

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
DEL PROGRAMA DE LA MUJER EN USUARIAS HAITIANAS:
EL CASO DE LA COMUNA DE QUILICURA**

ANA MARÍA DÍAZ DÍAZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: DRA. JULIETA BELMAR PRIETO.

Santiago, SEPTIEMBRE 2020

Resumen

Antecedentes: En Chile, durante las últimas décadas, la migración internacional ha aumentado, llegando a 1.251.225 personas en 2018. De ellas 48,4% son mujeres. Este fenómeno es dinámico. La incorporación de enfoques como el de DDHH, género, interculturalidad han permeado políticas públicas en esta materia. **Objetivos:** identificar las percepciones y experiencias de mujeres haitianas integradas al Programa de Salud de la Mujer de un CESFAM de la comuna de Quilicura y su experiencia de atención intercultural. **Método:** estudio cualitativo exploratorio, con entrevistas semi estructuradas a 9 mujeres haitianas atendidas dicha institución. **Resultados:** se percibe en relación con el dispositivo, una buena percepción de trato clínico, pero con tensiones en aspectos como la imposición de métodos anticonceptivos y tiempos de espera. Como elementos facilitadores de la atención valoran los espacios de aprendizaje de la cultura haitiana, las facilitadoras interculturales y su género y la integración de profesionales haitianos. Como obstaculizadores aparecen barreras idiomáticas y culturales y la escasa capacitación en salud de las facilitadoras idiomáticos. Por último en materia de acción intercultural, se observan procesos incipientes de atención intercultural que no alcanzan a satisfacer los requerimientos de pertinencia cultural. **Conclusión:** avanzar en procesos que incorporen miradas interculturales en la atención del programa, coordinación entre las estructuras del sistema de salud para integrarlas y la ampliación de los servicios prestados a la población migrante.

INDICE

Resumen.....	1
INTRODUCCIÓN	4
I. MARCO TEÓRICO.....	9
I.1 ANTECEDENTES.....	9
I.1.1 Características de la migración en Chile	9
I.1.2 Mujeres Migración y Derechos Sexuales en Chile.....	12
I.2 MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.2.1 Intencionalidad de la acción.....	16
Identidad	17
Habitus.....	18
Corporalidad	19
I.2.2 Derechos sexuales y reproductivos como parte de las conquistas corporales de las personas.....	20
I.2.3 Algunos elementos conceptuales sobre las relaciones de respeto.....	21
De la multiculturalidad a la interculturalidad	21
La interculturalidad.....	22
La acción comunicativa como base de la interculturalidad	24
De la negación al reconocimiento	26
La interculturalidad como proceso	27
II. METODOLOGÍA	29
II.1 Pregunta de investigación.....	29
II.2 Objetivos de la investigación	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos	30
II.3 Consideraciones metodológicas.....	31
Tipo de Estudio.....	31
Universo.....	32
Unidad de análisis.....	32
Tipo de Muestreo.....	32
Características de la muestra	33
Tamaño de la muestra.....	33
Instrumento de recolección de información	33
Tipo de Análisis.....	35
Criterios de rigor y calidad	35
Aspectos éticos	37
III RESULTADOS.....	37
III.1 Características de la muestra	38
III.2 Análisis de la Información	40
Experiencia de atención en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.....	40
Comparación con Chile. Relatos emergentes sobre la experiencia de atención en el ámbito de salud reproductiva.....	46

Elementos que facilitan y dificultan la atención en salud en el Programa de Salud de la Mujer	49
Percepción de la interculturalidad en la atención sanitaria.....	54
IV DISCUSIÓN.....	57
Relación con el dispositivo de salud.....	57
Elementos que facilitan y/o dificultan la atención.....	61
Elemento facilitadores de la atención	61
Elementos obstaculizadores de la atención.	62
La acción intercultural del dispositivo de salud	64
Temas emergentes asociados a la identidad cultural.	66
Reflexiones finales	67
Bibliografía	72
Anexos	79
Consentimiento Informado	79
Acta de aprobación Comité de Ética	81
_Toc47094172	83
Esquema N° 1: Trasfondo de la intencionalidad	84
Esquema N° 2: Derechos sexuales y reproductivos	84
Esquema N°3: Atención intercultural.....	85

INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio no es nuevo en el mundo, el movimiento de personas de un lugar a otro por períodos y por razones diversas, tiene una historia larga tanto en Chile como en otros países, y su principal razón obedece a la búsqueda de un mejor lugar para vivir. La migración durante las últimas décadas ha tomado diversos ribetes, tensionando a los gobiernos y a los organismos internacionales, quienes no han puesto atención suficiente a este fenómeno y en el impacto que produce tanto en el país de destino, como en el país de origen.

Las cifras revelan que a nivel mundial la migración ha presentado un aumento sostenido, estimándose que a finales del año 2019, los migrantes internacionales superaban los 272 millones, lo que representa aproximadamente el 3,5% de la población mundial (Portal de datos mundiales sobre migración, 2019). El número de refugiados a nivel mundial en el 2018 ha superado los 25,9 millones y las personas solicitantes de asilo superan los 3,5 millones de personas (ACNUR, 2017). A estas cifras se suman los 763 millones de migrantes internos, los que representan aproximadamente el 11% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En Chile, durante las últimas décadas, la migración internacional ha aumentado significativamente, a pesar que aún está por debajo de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2019). Según las estimaciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), el número de extranjeros residentes habituales en Chile alcanzaron a diciembre del año 2018 a 1.251.225 personas, de ellas el 51,6% corresponde a hombres y el 48,4% a mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019).

El DEM, señala en su Anuario Estadístico Nacional de Migración del año 2016, que el aumento podría explicarse por el contexto de estabilidad política, social, sanitaria e

indudablemente por el crecimiento económico que ha sostenido el país durante estas últimas tres décadas; generando una imagen atractiva para el resto de la región (DEM, 2016).

CEPAL (2002) señala que otro elemento que ha impactado el fenómeno de la migración, es sin duda, la globalización y Chile no está exenta de ella. En esta se genera una cierta relativización de los límites de las fronteras de los países, lo que favorece la movilidad de las personas, los productos, la comunicación y la información, pero donde las posibilidades de ser ciudadano/a para la población migrante sigue, siendo una cuestión de resorte local.

En Chile, la población migrante es diversa, lo que se evidencia en aspectos tales como el estadio en el proceso migratorio, el género, el país de origen, la edad, el tiempo de residencia en Chile, el nivel educacional, la región y comuna donde deciden habitar, el motivo y carácter de la migración (forzada o voluntaria), si es con hijos/as o sin ellos/as, entre otros. Sin embargo, en casi todos los casos coinciden en demandas comunes tales como: salud, educación, trabajo y vivienda, las que se traducen en requerimientos elementales que determinan su calidad de vida y por consecuencia impactan en su condición de salud-enfermedad (Cabieses et al. 2017).

Una de las características en que resulta importante detenerse es el género, ya que además de afrontar todos los obstáculos y peligros propios de la migración, las mujeres suman otros riesgos que las hacen más vulnerables. Nos referimos a las inequidades que se expresan en salarios menores para las mujeres a los mínimos establecidos, la imposibilidad de acceder a atención en salud y de otros servicios básicos por las extensas jornadas laborales que desarrollan, el trabajo doméstico sin contrato, barreras idiomáticas, entre otras. Riesgos que se complejizan aún más, cuando se trata de mujeres indocumentadas quienes se exponen además, a situaciones de trata de personas y al ejercicio de la prostitución de manera obligada (Leyva & Quintino, 2011; Organización Internaonal para las Migraciones, 2016; Organización Internacional del Trabajo, 2017)

En este proceso diverso que enfrentan las personas al momento de llegar al país de destino, deben lidiar con las dificultades propias de la adaptación, tales como una cultura que desconocen, situaciones de marginación, discriminación e inequidades. Es así como muchos migrantes viven condiciones de exclusión social, por las divergencias culturales, de etnia, de idioma y, las dificultades para lograr acceder a servicios básicos como vivienda, trabajo, beneficios sociales y prestaciones relativas a los cuidados de la salud, que inciden en su bienestar físico y psicosocial de éstos (Laat, 2017).

Siguiendo a Laat (2017), las personas al migrar se trasladan con su historia, transportan sus componentes hereditarios, sus cargas de morbilidad, aspectos socioculturales y ambientales tales como el nivel de escolaridad, factores protectores y de riesgo presente en su historia de vida, su experiencia laboral, sus creencias, su identidad cultural y sus expectativas.

Dada la heterogeneidad del movimiento migratorio, se requiere de ajustes en las políticas públicas, que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de esta población. Por ello, esta investigación intenta indagar en las especificidades de un grupo de mujeres haitianas, que coinciden en un lugar físico que corresponde al CESFAM Irene Frei, ubicado en la comuna de Quilicura. Esta desde el año 2000, se ha transformado en lugar de destino de migrantes refugiados palestinos/as y migrantes provenientes de Haití. Frente al desafío por las barreras lingüísticas y culturales profundamente distintas de estos grupos de migrantes, sumado a la población migrante ya existente en la comuna proveniente de Bolivia, Colombia, Argentina y Perú, y junto al apoyo de diversas instituciones públicas y privadas, el gobierno local generó un Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados, donde se definen algunas recomendaciones para avanzar en políticas locales inclusivas y con pertinencia cultural (Thayer et al., 2014). Con este Plan se busca mejorar las condiciones que aporten a lograr una mejor calidad de vida, dada la complejidad del entramado relacional que repercute en su salud; generando además un impacto sanitario significativo para las instituciones de salud.

La conformación de servicios públicos que rescaten como elemento primordial la pertinencia cultural, resulta relevante dado que el solo hecho de reconocerlos sin consignar las adecuaciones necesarias para este reconocimiento, podría generar un cierto aislamiento de estos grupos respecto de la sociedad, construyendo espacios de desarrollo contracultural que como hemos vistos en otras latitudes, solo provocan resentimientos que atentan contra el ejercicio de la ciudadanía de esta población (Bolívar, 2005).

De esta forma, la provisión del derecho a la atención en salud y, específicamente en salud sexual y reproductiva, debe tener un componente intercultural que posibilite el acercamiento de estos grupos sociales con la institución. Es en este tipo de prestación donde las mujeres migrantes trasladan en su corporalidad, su historia, su *habitus* y particularidades, que deben ser abordadas desde una política comunal inclusiva, que ayude a enriquecer y flexibilizar las existentes.

El presente trabajo se compone de cuatro momentos analíticos. En el primero de ellos se presenta un marco teórico que integra dos elementos: antecedentes generales de la migración en Chile en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos de esta población y un marco conceptual que posibilita observar las características culturales de la población analizada integrando elementos del análisis social como la identidad, el *habitus* y la corporalidad; además los derechos sexuales y reproductivos como contexto de implementación de las políticas orientadas a la mujer. Conjuntamente se esbozan componentes conceptuales que a nuestro entender conforman la idea de interculturalidad sanitaria, para lo cual se desarrollan las nociones de acción comunicativa, reconocimiento del otro e interculturalidad propiamente tal, esta entendida como un proceso continuo en el tiempo.

En un segundo momento se presenta la metodología usada para este trabajo, de carácter cualitativo basada en entrevistas semi – estructuradas, con usuarias haitianas del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.

A continuación y como tercer momento, se presenta el análisis obtenido de los datos recopilados, ello a través de procesamientos informatizados de las entrevistas con el programa Atlas. ti.

En el último momento se informan las conclusiones y discusiones desarrolladas en razón de estos resultados y que permiten una vuelta reflexiva de los procesos interculturales desarrollados por el establecimiento de salud estudiado.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 ANTECEDENTES

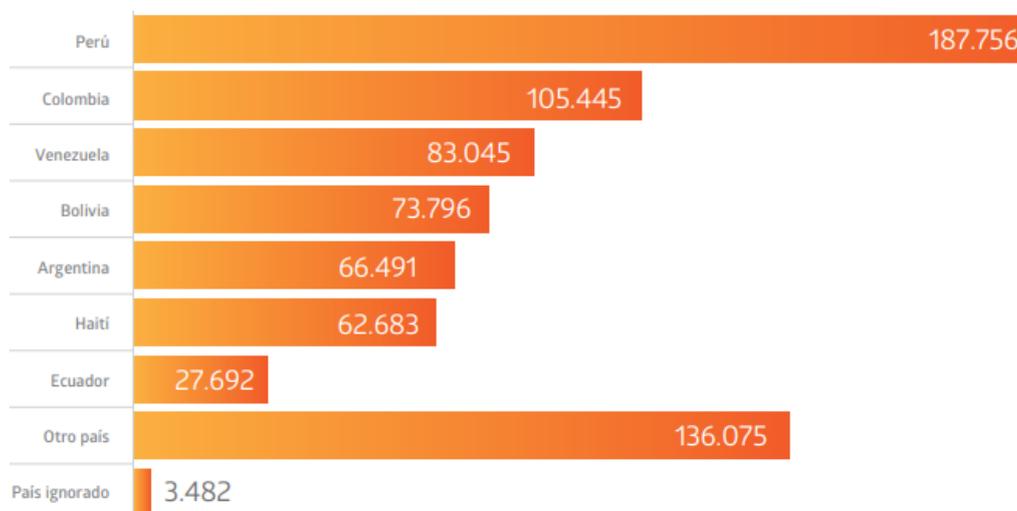
I.1.1 Características de la migración en Chile

En Chile, la migración ha presentado un importante incremento desde la década de los noventa, dada las características económicas, políticas, sanitarias y sociales que ha ido adoptando nuestro país; particularidades relevantes y/o determinantes al momento que una persona decide iniciar un proyecto migratorio y observa a Chile como país de destino.

Según datos del DEM, "la migración pasó de 83 mil personas en el año 1982 a 411 mil personas en el año 2014, ello representa un aumento del 0,7% al 2,3% de la población total" (DEM, 2016). Sin embargo, según estimaciones realizadas por el INE y el DEM, "el número de inmigrantes estimados a diciembre del 2018, es de 1.251.225 personas" (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019).

En razón de los datos del último censo, 746.465 personas declararon haber nacido en otro país, las cuales provienen principalmente de Perú (25,2%), Colombia (14,1%) y Venezuela (11,1%)." La población haitiana censada corresponde al 8,4% de la población total migrante en nuestro país" (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018).

Gráfico n°1: Cantidad de migrantes internacionales según lugar de nacimiento.



Fuente: Síntesis de resultados CENSO 2017; Instituto Nacional de Estadísticas.

En relación al género existe un porcentaje similar entre mujeres y hombres, a excepción de la población haitiana, donde el 65,8% corresponden a hombres que declararon haber nacido en Haití. Es importante destacar que la migración de personas provenientes de Haití, constituye un movimiento nuevo que modifica la tendencia de la población migrante en nuestro país. La edad de esta población se concentra principalmente entre los 20 y 35 años, tratándose de una población económicamente activa, por tanto, se podría inferir que este grupo de personas viene a insertarse laboralmente en el país, situación que se evidencia con el porcentaje de visa que se solicita al momento de arribar al país (58%) (DEM, 2016).

