamérica y el Caribe desde la perspectiva de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2022 Dec [cited 24 abr 2025]; 40(3): e08. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2022000300001&lng=en.
 35. Bascuñán RM, Valenzuela PS. Perspectivas de médicos que trabajan en hospitales públicos sobre problemas éticos en la práctica médica. *Rev Med Chile* [Internet]. 2021 [citado 21 abr 2025]; 149(3): 458-63. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n3/0717-6163-rmc-149-03-0458.pdf>
 36. Wiff JI, Benítez AF, González MP, Padilla C, Chepo M, Leyva FR. Política de salud de migrantes internacionales en Chile, 2014-2017. *Int Dev Pol* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2024]; (14). Disponible en: <https://journals.openedition.org/poldev/5090?lang=es>
 37. Liberona CNP, Mansilla MA. Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colect* [Internet]. 2017 [citado 1 jul 2024]; 13(3): 507. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n3/507-520>
 38. Liberona Concha N, Piñones-Rivera C, Álvarez Torres C. Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: Barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapacá. *Chungara (Arica Impresa)* [Internet]. 2023 [citado 1 jul 2024]; 55(ahead): 0-0. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-73562023005000502>
 39. IOM. Migración, desarrollo sostenible y la agenda 2030 [Internet]. Organización Internacional para las Migraciones [citado 1 jul 2024]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/migracion-desarrollo-sostenible-y-la-agenda-2030>
 40. OMS. Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes (Resumen) [Internet]. ReliefWeb. 2022 [citado 1 jul 2024]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/informe-mundial-sobre-la-salud-de-los-refugiados-y-los-migrantes-resumen>
 41. Gobierno de México. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente [Internet]. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Blog [citado 1 jul 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente>
 42. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Centro de humanización en salud; 2014. 159 p.
 43. León KC, Faro EZ, Coker TR. Toda mejora de la calidad es un trabajo de equidad en salud: diseñar mejoras para reducir las disparidades. *Pediatría* [Internet]. 2022 [citado 1 jul 2024]; 149(Suplemento 3): e2020045948E. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-045948E>