Según el anuario estadístico nacional de migración del año 2016, en Chile en el periodo entre el 2005 – 2014, el 61,5% de los migrantes, se ubica en la región metropolitana, cifra que ha variado significativamente durante los últimos 15 años, dado que anterior al año 2005, esta

región concentraba el 74.6% de la población migrante del país. No obstante, aún constituye la región que concentra el mayor porcentaje de esta población migrante. (DEM, 2016)

Datos más actuales como los obtenidos en el censo del 2017, señalan que en esta región se concentra el 65,2% del total de las personas migrantes del país. En segundo lugar, se ubica la región de Antofagasta con un 8,4% y por último las regiones de Tarapacá con un 5,9% y Valparaíso con un 5,4% (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018).

En la región metropolitana la población migrante se ha distribuido en las distintas comunas de la región, siendo la comuna de Santiago donde se concentra el mayor porcentaje de migrantes (28,7%), la siguen las comunas de Las Condes (12%), Independencia (9,1%), Recoleta (5,8), Providencia (6,2%) y Quilicura. Esta última concentra el 4% de la población migrante de la región (Observatorio de Políticas Migratorias, 2016).

En términos sociodemográficos según los resultados del censo 2017, la población migrante en Quilicura corresponde a 15.780 personas, equivalentes al 7,5% del total de la población que reside en dicha comuna; de ellos el 52,8% corresponde a habitantes provenientes de Haití, marcando una diferencia cultural en dicha comuna. En segundo lugar, se encuentra la población proveniente de Perú con un 19,7%, posteriormente la comunidad originaria de Colombia con un 7,3%, la población proveniente de Argentina con un 4,8% y en porcentajes menores la población originaria de Venezuela con un 4,0%, la boliviana con un 1,4% y por último un 6,8% correspondiente a otros países.

Debido a la alta concentración de población haitiana que reside en Quilicura, es probable que la cifra censal esté subestimada, ya que se cuenta con información que indica que muchos migrantes de esta procedencia, no estuvieron dispuestos a responder la solicitud de los

censistas, ya sea por desconfianza, o por desconocimiento del proceso censal o por temor a ser denunciados en el entendido de que los/as funcionarios/as censistas forman parte del sistema estatal o simplemente por las barreras idiomáticas. (Thayer et al., 2014).

Por último, “la población haitiana en esta comuna, tiende a concentrarse en la zona noroeste, muy cercana a la periferia y donde se encuentran construcciones de viviendas sociales” (Thayer et al., 2014), con niveles de hacinamiento significativos, los cuales podrían impactar directamente en el continuo salud-enfermedad de las personas que habitan en dichas viviendas. Este impacto se podría expresar tanto a nivel de salud física como mental, ya sea por situaciones de estrés psicológico o por favorecer la expansión de enfermedades infecciosas, además de aumentar la probabilidad de ocurrencia de accidentes de tipo doméstico (Organización Mundial de la Salud, 2018). Por otro lado, su ubicación se encuentra distante de algunos servicios públicos básicos; principalmente los asociados a los beneficios y/o trámites de tipo municipal. Esta territorialización de la población haitiana en un espacio segregado, donde prima la pobreza, el déficit de equipamiento urbano, constituye un componente simbólico de las desigualdades en el territorio (Thayer et al., 2014).

I.1.2 Mujeres Migración y Derechos Sexuales en Chile.

En Chile anterior al año 2016, el acceso a la atención en salud pública para la población migrante dependía del estado de la situación migratoria, por tanto, las personas que se encontraban de manera irregular no podían acceder a la atención en salud.

Cortez Salas et al. (2017), señalan que a partir del año 2003, son las mujeres gestantes independiente de su estado migratorio las que pueden acceder a la atención en salud, esto pues

la atención primaria reportaba que el ingreso tardío de esta población constituían un grupo de alto riesgo. El desconocimiento del funcionamiento de la red de atención en salud, la situación irregular de permanencia en el país, por tanto la imposibilidad de contar con un RUT, barreras lingüísticas y culturales, son algunas de las causas por las cuales las mujeres gestantes no accedían a la atención en salud.

Con posterioridad en los años 2007 y 2008 estas medidas se refuerzan con dos circulares del Ministerio de Salud (MINSAL; Ordinario C2 N° 2284, Ordinario A 14 N°3229 respectivamente), que facilitan el acceso al sistema público de salud de niñas y niños migrantes menores de 18 años, ello en razón de informes del comité de derechos del niño que obliga al Estado chileno a cumplir con esta medida. Solo el año 2016 una nueva circular (Circular N° A15/04) garantiza la atención en salud de todos los y las migrantes, independientemente de su condición migratoria y económica. Antes de ello existían serios problemas para que este grupo poblacional accediera a la salud, sobre todo cuando esta contemplaba problemáticas que debían superar la atención primaria, pues esta estaba garantizada desde el 2003, pero la atención de mayor complejidad no.

En esta materia, en Chile, se encuentra vigente en el MINSAL el Programa de Salud de la Mujer que data desde 1997, cuyo propósito señala:

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud (MINSAL, 2018).

Junto con este propósito, el programa despliega una serie de objetivos que se centran en la mantención de las condiciones de salud del cuerpo de la mujer para la maternidad, la

integración de la familia en esta tarea y la mujer como sujeto activo en el cuidado de la salud de los integrantes de la familia, además de la coordinación con otros programas que promuevan la salud de la mujer. (MINSAL, 1997)

Es necesario destacar que este programa no contempla las diferencias culturales como elemento relevante para la atención, además integra de manera deficiente la sexualidad de las mujeres como elemento de atención sanitaria, en este aspecto se observa un bajo acceso de las trabajadoras sexuales al programa, situación que ha sido motivo de quejas de este grupo poblacional. (Cortez Salas et al., 2017)

Cabe mencionar que dicho programa se encuentra en proceso de reformulación, para ser integrado a una política de salud sexual y reproductiva más integral. Lo interesante de este nuevo enfoque de política, es que concibe tanto a hombres como mujeres como sujetos de atención, y reúne otros elementos que son significativos para lograr un desarrollo integral de la salud sexual y reproductiva de las personas. Desde esta perspectiva, se integran como elementos nuevos los derechos humanos (DDHH), y las determinantes sociales de la salud, entre ellos el género y la interculturalidad, además del control post aborto (Ministerio de Salud, 2018).

Es por ello relevante considerar que las brechas de equidad, en materia de género, pobreza y discriminación cultural, pueden ser factores obstaculizadores en el logro del ejercicio de estos derechos y de alcanzar los estándares que exigen los convenios internacionales que ha suscrito Chile en esta materia. En la actualidad a estas problemáticas se suma el movimiento migratorio que sin duda, ha puesto en tensión a las políticas públicas relacionadas con el tema Cortez Salas et al. (2017) dan cuenta en su investigación, que uno de los déficits de las políticas de género en salud sexual y reproductiva, es la escasa capacitación de los/as funcionarios/as en la temática intercultural, lo que de alguna forma contribuye a fomentar esta problemática.

I.2 MARCO CONCEPTUAL

La siguiente propuesta teórica pretende aportar a la comprensión de los fenómenos asociados al tema de la migración y particularmente a las complejidades que esta acarrea a los sistemas de atención sanitaria y a la población migrante. Para ello se propone articular una apreciación teórica que se despliega en distintos niveles de complejidad, para de esta forma incluir conceptualmente diversos estados de la interpretación del fenómeno.

En un primer nivel, se aborda la problemática del sentido de la acción, es decir, las motivaciones que orientan las prácticas de las personas con el fin de aproximarnos a la comprensión de las acciones de las mujeres que serán integradas en este proceso investigativo. Para ello se despliegan conceptos que posibilitan orientar la observación hacia una cierta autodescripción identitaria de las personas, que facilite contextualizar sus opiniones y experiencias relacionadas con la atención de salud, recibida en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura. Sin este marco de referencia, las experiencias relatadas carecerían de perspectiva cultural, encuadre en el cual se quiere instalar esta investigación. Es por ello que se avanza en la descripción del concepto de “*intencionalidad de la acción*” expresados en las dimensiones concretas que esta adopta en los sujetos: identidad, *hábitus* y corporalidad (García et al., 2015).

En segundo lugar, complementando lo anterior se propone desarrollar los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad, que dan el contexto para el establecimiento de relaciones definitivamente interculturales en el sistema de salud (García Canclini, 2015). Junto con ello se establece la necesidad de enfrentar la problemática de la diversidad en salud, a partir de la

estructuración de “relaciones comunicativas” entre las culturas, entendida esta como “acción comunicativa”, en el marco de la teoría desarrollada por Habermas (1998). Además se elabora una propuesta conceptual basada en el reconocimiento del otro para el establecimiento de vínculos virtuosos en el campo de la salud y la convivencia humana, ello fundamentado en la teoría del reconocimiento desarrollada por Honneth (1997). Por último, se plantea observar la dinámica de la interacción entre culturas diferentes al interior del sistema de salud, entendida esta como un proceso que tiene distintas etapas y que permite analizar su desarrollo en el tiempo.

Todos estos elementos conceptuales posibilitarían a nuestro entender, una perspectiva amplia del fenómeno, pues no lo acotaría a una cuestión puramente sanitaria, sino que ahondaría en cuestiones estructurantes y de sentido, avanzando en una mirada integral de las personas, las comunidades y las instituciones.

1.2.1 Intencionalidad de la acción.

Entendemos la idea de intencionalidad de la acción, como aquellos elementos que hacen comprensible las prácticas de las personas más allá de sus declaraciones explícitas y conscientes, pues las razones que explican estas acciones no solo se establecen a partir de una acción racional, sino que integran elementos estructurantes y disposicionales que la posibilitan y potencialidades materiales que la sustenten (García Selgas, 1994). De esta forma se comienza este trabajo introduciéndonos en aquellos procesos que dan cuenta de la construcción de una subjetividad que potencian la descripción del “yo” y la construcción de sentido, para de esta forma establecer un análisis que considere a las personas en su total

amplitud, no solo como usuaria de un sistema determinado, sino que además considere sus contextos, sus construcciones culturales y sus disposiciones corporales. Para ello se desarrollan tres conceptos que influirían en las percepciones, opiniones y experiencias de las mujeres involucradas y por tanto pueden orientar las acciones y opiniones de ellas. Nos referimos a los conceptos de identidad, *habitus* y corporalidad que se desarrollan a continuación (García Selgas, 1994).

Identidad

En la práctica los procesos identitarios son de naturaleza narrativa más que lógica o categórica y se complementan con un control afectivo. El proceso de individuación y caracterización que supone la identidad, tiene un aspecto social y otro individual estrechamente interconectados (García et al., 2015).

En García et al. (2015), la identidad entonces, sería “la construcción histórico política de una subjetividad” y en particular de un interlocutor interior del sujeto. Es un relato de sí mismo, sin embargo no se entiende esta conversación interior de la auto identidad, sino en relación con estructuras *disposicionales* asociadas dialógicamente, es decir con habilidades, destrezas y capacidades, aprendidas a partir de la experiencia vital. De esta forma la identidad como relato de sí mismo, debe establecer cierta coherencia con las estructuras *disposicionales* de las personas.

Es por ello que se integra en el análisis el concepto de *habitus* que desarrollaremos a continuación.

Habitus

Bourdieu (2007), cuando pretende aclarar la lógica de la acción lo hace a través del concepto de *habitus*, que define como:

“...sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta”(p.86).

De esta forma, el *habitus*, se entiende como la disposición de los cuerpos en el espacio-tiempo - social que les otorga un conjunto específico de marcas simbólicas, corporales, económicas y materiales, actuando como una entidad pre - lingüística situada en el cuerpo de los agentes, que propicia la estabilidad e inteligibilidad de las acciones (García et al., 2015).

Como se deduce para Bourdieu (2007), los conceptos ligados al de *habitus* son el de campo y disposición. Vemos entonces como el “campo” - entendido como un sistema de posiciones sociales, que define la situación de sus ocupantes y de fuerzas o relaciones de poder entre esas posiciones, que se establecen por el acceso a los recursos o bienes que están en juego - condiciona la estructuración del *habitus* mediante la gratificación de ajustes adecuados y todo el proceso educativo. Por otro lado la noción de disposición se refiere a algo más que un conjunto de actitudes, también incluye esquemas de pensamientos, sentimientos y además

categorías clasificatorias y principios de identidad. Lo que lo convierte en *disposicional* es su carácter de tendencia, lo que hace al *habitus* la base generativa de las prácticas concretas que hacen del sujeto un re - productor del sentido objetivo y de sentidos que exceden su intención personal. Las disposiciones adquiridas en concordancia con las condiciones próximas de existencia, son duraderas y su adquisición es no reflexiva, pero si repetitiva.

El *habitus* contribuye a formar el espacio como un mundo significativo, cargado de sentido y valor, donde merece la pena intervenir /jugar. Ahí se asienta el sentido de las acciones.

Es interesante observar cómo en esta propuesta investigativa, los *habitus* encarnados de las mujeres migrantes, se confrontan con un campo que probablemente sea muy diferente al de origen en que se conformó el propio. De esta relación podría emerger una tensión con el sistema de salud, al confrontar sus creencias y prácticas con las disposiciones habituales del dispositivo.

Corporalidad

Este concepto grafica el proceso que se provoca en el encuentro entre el mundo social y las *disposiciones individuales*. La corporalidad es la manifestación concreta de la intencionalidad, también es el proceso de consolidación y funcionamiento del *habitus*, y además opera como manifestación de identidades individuales y sociales (García et al., 2015).

La corporalidad se conforma a partir de algunos hechos básicos y generales (García et al., 2015). Primero que se encuentra ligada a estructuras cerebrales - neuronales. Segundo, que sólo existe en las prácticas de los sujetos; y tercero que las clasificaciones y taxonomías prácticas están enraizadas en la organización, experiencia y ordenación corporal. De esta forma

la corporalidad es un proceso experiencial, con un fuerte componente afectivo, más que un proceso de socialización dirigida, “donde las taxonomías y disposiciones sociales” básicas, quedan codificadas como potencia; de este modo la *hexis corporal*; entendida no como algo meramente biológico, si no como la encarnación del *habitus* que permitiría observar las prácticas, constituye un elemento central en los procesos de conformación de identidades, y además encarna un código con el cual se construyen mensajes.

I.2.2 Derechos sexuales y reproductivos como parte de las conquistas corporales de las personas

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son parte de los DDHH que los gobiernos deben garantizar, tanto a hombres como a mujeres. Las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada en aquellas cuestiones relacionadas con su sexualidad (corporalidad). Por ejemplo, decidir responsablemente cuando, con quién y cómo tener relaciones sexuales, decidir respecto al número de hijos/as y el espaciamiento entre estos y, por supuesto el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud, 2018) .

La OMS en su enfoque estratégico para fortalecer políticas y programas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, destaca la importancia de incorporar los DSR como parte de los DDHH, tales como la igualdad de género y el fortalecimiento de la capacidad de las personas para actuar y tomar decisiones respecto de su cuerpo (Bernstein & Hansen, 2006).

Sin embargo a pesar de los avances en esta materia, el Informe de la OMS del año 2015 en relación a los Objetivos del Milenio, señala que las desigualdades de género aún persisten. Comprender como estas diferencias determina la salud de hombres y mujeres, es fundamental

para el desarrollo de políticas públicas y la comprensión de la dimensión corporal de los agentes incluidos en esta investigación.

Es importante señalar que para el ejercicio de estos derechos, cada gobierno debe promover a través de políticas públicas, su acceso, entendiendo por este, no sólo lo relacionado con el aparato reproductor y sus funciones y procesos (Bernstein & Hansen, 2006), sino como un elemento presente en las diferentes etapas del ciclo de la vida de las personas.

I.2.3 Algunos elementos conceptuales sobre las relaciones de respeto.

En este apartado se desarrollarán algunas ideas que forman parte ineludible de una discusión sobre la interculturalidad y las relaciones de respeto entre diferentes culturas. Basándose en esta idea, se habla sobre interculturalidad, relaciones comunicativas y reconocimiento del otro.

De la multiculturalidad a la interculturalidad

Uno de los primeros trazos conceptuales que queremos desarrollar, dice relación con la idea del continuo multiculturalidad/interculturalidad, como concepto evolutivo y su posicionamiento dentro de la teoría social.

Para García Canclini (2015) la noción de multiculturalidad se encuentra relacionada a una serie de autores que permitieron el despliegue del concepto y su desarrollo. En general la idea se potencia con aquellos discursos que rompen con la lógica totalizante de los “metarelatos”. Estos planteamientos tendían a homogenizar las discusiones sociales, así como las apreciaciones sobre la sociedad y las personas.

En este sentido es Lyotard (1991) quien plantea que cada relato tiene la misma densidad epistémica que el otro. De esta forma no existe jerarquía en la producción discursiva y los ordenamientos provenientes de la religión y de la ciencia, no pueden presionar las pretensiones de validez del resto. De esta forma la fragmentación propuesta, logra la emergencia de nuevos actores diferenciados, particularizados, e individualizados o como Wittgenstein (2016) lo plantea “juegos de lenguaje”. Actores que tienden a configurar y potenciar esta particularidad y que forman parte del fenómeno que hemos denominado multiculturalidad: la aceptación de la diferencia.

La interculturalidad

El concepto de interculturalidad tiene un sentido diferente, sin duda integra el relativismo cultural de la idea anterior, pero profundiza en la interacción. Los problemas de migración de los países europeos y la construcción de amplios sectores sociales, que a pesar de pertenecer a las comunidades donde se instalan, no logran una aproximación identificatoria, han generado una suerte de crítica a los modelos multiculturales (Viaña Uzieda et al., 2010), pues su apuesta por la diversidad conformó un relativismo extremo que redundó en la formación de guetos y la imposibilidad de convivencia entre las diversas expresiones culturales, a menos que sea a partir de la negación (Safran & Máiz, 2002).

Según Garcia Canclini (2015) la idea central de la interculturalidad, es la búsqueda de puntos de encuentro entre las diversas miradas culturales. La generación de espacios de coordinación y cooperación que posibiliten la interacción y el trabajo conjunto. Sin duda este proceso no está exento de problemas, la configuración de nuevos conflictos producto de este

encuentro, es parte de la cotidianidad de la acción intercultural en salud, esto redundaría en la complejización de la vida colectiva.

No obstante ello, este proceso se hace insoslayable en la modernidad.

El propio MINSAL en los lineamientos del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), desarrolla la idea de interculturalidad como una actividad de interacción entre cultural, de encuentro entre diferentes que aprenden uno del otro:

Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. La interculturalidad así entendida es un caso específico de las relaciones de alteridad o –como otros prefieren - de otredad, es decir, entre los que son distintos, sea por su cultura, por su género, su afiliación política, etc. Estas relaciones son positivas si unos y otros aceptan su modo distinto de ser. En todos estos casos, unos y otros aprenden de los “otros” distintos, pero sin perder por ello su propio modo de ser. Todos se van enriqueciendo y transformando mutuamente, pero sin dejar de ser lo que son. (MINSAL, 2016)

También la política de salud de migrantes internacionales, aprobada en octubre 2017, integra la idea de interacción entre culturas para definir interculturalidad, agregando la noción de simetría en esta interacción, de dialogo y respeto que evita la asimilación de una por sobre la otra y que integra el aprendizaje de los/as funcionarios/as de salud de nuevas concepciones sobre el tema (MINSAL, 2018)

Por su parte Goicochea (2012) también refuerza la idea de interacción entre grupos culturales diferentes para referirse a la interculturalidad, plantea la necesidad de generación de confianzas, comunicaciones efectivas, diálogo, debate e intercambio de saberes y experiencias.

Define la interculturalidad sanitaria citando a Carreazo, (1976) en Goicochea (2012), como un “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”.

Por su carácter interaccional, la acción intercultural tiende a la la complejización del funcionamiento del establecimiento de salud (Cuyul, 2013) ello pues se asocia a cambios estructurales tales como: la mirada biopsicosocial de la salud y la enfermedad, la densificación de las relaciones sociales con y en la comunidad, el aumento de los reclamos y la obligatoriedad de las respuestas, la diversidad de usuarios/as, entre ellos agentes con enfoques de salud alternativa, entre otros; permitiría una apertura a otros relatos contribuyendo a la inclusión de comunidades con discursos diferentes en torno al continuo salud-enfermedad, traduciéndose en una mejoría en la atención y por sobre todo, en una acción respetuosa entre culturas diferentes.

La acción comunicativa como base de la interculturalidad

Otro de los elementos insoslayables del proceso para el desarrollo de la interculturalidad en salud, es el tránsito de la acción instrumental a la acción comunicativa. Esta discusión es desarrollada por Habbermas (1998) y pretende dar cuenta de los procesos de dominación a los que se encuentran sometidas las sociedades modernas. Para este autor, este tipo de sociedades se orientan por dinámicas comunicacionales que conviven dialécticamente. Según Amen Rodríguez (2016) Habbermas radicaliza sus miradas identificando dos grandes plexos de racionalidad. Por un lado la racionalidad sistémica, cuya dinámica comunicativa se caracteriza por la existencia de asimetrías entre los interlocutores. De esta forma la característica de esta

lógica comunicativa, es la verticalidad de las relaciones. Esta dinámica comunicacional se expresa principalmente en el mundo del dinero y del poder, enclaves típicamente sistémicos.

Por otro lado se encuentra la racionalidad comunicativa (Habermas, 1998), espacio que posibilita las relaciones horizontales, simétricas entre los interlocutores, Habermas lo denomina “el mundo de la vida”. Son estos espacios los que deben ser creados a la hora de discutir sobre la acción de salud en un territorio multicultural. Se requiere entonces, suspender las relaciones de poder y subordinación entre los agentes de culturas diferentes, para que los actores puedan conversar con una disposición abierta, integrando las diferentes pretensiones de validez de sus respectivos relatos. Sin esta disposición de parte de los equipos clínicos y las comunidades migrantes, la interculturalidad se hace prácticamente imposible.

De la negación al reconocimiento

Las comunidades de migrantes han sido tradicionalmente consideradas como grupos subordinados en nuestras sociedades, sobre todo si provienen de países con un desarrollo económico bajo o en transición (Moreno & López, 2004). Ello en razón de su posición y del desarrollo histórico de la relación. En general esta evolución ha sido de negación por parte de la cultura dominante. Toda esta dinámica debe ser revertida si se pretende desarrollar procesos interculturales de respeto. Sin embargo, cuando se habla de reconocimiento este concepto debe profundizarse un poco en sus acepciones y significados.

Es Honneth (1997), el que aborda el tema y logra desarrollar una teoría del reconocimiento. En términos generales este corpus teórico se basa en desarrollar una argumentación que conjuga tres momentos. El primero de ellos se asocia a una mirada individual, apunta al reconocimiento de las personas y se basa en el amor, es una dimensión más bien psicológica. En términos sanitarios a nuestro entender podríamos asimilarlo, a algo así como al trato, es decir, las condiciones de atención de los/as funcionarios/as a los usuarios/as. En un segundo nivel, nuestro autor ubica el reconocimiento legal. Este momento pretende dar cuenta de los avances civilizatorios de conformación de los derechos fundamentales de las personas. El reconocimiento de los derechos es central a la hora de esbozar una teoría del reconocimiento para grupos vulnerables de la población. Por último, Honneth, logra identificar un tercer nivel de reconocimiento que trasciende a las personas particulares, como los anteriores. Nos referimos al reconocimiento cultural. Este proceso pretende plantear la necesidad de valorar genéricamente a grupos humanos a través del reconocimiento de su cultura (Tello, 2011). La idea de Tello (2011), analizando a Honneth, se plantea como la aceptación de un conjunto de agentes relacionados con identidades culturales específicas y que tienen características propias que son de valor universal. Es el caso de las

tradiciones provenientes de oleadas migratorias, las que pueden aportar a mejorar la salud de la población, debido a la integración de conocimientos sanitarios ancestrales o de otro tipo, no necesariamente científicos.

La interculturalidad como proceso

Como se ha podido apreciar, la noción de interculturalidad no es un concepto estático, posee una activa dinámica que parte en el reconocimiento del otro. La idea de proceso es fundamental en este concepto, pues esta cualidad da cuenta de su condición social.

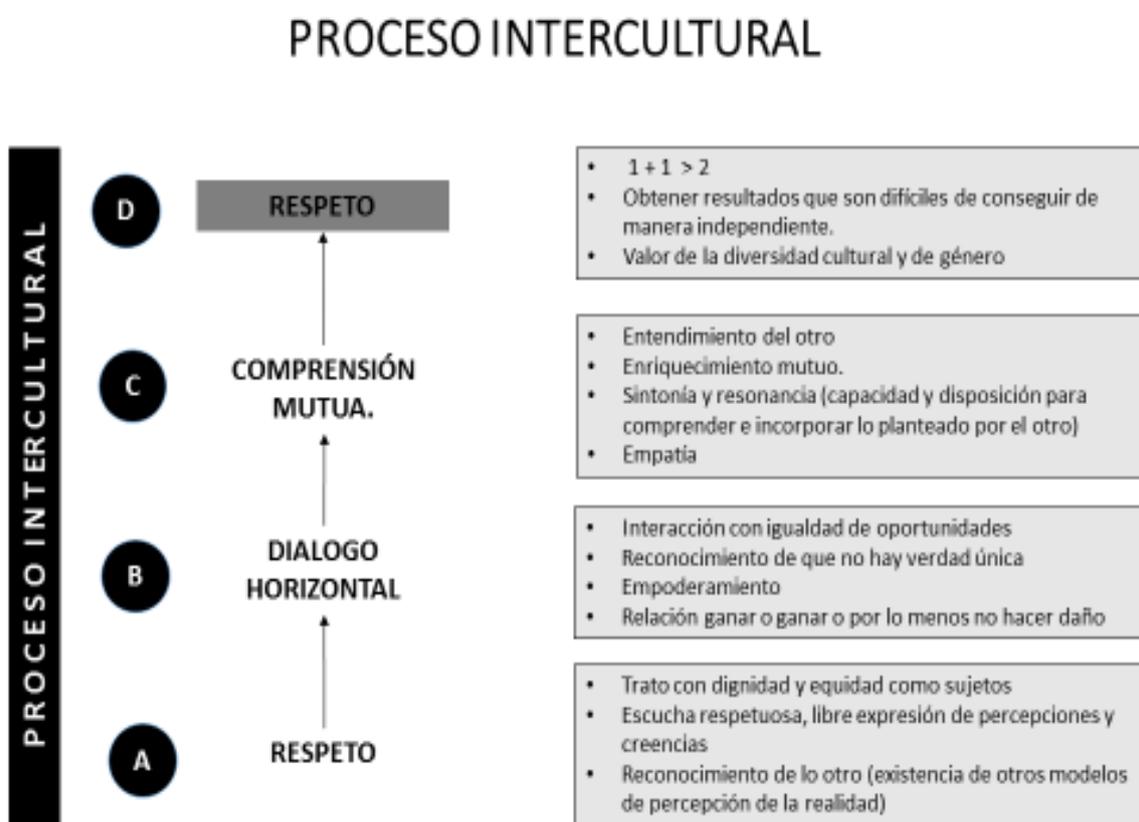
De esta forma el comienzo y el final del proceso es el respeto por el otro. Para Almaguer González et al. (2014), el primero de estos respetos, se asocia al reconocimiento de que no existe una sola forma de ver el mundo y que cualquier interacción con una persona diferente, requiere de su reconocimiento y aceptación. Pero esto demanda establecer escuchas respetuosas y activas que posibiliten la libre expresión de percepciones y creencias de cada uno de los interlocutores, que nos llevaría a tratar dignamente a los agentes y entregar igualdad de oportunidades.

Cumplido esto, la segunda etapa se muestra como la implementación de un diálogo horizontal, que busca instalar una relación de beneficio mutuo, empoderar a las comunidades y generar una interacción con cierta igualdad de oportunidades. En su tercera etapa el proceso se orienta a la comprensión mutua desplegada a través de la empatía, generando sintonía, es decir un acuerdo respecto del tenor de las cosas y resonancia; o sea, la capacidad de integrar esos acuerdos (Almaguer González et al., 2014).

Todo ello posibilitaría el enriquecimiento mutuo y el entendimiento del otro.

En su última etapa, el respeto se transforma en una valoración de la diversidad cultural, generando resultados que son difíciles de obtener de manera independiente conformando un proceso sinérgico que reforzaría el respeto (Almaguer González et al., 2014).

Figura n°1: Proceso Intercultural



Fuente: José Alejandro Almaguer González, Vicente Vargas Vite y Hernán José García Ramírez. Interculturalidad y Salud. Biblioteca Mexicana del conocimiento. 2014

Toda esta trama conceptual espera ser útil para responder a la pregunta. ¿Cuáles son las percepciones y experiencias de las mujeres haitianas respecto de la atención en el Programa de Salud de la mujer recibida en el CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura y de la existencia de una dinámica intercultural en el proceso vivido? Se entiende que esta pregunta no solo apunta a lo evidente, que sería un juicio sobre la atención del establecimiento por parte

de estas comunidades de migrantes, sino a la construcción del porqué de la opinión, los fundamentos sobre los cuales se hace necesario trabajar, si queremos orientar nuestra práctica de salud al respeto por la diferencia y a una mejor eficiencia, eficacia y calidad de la atención en la salud pública y particularmente en la atención primaria.

II. METODOLOGÍA

II.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones y experiencias de las mujeres haitianas respecto de la atención en salud sexual y reproductiva recibida en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura y de la existencia de una dinámica intercultural en el proceso vivido?

II.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Describir las percepciones y experiencias de mujeres haitianas, respecto de la atención en salud sexual y reproductiva recibida en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura y de la existencia de una dinámica intercultural en el proceso vivido.

Objetivos específicos

- i. Indagar cómo las mujeres haitianas han vivido el proceso de atención en salud sexual y reproductiva en el Programa de Salud de la Mujer, del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.
- ii. Describir las condiciones que a juicio de las entrevistadas facilitan y/o dificultan la atención en salud sexual y reproductiva en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.
- iii. Describir la percepción de las mujeres haitianas atendidas en Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura, respecto de las dinámicas interculturales en el proceso de atención.

II.3 Consideraciones metodológicas

La comprensión de la salud-enfermedad desde los determinantes sociales, no puede realizarse sin conceder que este continuo es determinado por los contextos culturales donde las personas despliegan su cotidianidad y que determinan sus formas de interpretarlas y de actuar.

Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo cualitativa y exploratoria, acercándonos con respuestas frente a problemáticas de salud, desde la interpretación de las usuarias (Ulin et al., 2006), a partir de un enfoque fenomenológico (Duque & Aristizábal Díaz-Granados, 2019). En este sentido, esta investigación exploratoria se caracteriza por una concepción de la realidad en tanto sistemas de signos, que busca en última instancia descifrar las experiencias y percepciones en torno a la atención en el Programa de Salud de la Mujer de la comuna de Quilicura, lo que ha constituido el punto central de este trabajo. Ello contribuyó a comprender las percepciones de las entrevistadas, a partir de sus creencias y experiencias, las cuales dan un significado a las prestaciones recibidas en materia de salud sexual y reproductiva, permitiendo desentrañar los discursos en búsqueda de encuentros y desencuentros en sus prácticas cotidianas, intentando comprender la realidad desde los propios sujetos, en su contexto socio cultural, desde donde perciben, piensan y construyen sentido.

Universo

Mujeres haitianas usuarias del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la Comuna de Quilicura.

Unidad de análisis

Ésta corresponde a los discursos, expresados en las entrevistas semi estructuradas de mujeres haitianas, usuarias del Programa de Salud la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.

Tipo de Muestreo

La selección de informantes es intencionada se orientó hacia la búsqueda de profundidad, acceso y calidad de la información, indagando en los relatos de mujeres haitianas que dieron respuesta a la pregunta de investigación, siendo el criterio de muestreo por conveniencia el principio de conformación de la muestra.

Para ello se realizó contacto con una facilitadora lingüística que trabaja en el CESFAM Irene Frei y fue a través de ella que se inicia el contacto con las participantes. Una vez realizado el acercamiento y explicado los objetivos de la investigación, se les invitó a participar, previa firma del consentimiento informado y posterior calendarización de la entrevista semi estructurada en el espacio que cada una de ellas propuso fuera del establecimiento de salud.

En los casos que no se comprendieron las preguntas se solicitó apoyo a la facilitadora en la traducción de estas, lo mismo en la respuesta de las participantes.

Por su carácter de informante clave, la facilitadora también fue integrada a la muestra que se entrevistó en este trabajo.

Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por mujeres haitianas usuarias del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura, los criterios de inclusión y exclusión son:

Inclusión:

Mujeres haitianas con hijos/as nacidos en Chile y/o Haití, residentes en la comuna de Quilicura, que recibieron atención durante los últimos 3 años en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de dicha comuna y que se encontraban en distintos estadios del proceso migratorio.

Exclusión:

Que no hayan recibido atención en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura.

Tamaño de la muestra

Se realizaron entrevistas semi estructurada a ocho usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y una facilitadora intercultural del establecimiento de salud como informante clave, que además hizo de traductora lingüística. El tamaño de la muestra fue definido por saturación de la información.

Instrumento de recolección de información

Se utilizó como instrumento primario de recolección de información la entrevista semi estructurada. Esta nos permitió, a través del encuentro cara a cara, una conversación horizontal, orientada a comprender las experiencias de las participantes desde sus propias palabras, para favorecer la comunicación de sus experiencias y percepciones, en torno a los objetivos de la

investigación (Hernández et al., 2006). Se recurrió a la facilitadora intercultural como traductora en aquellos casos en que las entrevistadas tenían un manejo precario del idioma español. La pauta de entrevista se estructuró a partir de dimensiones y subdimensiones que surgen en razón de los objetivos de la investigación y que se presentan a continuación.

Objetivos	Dimensión	Sub dimensión	Temáticas
Indagar respecto de cómo las mujeres haitianas han vivido el proceso de atención en salud sexual y reproductiva en el Programa de Salud de la Mujer, del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura	Contexto	Identidad, habitus corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Edad - Autodefinición. - Origen social. - Escolaridad - Tiempo de estadía en Chile - Opinión sobre el cuerpo. -
	Atención en el Programa de Salud Sexual y reproductiva		
Describir las condiciones que a juicio de las entrevistadas facilitan y/o dificultan la atención en salud sexual.	Derechos sexuales y reproductivos	Acceso (a la atención)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la Tramitación de la atención. - Dificultades detectadas en la atención - Facilitadores de la atención
Describir la percepción de mujeres haitianas atendidas en Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura, respecto de la existencia y características de dinámicas interculturales en el proceso de atención.	Atención interculturalidad	Multiculturalidad /interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Interés y conocimiento de los funcionarios/as en su cultura. - Aceptación de sus costumbres. - Existencia de integraciones culturales a la oferta de salud.
		Relaciones comunicativas / instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de facilitadores. - Relación con funcionarios/as.
		Negación / reconocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias de discriminación. - Experiencias de acogida. - Aculturación (pérdida de identidad).
		Etapas del proceso intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones interculturales percibidas.

Tipo de Análisis

Para este estudio se realizó “análisis de contenido (Andréu, 2001) con el objetivo de descifrar los significados del discurso, desde donde se buscó responder a la pregunta de investigación, a través, de la interpretación de las palabras que aparecen en la cotidianidad de las personas y que pueden ser descritos a través del lenguaje, el cual involucra distintas acciones flexibles, dirigidas a su interpretación.

Los datos se obtuvieron a partir de las grabaciones de las entrevistas y la sistematización de estas involucró las siguientes etapas:

Transcripción de la información.

Sistematización de la información y reducción de datos.

Análisis de la información, a través, del proceso de codificación que involucra:

- Creación de Categorías (conceptos derivados de los datos).
- Comparación y orden de las categorías (interpretación de los datos, que generan explicaciones tentativas para interpretar el fenómeno en estudio) a través del uso de Software ATLAS. ti, para apoyar el análisis
- Elaboración de los resultados.
- Elaboración de conclusiones.
- Elaboración de informe final

Criterios de rigor y calidad

Entendiendo las características de la investigación cualitativa es que definimos, ciertos criterios que permitieron resguardar el rigor metodológico según Hernández et al., (2006):

Credibilidad: Para cumplir con este criterio la pregunta que se debe responder es, “¿hemos recogido, comprendido y transmitido en profundidad y amplitud los significados, vivencias y conceptos de los participantes? Respondiendo esta interrogante permitió intentar

transmitir “el lenguaje, pensamientos y emociones y puntos de vista de los participantes” (Hernández et al., 2006).

Para lograr este criterio, se tuvo en cuenta las siguientes recomendaciones según Coleman y Unrau (2008) citado en Hernández et al. (2006):

- Reconocer las propias creencias, concepciones y prejuicios en torno a la pregunta de Investigación.
- Considerar a todas las participantes por igual y la información que ellas puedan entregar incluso aquellos que son discrepantes con nuestras creencias o con las conclusiones de la investigación.

Transferencia (aplicabilidad de resultados): Hace referencia a la posibilidad de que los resultados de la investigación puedan ser aplicados en otros contextos similares, entendiendo que no se busca la generalización de los resultados, pues no existen dos o más contextos iguales. La posibilidad de transferir la información es una determinación que realiza el lector de la investigación y no el investigador. Para poder cumplir con este criterio se tomaron resguardos significativos en la muestra, pues esta fue significativa para lograr el cumplimiento de los objetivos de la investigación y cumplir con el criterio (Hernández et al., 2006).

Confirmación o confirmabilidad: Refiere a la necesidad de demostrar que en la investigación los sesgos y creencias de la investigadora están mermados en los resultados de la investigación. En este caso se tomaron las siguientes medidas para cumplir con este criterio asociado a la credibilidad de la investigación:

- Reflexionar respecto de los propios prejuicios de la investigadora
- Trabajo en terreno

- Auditoría externa, con el fin de garantizar la calidad teórica y metodológica de la investigación.

Dependencia: La entenderemos básicamente como la amenaza continua de la introducción de los sesgos propios del investigador ya sea durante el trabajo de campo y/o durante el análisis de la información. Para ello en esta investigación se evitó establecer conclusiones antes del análisis de los datos.

Aspectos éticos

Las consideraciones éticas para el desarrollo de esta investigación, fueron fundamentales para garantizar el respeto y el resguardo de las identidades de las personas que participaron de ésta, la firma de un consentimiento informado, el cual señala el objetivo de la investigación, los instrumentos a aplicar, la garantía de confidencialidad y participación voluntaria. Además, se alude a la obligación que tienen los/as investigadores/as de devolver los resultados de ella a la comunidad que aportó, a través, de sus relatos al desarrollo de la investigación. Cabe agregar que esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con la finalidad de dar cumplimiento a los criterios éticos elementales en una investigación de este tipo (ANEXO N°2).

III RESULTADOS

El centro de esta investigación se estructura a partir de tres dimensiones resultantes de los objetivos: a) indagar a cerca de las experiencias de atención en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura; b) describir facilitadores y

obstaculizadores de la atención en el Programa de Salud de la Mujer de dicho establecimiento.

c) Por último, describir la percepción de la acción intercultural del establecimiento concebida como vivencia.

Estas dimensiones intentan abarcar el conjunto de los discursos que expresan las mujeres entrevistadas, dando cuenta de una percepción general que determina experiencias significativas asociadas a la atención en salud sexual y reproductiva vivida por ellas en el sistema público de salud chileno. Si bien es cierto es posible establecer regularidades en el conjunto de las entrevistadas; existen puntos de divergencias que expresan algunas de ellas y que es importante considerar, pues profundizan aspectos no evidente en la atención y que podrían ser relevantes en la observación de fenómenos relacionados con la atención y concepción de la interculturalidad en nuestro sistema de salud.

III.1 Características de la muestra

Las entrevistadas fueron mujeres jóvenes de entre 25 y 35 años de edad, algunas de ellas con hijos/as nacidos en Haití y en Chile y que han tenido la experiencia de haber sido atendidas en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei, a propósito de sus procesos de gestación.

Tabla n°1: Datos de las entrevistadas

Entrevista	Edad	Nivel educacional	Procedencia	Años de residencia en Chile	Número de hijos/nacidos en Chile y/o Haití
1	28	Nivel Superior Universitaria Completa	Puerto Príncipe	Casi 6 años	2 hijos. Ambos nacidos en Chile
2	29	Estudiante de estudios universitarios	Puerto Príncipe	Más de 5 años	2 hijos. Ambos nacidos en Chile
3	27	Media Completa	Puerto Príncipe	2 años	1 hijo, nacido en Chile
4	28	Universitaria Completa	Del sur de Haití	4 años	Facilitadora
5	26	3° Medio	Del sur de Haití	2 años y 7 meses	1 Hijo, nacido en Chile
6	33	7° Básico	Puerto Príncipe	4 años	2 hijos; el primero nació en Haití y el segundo en Chile

7	26	Universitaria Completa	Puerto Príncipe	Casi 7 años	1 Hijo, nacido en Chile
8	28	8 Básico	Del norte de Puerto Príncipe	5 años	2 hijos nacidos en Chile
9	32	5° Básico	Del sur de Puerto Príncipe	3 años	2 hijos; el primero nacido en Haití y el segundo nacido en Chile

III.2 Análisis de la Información

Experiencia de atención en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura

Uno de los elementos que mayores referencias tiene respecto a la experiencia de atención en el CESFAM mencionado, es el que dice relación con una percepción de buen trato en el establecimiento. En este sentido la mayoría de las entrevistadas destacan la acción de los/as funcionarios/as que se expresa en un trato digno.

“...me siento bien, me atienden bien. Me gusta acá. Cuando está enfermo doctor escucha bien y todo bien. Te llaman cuando tienes cita aquí” (E.8, 5 años de residencia en Chile, 2 hijos).

“Dice que cuando viene al consultorio siempre la trataron bien y depende de cómo se presenta uno. Eso significa puede ser que vas a escuchar que hay gente que dice que a ellos le trataban mal, en el sentido como, según ella, como se presenta uno como lo tratan a uno, según ella, pero como en caso de ella siempre la trataron bien”(E.6; 4 años de residencia en Chile, 2 hijos).

Esta experiencia de atención se percibe además, de una forma cálida para algunas de las entrevistadas; una suerte de cercanía afectiva entre las usuarias y los/as funcionarios/as del CESFAM.

“Si con la matrona que estuve me sentí como acogida“(E.7; casi 7 años de residencia en Chile, 1 hijo).

“Dice que son cercanos a ella, como siempre yo dije lo mismo, cada persona es una, cada persona se puede sentir a gusto depende de uno”(E.5; 2 años y 7 meses de residencia en Chile, 1 hijo).

Asociado al tema del trato, las entrevistadas resaltan de manera significativa la calidad de la atención sanitaria del sistema de salud, asociada a la integralidad de la atención, pues a partir de ella logran acceder a diversas prestaciones de orden sanitario.

“En realidad creo que sí, porque en el consultorio cuando va ver a la matrona, te pesa, te manda al dentista, te manda...Si creo que sí, en ese sentido sí, como te cuidan, si te cuidan, por ahí para ir a lengüelar mucho, ir al dentista, a la asistente social, yo creo que si (E.2; más de 5 años con residencia en Chile, 2 hijos).

“Me trataron bien. Tenía controles con la matrona Camila y me atendieron otros médicos. Fue muy bueno” (E.8; 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Además de ello, destacan el profesionalismo de la atención sanitaria.

“...entonces te van indicando cosas para... que ya yo sabía pues emocionalmente yo estaba preparada, pero igual ellos te lo dicen y así uno se mantiene tranquila esperando que pasen las horas te ayudan en lo que es su deber, lo que tienen que hacer, en caso de que tú no puedas hacerlo sola, a veces uno opta por yo lo hago, está bien, pero ellos siempre están al tanto para hacer lo que corresponde” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Menos mencionado pero significativo, es la valoración económica de la atención. En este aspecto una de las entrevistadas realiza una relación precio calidad de la atención del establecimiento y da cuenta de las escasas diferencias en materia de atención entre el sistema privado y el sistema público de salud, valorando positivamente la atención gratuita del CESFAM.

“Cuando recién llego empiezo a ir a una consulta privada y después la misma chilena me dijo que tenía que ir al consultorio y esa cosa en el consultorio te puedes atender sin tener que pagar tanto o no pagar y ahí uno busca la cosa que le conviene y era igual” (E.2; más de 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

A pesar de la buena percepción en el trato y en la atención sanitaria de las entrevistadas, algunas de ellas hacen mención de manera relevante a aspectos de la atención que les parecen poco satisfactorios. Uno de estos aspectos dice relación con la imposición de los métodos

anticonceptivos. Respecto de ellos algunas entrevistadas relatan una cierta insistencia en la aplicación de métodos anticonceptivos propios del establecimiento, sin considerar su opinión.

“...es lo mismo, en ese aspecto es lo mismo, porque opta por el asunto de la planificación familiar, pero si la persona no quiere no se hace. Pero acá en ese aspecto son como más insistentes en ese asunto de la planificación familiar” (E.2; más de 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“la matrona..., ella me ve y me dice que métodos utilizar, yo le hago caso”. (E.8; 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Complementario a lo anterior, las entrevistadas narran su menor apego o incluso su menor preferencia por el uso de métodos anticonceptivos:

“Como le digo, ese asunto de la planificación familiar no me gusta mucho, es un tema porque no me gusta usar ese tipo de método, se sabe que son buenos de un lado, pero en otro lado te ocasionan otros daños y yo opté por usar mi propio método” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Otras aluden a tradiciones culturales basadas en la abstinencia sexual

“Porque allá ellas tiene su tiempo después de su parto para planificarse, para empezar el método, por eso es que son 40 días después su parto, pero hay gente variable ahí, viene después de 3 meses cuatro meses, hasta 6 meses cuando se sienten preparadas para empezar de nuevo ahí vienen a cuidarse. Porque según el

dicho de allá, sino tienes relación sexual, no hay necesidad de planificar, hacer planificación familiar, para cuidarse” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

“...después de un año dice, porque la postura nuestra es diferente a la de las chilenas, que son más calientitas las chilenas” (E.6; 4 años viviendo en Chile, 2 hijos).

También algunas de las usuarias plantean problemas de salud, para no usar los métodos anticonceptivos propuestos por el dispositivo.

“Me ofrecieron pero no quise tomarlo porque cuando me embaracé, la ginecóloga particular que tengo, se dio cuenta que tenía mioma, entonces no quise tomarlo, lo único que me dio eran preservativos, de los otro métodos que son por meses años, no tomé” (E.7; casi 7 años viviendo en Chile, 1 hijo).

“Hay pocas mujeres que se cuidan, como la mujer nueva joven sí, pero... la mujer nueva joven también depende de dónde viene, por ejemplo en la capital la gente son más educadas en el tema y saben que no hace tal efecto es algo..., es otra cosa en el cuerpo, te puede provocar algún cambio. Pero la gente que viene del campo, que son mucho más que la gente que viene de la capital, esa persona hasta ahora...a veces... no están usando como te preguntan si te hace mal”.

No obstante ello, una de las entrevistadas valora positivamente la preocupación del sistema y sus funcionarios/as por la oferta de métodos anticonceptivos que ofrece el dispositivo, considerándolo útil para su vida futura y el control sobre la natalidad. .

“Normalmente en el consultorio la gente después de su parto siempre nos ofrece la oportunidad de cuidarse, pero siempre esa decisión es de uno.... En caso de ella como ella quería eso más con mi ayuda ahora ella se está cuidando” (E.3; 2 años viviendo en Chile, 1 hijo).

Otro de los aspectos insatisfactorios que expresan algunas de las entrevistadas, es el que dice relación con los tiempos de espera para recibir la atención. Si bien es cierto esto no tiene muchas referencias, parece ser importante para alguna de ellas.

“No creo que solamente uno tiene que esperar, el tiempo de espera por ejemplo uno a veces llega a una y recién a la las dos o antes de las dos, como hay que esperar la persona que estaba primero o la misma hora y hay que esperar y la atención demora. Eso, demora la atención” (E.2; más de 5 años viviendo Chile, 2 hijos).

A modo de resumen, podemos decir que la experiencia de atención por parte de las entrevistadas, se caracteriza por la percepción de un buen trato, asociada al profesionalismo, integralidad y gratuidad de ésta. Los elementos que tensionan esta relación tienen que ver con una imposición por parte del sistema de salud de los métodos anticonceptivos y tiempos de espera muy prolongada

Comparación con Chile. Relatos emergentes sobre la experiencia de atención en el ámbito de salud reproductiva

En el contexto de la conversación las entrevistadas hicieron referencia a dos temas que si bien no eran parte de los objetivos del estudio, se han considerado un aporte para este: diferencias en el nivel de conocimientos en materia de anticoncepción de mujeres que provienen de sectores urbanos y rurales de Haití y contrastación de experiencias en salud sexual y reproductiva entre Haití y Chile.

Respecto del primer tema, algunas de las entrevistadas plantearon que existe un cierto desconocimiento de los métodos anticonceptivos utilizados por el sistema de salud, por parte de las personas provenientes del campo, una suerte de desconfianza asociada a su menor nivel educacional.

“Claro imagínese una persona que viene de bajos recursos o que como dicen allá, que se crio en el campo, no es igual que una persona que ha haya criado en la ciudad, sabe cosas, hacer cosas que allá no hay, esa persona viene siendo como... como te digo, tiene falta de conocimientos, aunque tú le indiques hacer una cosa pueda ser que lo haga mal, entonces al hacerlo mal genera respuestas no deseadas”
(E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“No no es tan distinto, existe la pastilla, y también de todo, el t, ese t de cobre de todo, pero creo que lo que falta es educación a la gente, porque la gente vive con ese mito que en Haití hay un supuesto que eso hace mal. Una mujer puede empezar con eso. Porque todo eso hace mal, porque son químicos en tu cuerpo no es lo mismo, pero no es como..., lo piensan, sobre todo cuando es joven, no tiene hijo, piensa que con eso puede no tener hijo, puede hacerle daño, cuando quiere

tener hijos no puede, es así, la gente no... creo que es una falta de educación de eso” (E.2; más de 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

En lo que respecta a la comparación con Chile, algunas entrevistadas plantean que la atención sanitaria en este tipo de prestación, es mejor en Chile que en su país de origen, fundamentalmente debido a la integralidad de la atención desarrollada por el sistema público chileno.

“fue un poquito diferente porque allá el sistema de salud no es igual, pero fue buena, porque acá en Chile, con el servicio de salud prenatal está incluido nutricionista, está incluido dental, allá no, solamente tu prenatal, para tener un nutricionista tienes que pagar grandes billetes aparte y para lo de dental también, acá es un conjunto muy bueno eso” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“...en cierto sentido, en ciertas cosas Chile está un poquito avanzado. Como bien le dije sobre el asunto del prenatal y eso, allá no se ve nada de eso. Incluso estuve hablando con Natacha, le estuve diciendo que allá el que quiera tomarse un tratamiento se lo toma sino que se vaya a morir a su casa. Pero aquí yo he visto, igual con usuarias haitianas también que cuando les sale un examen alterado o malo como dicen o algo que no es normal te llaman al tiro para que venga al centro y si no la encuentran salen a buscarla a la dirección, sino la encuentran en la dirección preguntan por alta voz con la facilitadora, si alguien conoce tal señora con tal nombre por favor dígame que pase al centro. O sea eso es muy bueno, allá no hay eso” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Ahora bien, aun cuando se valora positivamente la atención sanitaria recibida en Chile, por sobre la haitiana, existen otros aspectos que distinguen positivamente la experiencia vivida y/u observada durante el periodo de embarazo y postparto en Haití, que no necesariamente se refieren a la atención del sistema de salud. Entre ellas se encuentra los cuidados postparto y el apoyo familiar a las mujeres que están en esta condición. Las diferencias culturales hacen que en Haití este proceso tenga un apoyo significativo de la familia, cuestión que se dificulta en Chile.

“Si, mi mamá, yo tengo hermanos chicos. Es bien distinto, la verdad es bien distinto, sobre todo... mi experiencia termina... después del parto está sola tú tienes que hacer todas tus cosas, cuidar la guagua, todo eso, la mayoría de la gente. Pero en Haití no es así como es una...no es una fiesta pero la gente te ayuda, los familiares, por supuesto los que tienen más tiempo, no todos trabajan. Te ayudan te cocinan, te cuidan la guagua, te dejan descansar, eso. Pero acá nadie hace tus cosas” (E.2; más de 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Por otra parte las entrevistadas relatan atenciones especiales antes y después del parto asociadas a sus costumbres, que no logran encontrar en el sistema de salud.

“...pero mientras quedaría como se hace con hierbas, con otra cosa y ellas piensan que va a ser algo así similar. Se toman un baño con agua tibia con hierbas y esas cosas, ellas creen mucho en eso y cuando la persona ya tuvo a sus primeros hijos allá en su país, está esperando lo mismo, piensan que se pueden hacer lo mismo, a menos que pueda haber otra cosa pero... que es casi igual lo que hicieron allá” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

“...después de los medicamentos que dieron en el hospital, ella, lo mismo que ayer nos están contando, ella toma un baño con hierbas, agua tibia y esas cosas” (E.6; 4 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Por último, se menciona que en Haití una porción no menor de mujeres acceden a atención no medicalizada del parto, llevada a cabo por “matronas” o parteras de la comunidad.

“Ella dice que sí, dice que recuerda que una tía tuvo a su hijo en la casa, porque no alcanzo a ir al hospital y que fue la matrona (una partera) la que la ayudo y toda la familia y que no fue al tiro al hospital. Ella dice que la matrona le preparo hierbas para tomar” (E.3; 2 años viviendo en Chile, 1 hijo).

“...tuvo el parto en su casa porque nunca tuvo tiempo para irse al hospital, porque normalmente depende de donde vive la persona puede ser que no sé qué...el camino es muy largo, mientras que llega” (E.5; 2 años y 7 meses viviendo en Chile, 1 hijo).

Elementos que facilitan y dificultan la atención en salud en el Programa de Salud de la Mujer

Elementos que facilitan la atención

Uno de los aspectos referidos por las entrevistadas en relación a los elementos facilitadores de la atención, en lo relacionado a la necesidad del sistema de entender las diferencias culturales de las usuarias provenientes de Haití. Algunas de ellas, han valorado los esfuerzos de los/as funcionarios/as por aprender elementos de la cultura haitiana para poder relacionarse con ellas.

“Si, de hecho preguntan e hicieron charlas sobre el tema de la cultura haitiana para saber un poco más de las haitianas para saber cómo se pueden acercarse a ellas” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

Otro de los elementos facilitadores de la atención son las intermediadoras lingüísticas, visualizadas como agentes claves para la atención. Se valora del sistema la presencia de estas mediadoras idiomáticas en los establecimientos de atención de salud pública.

“Solo me gustaría que abran más oportunidades de facilitadores, por ejemplo si creo que son más o menos tres en el consultorio y hay mucha demanda, como la población haitiana es muy muy alta en el consultorio, eso quiere decir que, por ejemplo si en un sector hay como 10 más o menos, podemos encontrar que hay como 2 que hablan castellano o que se pueden decir algo en castellano y el resto que son 8 y en otro sector podía haber 3 y mientras son tres facilitadores en el consultorio o hay uno no más en el consultorio, eso no puede satisfacer el requerimiento para poder ayudar a todo el público” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

“...según ella que siempre debía haber un facilitador o una facilitadora para ver a la población haitiana que no saben hablar español y que debieran conocer las costumbres, porque dice ella que a veces las retan y no las comprenden” (E.3; 2 años viviendo en Chile, 1 hijo).

Por otro lado, en relación al mismo tema se valora que estas facilitadoras sean exclusivamente mujeres, pues las consideran pertinentes para la atención en el Programa de la Salud de la Mujer.

“En Quilicura yo conozco 2 en la comuna. En el sentido, el tema del consultorio hay mujeres pero ellos antes tenían hombres, puede ser la experiencia que tuvieron con los hombres, que creen que es mejor tener mujeres ahora, como yo no estuve no sé qué paso y como a las mujeres a veces les gusta más hablar cosas en privado que son de mujeres con mujeres, que es súper diferente a hablar una cosa que tengo como mujer con un hombre y como tenemos la mayoría de la población haitiana que son embarazadas o madres, pienso que es por eso que creen que es más apropiado poner una mujer que un hombre” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

Asociado a lo mismo, algunas entrevistadas valoran no solo la presencia de las facilitadoras, sino también de profesionales haitianos que las atiendan. De esta forma se propone la contratación de médicos y otros profesionales que puedan entender la cultura de este grupo de población.

“si ha mejorado mucho, solamente faltamos profesionales que pueden trabajar y que tienen conocimiento para eso, que pueden trabajar en los centros de salud, que sean profesionales haitianos” (E., 4; 4 años viviendo en Chile).

“Ella dice que, lo mismo que ella que antes faltaban esas cosas como traductor, médicos de nacionalidad haitiana y como técnico y ahora ve que están haciendo un esfuerzo para poner más funcionarios de esta nacionalidad” (E.5; 2 años y 7 meses viviendo en Chile, 1 hijo).

Como se puede observar, existe un reconocimiento del esfuerzo del dispositivo por comprender la cultura de las entrevistadas, además se considera importante el rol comunicativo de la facilitadora intercultural y su género, pues propicia un mayor acercamiento en temas asociados a la salud sexual y reproductiva. También se valora el avance en materia de integración de profesionales de nacionalidad haitiana.

Elementos que dificultan la atención

Para las entrevistadas uno de los elementos que dificultan la atención son las diferencias idiomáticas que actúan como barreras entre usuarias y funcionarias/os.

“...Bueno, uno tiene que hablar, pero el problema es cuando no se entiende a la otra persona (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“...exactamente porque así mismo como Ud. dice. Pueda ser que conmigo no tengan ningún problema, ni yo con ellos, pero con otras sí, porque no tienen el conocimiento que tengo yo, no hablan el idioma, vienen de recursos muy bajos, hay cosas que no saben, eso genera grandes consecuencias” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

También se considera como un elemento obstaculizador de la atención, las barreras culturales. Si bien es cierto se valora el esfuerzo del sistema de salud por comprender las diferencias entre culturas, estos intentos son percibidos como insuficientes, para la mejora de la atención sanitaria.

“Creo que ellas también tienen que hacer un poco de esfuerzo para entender que vienen de otra cultura ehh. Eso. No hablar de la cultura pero entender por lo menos

que no somos de acá, somos de otra cultura, tenemos otra costumbre, una cosa distinta... Un poco de que se pongan en nuestro lugar” (E.2; más de 5 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“Aprender un poco más de la cultura haitiana, porque esa es la clave, porque si uno no sabe con quién está compartiendo no se puede hacer las cosas bien” (E.4; 4 años viviendo en Chile).

Otro de los elementos identificado como obstaculizador de la atención en salud, es que a juicio de las entrevistadas, las facilitadoras interculturales cuentan con una escasa capacitación en temas específicos de salud

“En resumen es un trabajo bien delicado que ellos debería estar capacitados y estar con capacitación, por lo menos trimestralmente, porque si la persona no bien es enfermera o no es como enfermero o si bien no tenía nada que ver con el tema de la salud y por situaciones de la vida se encuentra en ese tipo de trabajo, mentalmente debería estar preparado y estar en un periodo de capacitación, para hacer entender el trabajo que está haciendo y tratar también de medir su experiencia todos los meses para no perjudicar no solamente a la persona sino también al sistema de salud que... donde trabaja” (E.7; casi 7 años viviendo en Chile, 1 hijo).

Como se puede observar los elementos que dificultan la atención para las entrevistadas, se relacionan con las barreras idiomáticas que obstaculizan la comunicación entre los actores, las barreras culturales entre usuarios/as y funcionarios/as que

complejizan las atenciones en salud y la percepción por parte de las usuarias de la escasa capacitación especializada en salud de las facilitadoras lingüísticas.

Percepción de la interculturalidad en la atención sanitaria

Interculturalidad

Respecto de este tema uno de los elementos de mayor referencia entre las entrevistadas y central en esta investigación, es el que dice relación con el escaso interés de los/as funcionarios/as por conocer la cultura haitiana y proponer medidas sanitarias con cierto grado de pertinencia cultural. Si bien es cierto se valora la atención sanitaria y los protocolos que ella despliega, sobre todo en lo referente al trato clínico, a juicio de las entrevistadas ello no alcanza para que los/as funcionarios/as se interesen en la cultura o las costumbres, mucho menos en establecer mecanismos sanitarios particulares.

“Eso no, eso no, en realidad no. No hay. No sé si alguna persona, pero la mayoría no. Todo lo que digo es como el protocolo, se queda en el protocolo, pero no es como ir más allá. El aprender la cultura no, eso no” (E.3; 2 años viviendo en Chile, 1 hijo).

“Yo sé que muchos se han capacitado en la cultura haitiana, pero no se nota en la atención” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“por obligación, puede ser que todos están tratando de tener conocimiento de la cultura haitiana, pero pocas son las que quieren trabajar desde esa cultura para dar una atención mejor a las mujeres haitianas” (E.7; casi 7 años viviendo en Chile, 1 hijo).

Acción comunicativa

Respecto de la capacidad del dispositivo de establecer relaciones de “acción comunicativa”, es decir, instalar espacios de comunicación simétrica entre las usuarias y el dispositivo (Amen Rodríguez, 2016), algunas de las entrevistadas plantean que no existe la posibilidad de co-construir este tipo de comunicación, pues se ven subordinadas a las decisiones de los/as funcionarios/as, sin posibilidad de plantear sus posiciones.

“dice ella que a veces la retan y no las comprenden” (E.3; 2 años de residencia en Chile, 1 hijo).

“ellos siempre te dicen lo que hacer, no cambian nada de ellos...” (E.1; casi 6 años viviendo en Chile, 2 hijos).

“...no lo comenta, porque la puede retar” (E.6; 4 años viviendo en Chile, 2 hijos).

A pesar de no establecer simétricas de comunicación, las usuarias valoran los avances en este aspecto, asociado al papel de las facilitadoras pues posibilita la comprensión del funcionamiento del dispositivo de salud y de la atención clínica.

“si es bueno, nos ayuda a entender lo que dicen en el consultorio” (E.5; 2 años y 7 meses viviendo en Chile, 1 hijo).

“nos ayuda, como ahora. Dice que si no estuvieran no entendería nada” (E.6; 4 años viviendo en Chile, 2 hijos).

Por último y menos frecuente entre las entrevistadas, que a pesar de no percibir acciones interculturales en la atención; salvo la valoración de las facilitadoras lingüísticas, cualquier

intento por hacer comprensible para ellas las prácticas del dispositivo, es un avance en materia de interculturalidad. Si bien es cierto no cambian sus prácticas, por lo menos intentan hacerlas entendibles para las usuarias.

“Si, primero uno entra y están las informaciones en distintos idiomas, entonces ya es una acción de interculturalidad y contratan a facilitadores para que pueda facilitar la intervención de los médicos, ese otro. ¿A ver que otro? Ese son los dos que se ven más destacados” (E.7; casi 7 años viviendo en Chile, 1 hijo).

Así expuesto, las entrevistadas plantean que no perciben un real intento de los/as funcionarios/as por conocer su cultura. También esbozan que en el centro de salud observan un cierto reconocimiento individual, relacionado con la atención sanitaria, sin embargo, esta no existe en otros contextos. En materia de comunicación las entrevistadas señalan tener poca recepción comunicativa por parte de los/as funcionarios/as, los cuales imponen sus posiciones sobre ellas. Por último las participantes, valoran positivamente los esfuerzos del establecimiento por hacer comprensibles sus requerimientos hacia ellas, a pesar que invisibilizan sus prácticas culturales.

IV DISCUSIÓN

Para responder a nuestra pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones y experiencias de las mujeres haitianas respecto de la atención en salud sexual y reproductiva recibida en el Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Irene Frei de la comuna de Quilicura y de la existencia de una dinámica intercultural en el proceso vivido?, se ha desarrollado un trabajo analítico orientado por los objetivos de la investigación.

En general el estudio refuerza la idea de otras investigaciones, que presentan a este grupo como subordinado respecto de la cultura hegemónica del sistema de salud, al no considerar sus características particulares, inhibir sus prácticas en el tema de salud, sexual y reproductivas y no considerar el valor de su cultura como activo sanitario (Avaria, 2018; Cortez Salas et al., 2017). A pesar de ello, las entrevistadas valoran la atención sanitaria recibida en el dispositivo y se sienten acogidas por él.

Relación con el dispositivo de salud

En materia de relación con el dispositivo de salud es importante destacar que en su mayoría, las usuarias tienen una valoración positiva de él. Las razones de esta, se explican por una serie de causas tales como el buen trato, el profesionalismo, el interés sanitario del dispositivo y el factor económico. Además las entrevistadas, valoran el carácter interdisciplinario de la atención en el programa, planteando que se sienten sorprendidas por la preocupación que el establecimiento tiene por su salud bucal, nutricional o de otro tipo, al participar en el Programa de Salud de la Mujer por su condición de gestante.

No obstante la alta valoración positiva del dispositivo, las entrevistadas identifican factores de tensión. Entre ellos la impersonalidad que se establece entre usuarias y funcionarias. Al respecto, pareciera que los elementos descritos apuntan a un cierto tipo de

prácticas profesionalizante de los/as funcionarios/as. El trato, la preocupación sanitaria y el vínculo respetuoso de los/as profesionales con ellas, son parte de una relación profesional aprendida y probablemente, no necesariamente obedece a una real relación de interés, Cuyul, (2013) refiriéndose a Espósito, señala que “la lucha contra la amenaza del diferente no se realiza mediante la contraposición formal, sino mediante el rodeo y la neutralización”. Es por esto, tal vez, que las entrevistadas la consideran fría, sin poder explicar esta lejanía. Ello es además agravado por las condiciones estructurales de nuestro sistema de salud, que genera tiempos de espera muy prolongados y su alta demanda que produce aglomeraciones en los establecimientos de salud (Colegio Médico de Chile A.G., 2017).

Otro de los elementos que caracteriza la relación de las entrevistadas con el dispositivo, es la centralidad que este le asigna a la maternidad (MINSAL, 2020). Las atenciones de que son objeto las mujeres entrevistadas, están estrechamente vinculadas a su condición de madres. En este sentido no se encuentra otro tipo de servicios asociados a la dimensión de la sexualidad o su condición de género, que es el principio organizador del programa. Si bien es cierto se brinda atención interdisciplinaria, ella siempre asociada a la maternidad. Así expuesto, la atención desde el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, utilizada por el Programa de Salud de la Mujer en el establecimiento observado, está centrada en lo reproductivo, minimizando aquello relacionado con la sexualidad. Además se enfoca en lo biomédico, es decir el funcionamiento corporal, no integrando otras dimensiones en la atención, tales como lo psicológico y lo cultural. Esta característica del programa se observa en otras investigaciones que plantean conclusiones similares y que apelan a su identificación y superación (Cortez et al., 2017).

Uno de los elementos de crítica en la valoración de la experiencia de atención de las mujeres haitianas en el programa estudiado, es una cierta tensión entre los *habitus* (Bourdieu,

2007) asociados al uso del cuerpo de las mujeres entrevistadas y las prácticas corporales promovidas en la atención sanitaria. Entre ellos se encuentra el uso de la anticoncepción, dando cuenta de una cierta imposición de métodos anticonceptivos, que se confrontan con la autonomía decisional de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva. Esta autonomía les permite acoger de manera positiva pero crítica la oferta del dispositivo en materia de control de la natalidad y algunas de ellas relataron problemas para enfrentar esta dimensión de la salud, ya sea porque no se acomodaban médicamente a la oferta del sistema debido a problemas de salud, o por discrepancias culturales con esta. Al parecer la oferta de anticoncepción obedece a una estandarización del programa, lo que operaría como una suerte de control de la institución sobre el cuerpo de estas mujeres (Foucault M. , 1996) o como lo señala Cuyul (2013) integradas a un proceso de “aculturación biomédica”, que se ve enfrentada con esta tendencia a la autonomía de las entrevistadas en esta materia.

En esta dirección, algunas de las informantes plantean que las dinámicas temporales desplegadas por el sistema de salud en los procesos de embarazo, parto y post parto, son diferentes a sus prácticas y las posicionan en condiciones de subordinación frente al sistema de salud (Avaria, 2018), lo que redundaría en inasistencia a controles, y servicios no satisfactorios para el sistema en materia de control de la natalidad. Ejemplo de ello son los retrasos en los horarios de atención, y el cuestionamiento al tiempo de inicio del uso de anticonceptivos propuesto por el programa por parte de las entrevistadas. Al parecer estas características son generalizadas en la atención del sistema de salud a migrantes, Avaria (2018) plantea que esta población es percibida por los equipos de salud como aprovechadora y que “el sistema sanitario ha construido a la migración como riesgo”, pues no acceden al sistema en los tiempos estipulados, se producen pérdidas en las horas asignadas, y tensionan el cumplimiento de la atención a embarazadas y controles de niños sanos.

Sin embargo, el trabajo no profundiza en la explicación de estas diferencias, solo es posible establecer que existe un *habitus* corporal diferenciado, dado principalmente por vivencias y creencias establecidas como disposiciones ancladas en el cuerpo (García, Alvira, & Ibañez, 1994).

Como factor emergente es interesante destacar que en el marco de las entrevistas, surgen comparaciones entre Haití y Chile. Uno de los temas relevados por las entrevistadas que tuvieron la experiencia de tener hijos/as en ambos países, es el que se relaciona con la vivencia del embarazo y el post parto. Se plantea por parte de ellas que esta vivencia es mucho más colectiva en Haití que en Chile, pues el cuidado de ellas, en etapa de embarazo, y de los hijos recién nacidos, es más compartido con la familia, otorgando tiempo a la madre para su recuperación y descanso, integrando tratamientos con hierbas, baños medicinales y todo un dispositivo de cuidados corporales.

También se destaca la existencia de personas que se dedican a asistir en el parto en su domicilio a las mujeres y que no son parte del sistema de salud público, pero que tienen un importante rol en su país de origen (Damus, 2017). Damus, (2017) plantea que estas agentes de salud han desarrollado conocimientos complejos que les permiten mejorar las condiciones de vida de mujeres en Haití y son relevantes para mejorar las condiciones de vulnerabilidad materna e infantil. Además son especialistas en medicina criolla “ecocéntrica” ya que explotan los recursos que la naturaleza les ofrece y operan en el cruce de dimensiones de salud, de biodiversidad y espiritualidad. Esa práctica no existe hoy en Chile, pues el control del embarazo es asumido por el sistema de salud (MINSAL, 2020)

Elementos que facilitan y/o dificultan la atención

Elemento facilitadores de la atención

Uno de los primeros elementos facilitadores mencionados por las entrevistadas, es la alta valoración de la labor de las facilitadoras culturales, ello en razón de la superación de una barrera comunicativa importante: el idioma. Es ella (la facilitadora) quién establece el vínculo primario entre las usuarias y el sistema de salud, ejerciendo incluso las labores de contención de expectativas y orientador general en el establecimiento, algo así como un modelo rudimentario de salud mental intercultural. Planas (2015) establece cuatro modelos en salud mental intercultural, el primero y menos complejo, es el que denomina “servicios de traducción”, que se asemeja a la función de los facilitadores lingüísticos del dispositivo De mayor complejidad es lo que identifica como “servicios de referencia y trabajo con terapeutas tradicionales” que incorpora ya una acción intercultural sanitaria de intercambio. Un tercer modelo propuesto se denomina “servicios convencionales con competencias culturales genéricas” y contempla esfuerzos por integrar en los encuentros entre usuarios/as y profesionales procesos de validación y negociación cultural, lo que implica aceptar como legítimo el modelo de salud – enfermedad del usuario, por último nuestra autora propone un modelo denominado “servicios de mediación”, en este los agentes comunitarios y facilitadores interculturales, tienen un rol muy activo en los procesos de tratamiento de los dispositivos. Si bien es cierto estos modelos se refieren a salud mental, pueden orientar las propuestas en la materia.

En esta misma dirección las usuarias además valoran el género de la facilitadora, pues les permite un dialogo más fluido sobre los temas de salud que enfrenta el programa. Cabe hacer notar, que esta demanda fue implementada por el establecimiento previo a este trabajo, al cambiar los facilitadores masculinos del CESFAM. En este sentido es importante destacar

que según la facilitadora entrevistada son las mujeres las que consultan con mayor frecuencia en el dispositivo de salud.

Otro de los elementos mencionados como facilitadores de la atención por parte de las entrevistadas, es el trabajo de traducción, desplegado por el establecimiento en los documentos informativos de los servicios que ofrece, pues según ellas, estos documentos les hacen más comprensible las dinámicas sanitarias del dispositivo. Este trabajo de traducción obedece a una política comunal de atención intercultural desplegada por el gobierno local (Thayer et al., 2014) con la cual justifica su acción política, pero que según las entrevistadas, es insuficiente como acción intercultural y solo aborda de manera superficial la dinámica intercultural planteada por Almaguer González et al. (2014). En esta dirección las usuarias consideran positivo la incorporación de funcionarios haitianos médicos y técnicos al dispositivo, pues les posibilita un mayor acercamiento a este, también consideran como tal, el esfuerzo de percibido de los/as funcionarios/as por entender la cultura haitiana, ello en razón de algunas capacitaciones en esta dirección desplegada por el establecimiento, pero que no son suficientes.

Elementos obstaculizadores de la atención.

Por su parte las usuarias también hicieron referencia a aspectos de la atención que dificultan la relación con el sistema y particularmente con el Programa de Salud de la Mujer del cual son parte. Uno de ellos es el idioma, al parecer este factor es relevante para las entrevistadas y se explica debido a que impone barreras comunicativas entre usuarias y funcionarios/as, que en algunos casos alimentan brechas culturales que dificultan el encuentro entre los actores y que tienen la potencialidad de encubrir conductas discriminatorias, etnocéntricas y biologicistas en los dispositivos de salud, quizás ello explique la alta valoración de los facilitadores lingüísticos. Cortes, Guerra, & Stuardo, (2017) plantean que

estas conductas son un problema para el sistema de salud pues influyen en la escasa capacitación de los funcionarios sobre el tema de migración e impiden un despliegue total de los DDHH en los establecimientos de área, generando denuncias asociadas al racismo y la xenofobia ante los organismos competentes.

Relacionado con lo mismo, otro de los elementos expresados por las entrevistadas como obstaculizadores de la atención, es el que dice relación con un cierto desinterés por parte de los funcionarios/as por entender y acercarse a la cultura haitiana. En general las mujeres participantes en la investigación, plantean que se hace necesario que los sistemas logren adaptar sus prestaciones a estas diferencias culturales, para ello es importante conocer la cultura del otro (Alarcón et al., 2003). Estos mismos autores plantean que el desafío para el sector salud será crear modelos de salud que respondan a las expectativas tanto materiales como culturales del usuario/a, en un proceso de intercambio cultural entre medicinas. De esta forma, la búsqueda de estrategias que coordinen distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se presenta en el sector salud, proceso que transformaría cualitativamente el sistema sanitario haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario/a. Si bien es cierto se ha avanzado en propuestas tendientes a la adaptación de los establecimientos de salud a las condiciones culturales de sus usuarios en la ley de derechos del paciente 20.584 y sus modificaciones (consulta del artículo 7° de esta ley), ella se aplica a usuarios/as principalmente de pueblos originarios excluyendo la migración como elemento intercultural. (Ministerio de Salud, 2019)

Quizás una expresión más de este desinterés y que también se menciona como obstaculizador de la atención según las participantes, es la escasa capacitación en salud de los facilitadores lingüísticos, lo que daría cuenta del rol desacertado asignado a estos agentes en el sistema, lo que confirmaría el estatus de esta estrategia de interculturalidad, como “servicios de traducción”, más que como agentes sanitarios (Planas, 2015).

La acción intercultural del dispositivo de salud

A nuestro entender la interculturalidad sanitaria demanda, una serie de condiciones, tales como el establecimiento de comunicaciones horizontales. Es decir la capacidad de los dispositivos para lograr conexiones simétricas de comunicación. La acción comunicativa se da en estos contextos (Amen Rodríguez, 2016). Esta condición, es uno de los elementos claves para establecer una acción intercultural. Sin embargo, según los relatos de las entrevistadas, esta condición no se encuentra desarrollada en el establecimiento. Si bien es cierto existen avances como la instalación de facilitadoras idiomáticas (Planas, 2015), la implementación de cartillas informativas y señalética en creole, ello no es suficiente para evidenciar “una acción comunicativa”, que posibilite vinculaciones en condición de igualdad, que logre romper con el etnocentrismo propio de una matriz cultural como la nuestra (Viaña Uzieda et al., 2010) y del sistema de salud como discurso autorreferencial. Este ha asumido la biomedicina como garante de la cientificidad del modelo, la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos presentes en sus interacciones con otras culturas, desechando y negando las otras formas de conocimiento de los fenómenos salud/enfermedad que se apartan del modelo biologicista de la mano del conocimiento científico oficial validado tanto por criterios científico académicos, como por el estado y su ordenamiento jurídico (Cuyul, 2013).

Otro elemento necesario a nuestro juicio para implementar procesos interculturales en los establecimientos de salud, es la internalización del concepto de interculturalidad en los/as funcionario/as y usuario/as, entendida esta como un proceso de interacción entre culturas, es decir, de intercambio de saberes en materia sanitaria (Alarcón et al., 2003; Almaguer González et al., 2014; García Canclini, 2015). La experiencia de atención en el CESFAM observado, parece no cumplir con esta condición, pues si bien es cierto el establecimiento es valorado clínica y profesionalmente, no logra el intercambio requerido para considerarse salud intercultural. Los usos y creencias en materia de cuidados corporales, asociados a los temas de

salud sexual y reproductiva de las usuarias provenientes de Haití, no son considerados en los procesos clínicos del dispositivo, lo que limita el desarrollo de una acción de salud intercultural y genera condiciones de asimetría entre usuarios/as y funcionarios/as (Avaria, 2018).

Según Avaria (2018), el modelo médico hegemónico instala lo biológico, la “a sociabilidad, la a historicidad, la aculturación y el individualismo como modelo de intervención, generando mecanismo de interacción basados en la subordinación y la asimetría sobre lógicas altamente pragmáticas y orientadas a lo “curativo”, descalificando las prácticas locales y culturales y mercantilizando la medicina.

En relación al reconocimiento del otro (Honneth, 1997) culturalmente diferente, como es el caso de las mujeres entrevistadas, y que es otra de las condiciones para el despliegue de la interculturalidad en salud, se observan avances importantes en este aspecto, como el reconocimiento individual (Tello, 2011), pues las usuarias destacan un trato profesional y digno por parte de las/os funcionaria/os, que las hace sentirse reconocidas personalmente por el dispositivo. También existe un reconocimiento legal que se expresa en la plena vigencia de derechos y deberes como usuarias (Tello, 2011). Sin embargo, el reconocimiento cultural es invisibilizado. Como plantea (Honneth, 1997), este es nivel más complejo del reconocimiento, pues requiere de una cierta familiaridad entre las culturas involucradas, que no solo abarca su dimensión sanitaria, sino a la totalidad cultural de un grupo humano. Reconocer y valorar culturalmente, parece ser un proceso complejo pero necesario para establecer relaciones interculturales (Almaguer González et al., 2014).

Así expuesto, es posible intuir una cierta ubicación del establecimiento en alguna de las etapas del proceso intercultural, visto este como tal, es decir un continuo sistemático de encuentro con el otro diferente. Como lo ha expresado Almaguer González et al. (2014). Este proceso tiene cuatro niveles descritos, siendo la última de estas etapas la de mayor conexión y que entrega mayores beneficios a las comunidades relacionadas. El CESFAM Irene Frei,

parece estar en la primera de ellas, aquella que establece el reconocimiento del otro, un cierto nivel de escucha y un trato con dignidad, pero que aún no logra el empoderamiento de los sujetos - agentes, ni la observancia de sus prácticas como relevantes para el abordaje de los procesos de salud/ enfermedad / tratamiento.

Desde el marco teórico esbozado en este trabajo, las condiciones de interculturalidad sanitaria no logran desarrollarse por completo en el establecimiento. La inexistencia de acciones de intercambio cultural sanitario, la escasa posibilidad de acción comunicativa, atenuada por la existencia de facilitadores interculturales; el reconocimiento parcial primario y secundario, es decir individual y legal, pero no cultural de las usuarias provenientes de Haití, dan cuenta de una forma de relación que posiciona a las entrevistadas en condiciones de subordinación frente al sistema sanitario, situación que no se condice con una acción intercultural como la entendemos en esta investigación.

Temas emergentes asociados a la identidad cultural.

En este trabajo se intentó utilizar categorías que permitirán la emergencia de las características culturales de las personas incluidas en la investigación. Una de ellas es lo que genéricamente se ha determinado como “intencionalidad de la acción”. Esta dimensión, considera elementos como la identidad, el *habitus* y la corporalidad (García Selgas, 1994), que de alguna manera podría iluminar ciertas particularidades de los agentes para enfrentar la salud. Es útil en cuanto nos facilita comprender conductas, predisposiciones y prácticas sanitarias diferenciadas, sobre las cuales es posible trabajar para profundizar estados de salud-enfermedad, o para resolver problemas asociadas a este continuo (MINSAL, 2016).

Así establecido, se hace importante destacar que las personas que migran desde Haití, no son culturalmente homogéneas, destacándose entre las entrevistadas diferencias asociadas al lugar de procedencia según sea urbano o rural. Las primeras se encuentran más integradas a

la discusión moderna sobre cuidados sanitarios, las segundas en cambio, mantienen aún una serie de prácticas y creencias, es decir *habitus* (Bourdieu, 2007), que cuestionan las prácticas asociadas a la salud sexual y reproductiva propuesta por el sistema sanitario oficial. Algunas de las mujeres haitianas entrevistadas, evocan la cultura rural para explicar sus creencias transmitidas generacionalmente y muchas veces sus prácticas corporales, como la alimentación, el control de la natalidad, los cuidados post parto e incluso su dimensión temporal. Estas diferencias remarcan una suerte de tensión cultural entre la modernidad, expresada en un sistema sanitario chileno, que aborda el tema de la maternidad de manera integral con una alta cobertura y la cultura originaria de las entrevistadas. Goicochea (2012) plantea que el modelo médico hegemónico que se reconoce como “medicina científica” ha dejado como subalternos las prácticas, saberes e ideologías de los “conjuntos sociales” a los cuales atiende.

En esta misma línea se observa una cierta orientación a la conformación de identidades colectivas por parte de las usuarias, principalmente familiares que se reproducen en su condición de migrantes y que tienden hacia la “reubicación familiar” (Landry, 2013), reflejo de esta esta construcción identitaria. Las mujeres entrevistadas en su mayoría, dan cuenta de la existencia de una cultura que valora la familia como elemento protector y red de apoyo tanto en Haití como en Chile.

Reflexiones finales

Uno de los pasos analíticos necesario a nuestro juicio, para abordar la idea de interculturalidad sanitaria, es entender que el fenómeno de salud-enfermedad, es en sí un fenómeno socio – cultural, no solo biológico (Alarcón et al., 2003). Por tanto, en contextos multiculturales, no existe una mirada única de este, pues sus interpretaciones pueden ser múltiples dependiendo de quién observe. Por ello a juicio de esta investigadora, es necesario

integrar variables de orden cultural para aproximarnos a la comprensión del proceso salud / enfermedad, de grupos culturales particulares como los/as migrantes haitianos/as.

En esta esta investigación surgen como emergentes, algunos elementos que permiten esbozar, aun cuando sea de forma somera, categorías que en la discusión sanitaria parecieran ser secundarias, pues el discurso en el sistema de salud, es predominantemente biomédico y orientado al control del cuerpo, promoviendo una suerte de universalización de los/as sujetos, que dificulta observar las particularidades de estos/as. Lo que se concibe como medicina científica, ha logrado dejar como subordinadas otras expresiones de la salud y muchas veces se ha constituido como un instrumento discriminatorio por clase social, etnia, religión o idioma que ha redundado en la incapacidad de resolver problemas de salud particulares que podrían resolverse con elementos de sistemas médicos tradicionales generando una debilidad permanente en este (Goicochea, 2012).

De esta forma surge la necesidad de profundizar en la discusión intercultural, con el fin de proponer una mirada un poco más amplia en la idea de salud, que supere las lógicas biologicistas que tienden a homogenizar a las personas y su condición de salud-enfermedad, como si esta fuese algo distinto a las apropiaciones culturales de ellas/os (Viaña Uzieda et al., 2010).

La política de salud de migrante internacionales generada por el MINSAL, desarrolla un importante avance en materia de cobertura para este grupo poblacional, a través de una serie de indicaciones que posibilitan su operativización. Sin embargo, si bien es cierto dicha política integra la perspectiva de género y de interculturalidad, estas indicaciones no tienen un correlato operativo importante, generando una cierta confusión en su ejecución para los dispositivos de salud (Cortez Salas et al., 2017).

Otro de los problemas que puede ser deducido a partir de la reflexión sobre interculturalidad sanitaria, es la escasa coordinación que existe entre los programas en la

operatoria del sistema de salud. Así el Programa de Salud de la Mujer, no contempla aspectos interculturales en su implementación, pero la política de migrantes sí. No obstante estas dimensiones no conversan entre sí, generando problemas operacionales en la atención de usuarias migrantes, o como señala la Organización Panamericana de la Salud (2010) una fragmentación horizontal, es decir, estructuras que se encuentran en el mismo nivel operacional que no se coordinan para entregar los servicios para los cuales fueron diseñados. Este documento además profundiza en lo que denomina fragmentación vertical, que es aquella que se da entre estructuras de distintos niveles operacionales, como sería el caso de la relación entre atención primaria y secundaria. Esta fragmentación se ve disminuida al parecer, por la coordinación del programa en relación al parto, pues este tiene altos niveles de conexión entre los establecimientos involucrados, no obstante este es un tema que no surge de las entrevistadas, sino más bien de la observación del funcionamiento del programa.

Así expuesto la fragmentación también se expresa en la acción intercultural del sistema de salud. De hecho, el fenómeno de la diversidad cultural es relativamente nuevo en el Ministerio de Salud, y ha sido tratado más bien asociado a los pueblos originarios. Recordemos que el programa PESPI se inicia recién el año 2000 (MINSAL, 2016). Sin embargo la interculturalidad ha evolucionado y ha obligado a las reparticiones públicas a responder frente a un nuevo desafío como es el caso de la migración, y sobre todo aquella proveniente de lugares y culturas diferentes como la haitiana. En este sentido el programa de migrantes desarrollado por el MINSAL, se hace cargo de la atención de salud de este grupo poblacional, pero contempla de forma secundaria la idea de atención intercultural y pertinencia cultural, fundamentalmente asociada a la resolución de problemas idiomáticos. (MINSAL, 2018) Que es el primer paso de una acción intercultural en salud y el de menor complejidad (Planas, 2015).

A modo de conclusión podemos decir que la experiencia de atención en el CESFAM Irene Frey tiene elementos contradictorios. Por un lado se le evalúa positivamente desde una

perspectiva clínica, generando una sensación de reconocimiento individual por parte de las usuarias entrevistadas. No obstante se observan aspectos críticos asociados al reconocimiento cultural de las usuarias haitianas y en este sentido la experiencia de atención intercultural es percibida como deficitaria, a pesar de la valoración de los facilitadores lingüísticos. Elementos como la imposición de los métodos anticonceptivos, la frialdad y desinterés de los funcionarios en relación al reconocimiento de su cultura y la incapacidad de integrar aspectos de sus prácticas en el tratamiento clínico, hacen de esta experiencia algo relativamente insatisfactorio.

Si se observa la interculturalidad sanitaria como un proceso permanente en el tiempo y que tiene distintas etapas, el establecimiento se encuentra dando sus primeros pasos en la materia, pues si bien ha dado cuenta de la existencia de usuarias provenientes de una cultura diferente, no ha logrado incorporarlas como sujetos activos en los procesos de salud/enfermedad / tratamiento propios de su cultura.

Una mirada más propositiva que integre estos elementos culturales en los dispositivos sanitarios y no que los confronte, podría modificar esta concepción problemática del encuentro cultural (Alarcón et al., 2003). Explorar los cuidados particulares de las mujeres en la cultura haitiana, es una oportunidad de mejora de la atención, no un conflicto sanitario. Se requiere para ello cierta flexibilidad de los/as funcionarios/as, del dispositivo en general y de la propia estructura del sistema de salud, que posibilite ver las oportunidades en las diferencias culturales (Goicochea, 2012). Sin embargo, ello requiere además de un proceso reflexivo que permita discutir/integrar la idea relacionada con que el conocimiento no solo tiene un origen científico como única forma de validación, sino que en muchos casos, integra elementos socio – culturales que lo legitiman (Alarcón et al., 2003).

Por otro lado, es necesario explicitar en esta investigación que una de las limitaciones relevantes en el desarrollo de esta, fueron las barreras idiomáticas que impidieron a juicio de

esta investigadora, el despliegue de la autodescripción identitaria en los relatos de las usuarias. Esta barrera dificultó una aproximación más cercana de la investigadora con el grupo de mujeres entrevistadas y con ello el abordaje de todo un ámbito relevante en el proceso investigativo planteado desde su aproximación teórica. Si bien es cierto, la intermediación de la facilitadora permitió un puente entre las entrevistadas y la investigadora, este no fue suficiente para desplegar en profundidad todo el campo asociado a la intencionalidad de la acción, que era uno de los elementos distintivos de este trabajo. Se agrega a esta limitación el contexto de pandemia que impidió mayor cercanía entre esta investigadora y las participantes de este proceso.

Bibliografía

ACNUR. (2019). *Día Mundial del Refugiado 2019: todas las cifras*. Agencia de la ONU para los Refugiados. https://eacnur.org/blog/dia-mundial-del-refugiado-2019-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20refugiados%20en,mill%C3%B3n%20m%C3%A1s%20que%20en%202017

Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elemento para sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131, 1061–1065. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>

Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, H. J. (2014). *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>

Amen Rodríguez, G. (2016). Acción comunicativa y lógica sistémica en la perspectiva de Jürgen Habermas. *Question/Cuestión*, 1(51), 3-11. <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/3372>

Andréu Abela, J. (2001). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Centro de Estudios Andaluces. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>

Avaria, A. (2018). "El parto (no) es cuestión de mujeres". Representaciones de mujeres nacionales migrantes y extranjeras en el contexto del parto, desde los profesionales de la salud, en Santiago de Chile. *Revista Académica y Crítica*, 2. <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/5498>

Barría, A. (19 de febrero de 2019). Registros de inmigrantes inscritos en el sistema público de salud. *Austral de Osorno*, p.2.

Bernstein, S., & Hansen, J. (2006). *Opciones públicas, decisiones privadas: salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. PNUD.

<http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Opcionespublicasdecisionesprivadas-2.pdf>

Bolivar, L. (03 de noviembre de 2005). Arden los suburbios de París, ¿y Alemania? *DW*.
<https://www.dw.com/es/arden-los-suburbios-de-par%C3%ADs-y-alemania/a-1764419>

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI editores.

Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). Introducción y conceptos esenciales. En M. B. B. Cabieses (Ed.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

CEPAL. (2002). *Globalización y desarrollo*. CEPAL.

CEPAL. (2006). *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. CEPAL.

Colegio Médico de Chile A.G. (2017). Cuadernos Médico Sociales. Listas de Espera.
<http://cms.colegiomedico.cl/cuadernos-medico-sociales-listas-de-espera-vol-571/>

Cortez Salas, A., Guerra Zuñiga, M., & Stuardo Avila, V. (2017). Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes. *Mujeres Migrantes*, 103–113.
<http://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/capi%E2%95%A0%C3%BCtulo-Mujeres-Migrantes.pdf>

Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía. *Salud Problema*, 7(14), 21–33.
<https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/wp-content/uploads/2017/06/Andres-Cuyul-1.pdf>

Damus, O. (2017). Las practicas profesionales de las comadronas tradicionales en Haití: entre la salud, biodiversidad y espiritualidad. En B. Baptiste, D. Pacheco, M. Carneiro da Cunha, & S. Díaz, *Knowing our Lands and Resources Indigenous and local knowledge of Biodiversity* (pp. 18–31). UNESCO.
http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SC/pdf/IPBES_Americas_V4.pdf

Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016). *Migración en Chile 2005-2014*.

<https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/04/Anuario.pdf>

Duque, H. y Aristizábal Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

Foucault, M. (1996). *Historia de la Sexualidad. La voluntad de Saber*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.

García Canclini, N. (2015). *Conflicto Intercultural*. Centro de Cultura económica.

García Selgas, F. (1994). El cuerpo como base del sentido de la acción social. *REIS: Revista española de investigaciones sociológicas*, 68, 41-83. <https://doi.org/10.2307/40183757>

García, M. A., Alvira, F., Alonso, L. E., & Escobar, M. (2015). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación (4ª edición)*. Alianza Editorial.

Goicochea, E. (2012). Interculturalidad en salud. *UCV-Scientia*, 4(1), 52–55.

<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/321/210>

Habermas, J. (1998). *Teoría de la Acción Comunicativa I: Racionalidad de la Acción y Racionalización Social*. Taurus Humanidades.

<https://doi.org/10.18800/estudiosdefilosofia.201201.010>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGrawHill Interamericana editores.

Honneth, A. (1997). *La Lucha por el Reconocimiento por una gramática moral de los conflictos sociales*. Novagrafik.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017*. <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *SÍNTESIS DE RESULTADOS, CENSO 2017*. <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas. (14 de Febrero de 2019). <http://www.ine.cl/prensa/2019/02/14/>

Laat, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. En M. B. B. Cabieses (Ed.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas políticas públicas*. Universidad del Desarrollo. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Landry, V. (2013). *Haitianas en República Dominicana: feminización de la migración, discriminación y vulnerabilidad*. [Tesis para optar al grado de magister en estudios latinoamericanos, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116036/Haitianas-en-Republica-Dominicana.pdf;sequence=3>

Leyva, R., & Quintino, F. (2011). Capítulo I. Introducción. La salud sexual y reproductiva.

En R. Leyva & F. Quintino, *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México* (pp. 23–36). Instituto Nacional de Salud Pública.

Lyotard, J. F. (1991). *La condición Postmoderna Informe sobre el Saber*. Ediciones Cátedra S. A. <http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1KBWV3GHX-14QHSDF-321>

Ministerio de Salud. (1997). *Programa Salud de la Mujer*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). senado.cl. Obtenido de senado.cl:

[http://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/GLOSA%202017/primer_a_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Especial%20de%20Salud%20y%20Pueblos%20Ind%C3%ADgenas%20\(PESPD\)\(Seguimiento\)](http://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/GLOSA%202017/primer_a_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Especial%20de%20Salud%20y%20Pueblos%20Ind%C3%ADgenas%20(PESPD)(Seguimiento))

Ministerio de Salud. (2016). ORIENTACIONES TECNICAS 2016: PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS GUIA. METODOLOGICA PARA LA GESTION DEL PROGRAMA: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/030.OT-y-Guia-Pueblos-indigenas.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf Obtenido de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Política de salud migrantes. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

Ministerio de Salud. (2020). *Programa Nacional de Salud de la Mujer*. Ministerio de Salud. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/>

Moreno, I., & López, G. (2004). Evidencia empírica de los determinantes de la inmigración internacional en España y Cataluña. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3133169.pdf>

Observatorio de Políticas Migratorias. (2016). *Boletín n° 2 Observatorio de políticas Migratorias. Derechos, migración y gobiernos locales*. https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20161215/20161215125322/boletin_n_2_observatorio_de_pol_ticas_migratorias_marzo_2016.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). Promoción de la Salud de los Migrantes. https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/b140_24-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud: resumen de orientación*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279743>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación para las Américas*. SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307

Planas, M. (2015). *Interculturalidad en salud mental: elementos para una intervención en zonas afectadas por violencia política*. Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Migration Data Portal. (2019).

<https://migrationdataportal.org/es/themes/international/migrant-stocks>

Quintana, A. (2006) Metodología de Investigación Científica Cualitativa. En A. Quintana & W. Montgomery (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad* (pp. 47–84).

http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf

Safran, W., & Máiz, R. (2002). *Identidad y autogobierno en sociedades multiculturales*. Ariel S. A.

Tello, F. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de Sociología*, 26, 45–57. <https://doi.org/10.5354/0719-529x.2011.27487>

Thayer, L., Correa, S., & Novoa, T. (2014). *Plan de acogida y acompañamiento de migrantes y refugiados de la comuna de Quilicura*. Andros Impresores.

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CMW/Shared%20Documents/CHL/INT_CMW_ADR_CHL_37481_S.pdf

Torres, N. N. (2007). *Mujeres inmigrantes peruanas y salud sexual y reproductiva: usuarias de consultorios de salud de la región metropolitana*. Fundación Instituto de la Mujer.

Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. OPS.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?sequence=1>

Viaña Uzieda, J., Tapia Mealla, L., & Walsh, C. (2010). *Construyendo interculturalidad crítica*. Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello.

Wittgenstein, L. (1976). *Cuadernos Azul y Marron*. Tecnos.

Anexos

Consentimiento Informado

Nombre de la investigación: **Percepciones y experiencias de la atención en salud del programa de la mujer en mujeres haitianas: El caso de Quilicura.**

Institución: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G; Universidad de Chile

Fonos: +562 29786146 / +562 29789612 / +562 29786149

Nombre de la investigadora: Ana María Díaz Díaz

Rut: 12.476.056-9

Teléfono: 9-94882723

Invito a usted, a participar en este proyecto de investigación llamado “Percepciones y experiencias de la atención en salud del programa de la mujer en mujeres haitianas: El caso de Quilicura”, en ella se preguntará respecto de cómo ha sido su experiencia en la atención recibida en el programa de la mujer del Centro de Salud Irene Frei, le pido que participe, pues me interesa entrevistar a mujeres que hacen uso de las prestaciones en salud, particularmente en el programa de la mujer y poder entregar un documento que pueda orientar y/o fortalecer algunas acciones en este tipo de atención que se realizan en el Cesfam para usted y otras mujeres haitianas que se atienden acá.

Usted no recibirá ningún pago por dar esta entrevista, esta puede demorar 40 minutos aproximadamente. Su nombre no será registrado en la entrevista y su participación es

voluntaria. Comentarle además que la entrevista será grabada y que usted puede rehusarse a responder alguna pregunta o interrumpir o no continuar en ella. Ante cualquier malestar que usted pueda sentir durante o después de la entrevista, deberá comunicarlo a Ana María Díaz al teléfono 99 4882723, quién la acompañara a gestionar la atención necesaria en el sistema de salud público, en caso de ser necesario.

Si usted, requiere de otra información respecto de su participación en este estudio o si interese por conocer los resultados, por favor comunicarse al 9-94882723 de Ana María Díaz, de todas maneras realizaré una jornada donde usted será invitada en donde presentaré los resultados.

Por último, en caso de dudas sobre sus derechos puede comunicarse con el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina Universidad de Chile. Al teléfono 2 9789536, mail comiteceished.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en Av. Independencia n°1027, comuna de Independencia.

Nombre y firma de la participante

Fecha

Nombre y firma de la investigadora

Fecha

Acta de aprobación Comité de Ética



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 2 corregida 28.05.2018)

Con fecha 16 de Diciembre 2019, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Presidente
 Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Vicepresidente Subrogante
 Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad.
 Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra
 Prof. Julieta González B., Bióloga Celular
 Dra. Maria Angela Delucchi Bicocchi, Médico Pediatra Nefrólogo.
 Dr. Miguel O'Ryan, Médico Infectólogo
 Prof.ª Maria Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Prof. Asociado
 Sra. Karima Yarmuch G., Abogada
 Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL PROGRAMA DE MUJER EN MUJERES HAITINAS: EL CASO DE QUILICURA** Cuyo investigador responsable es la Srta. Ana Maria Diaz Diaz, quien desempeña funciones en el Servicio de Salud de Osorno.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública
- Cv del Investigador y tutor que desempeña labores en la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
- Consentimiento Informado
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar (cautivo/no cautiva; investigación terapéutico/no terapéutica: No cautiva, no terapéutica
- b) Utilidad del proyecto: Este proyecto es muy relevante, ya que aporta información relevante para la adaptación de los servicios de nuestra comprensión cultural
- c) Riesgos y beneficios: No reviste mayor riesgo para los participantes
- d) Protección de los participantes (asegurada por el Consentimiento Informado): Sí
- e) Notificación oportuna de reacciones adversas: No aplica
- f) Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto: A la comunidad de usuarios del centro donde se llevara a cabo el estudio
- g) Requiere seguimiento Visita en terreno: Si No Tiempo estimado:
Nº de vistas: no aplica

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión modificada recibida el 16 de Diciembre 2019, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **2 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- CESFAM Irene Frei, Quilicura

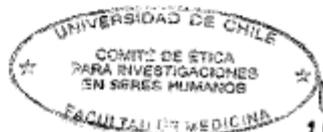


Srta. Javiera Cobo-Riveros
Secretaría-Ejecutiva CEISH

Santiago, 16 de Diciembre de 2019.

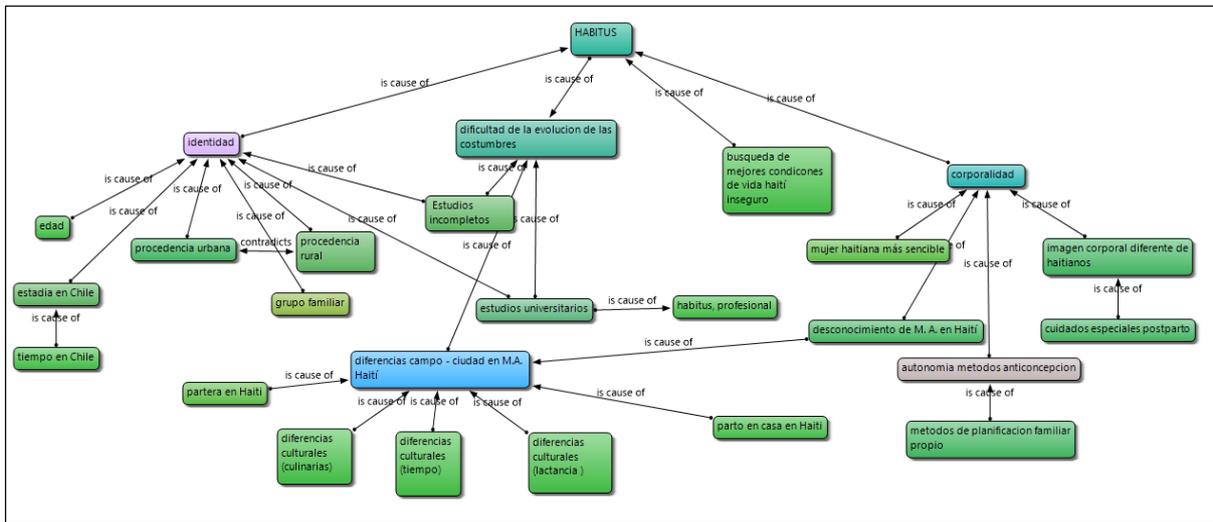
Proyecto: Nº 194-2019
Archivo acta: Nº 161

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

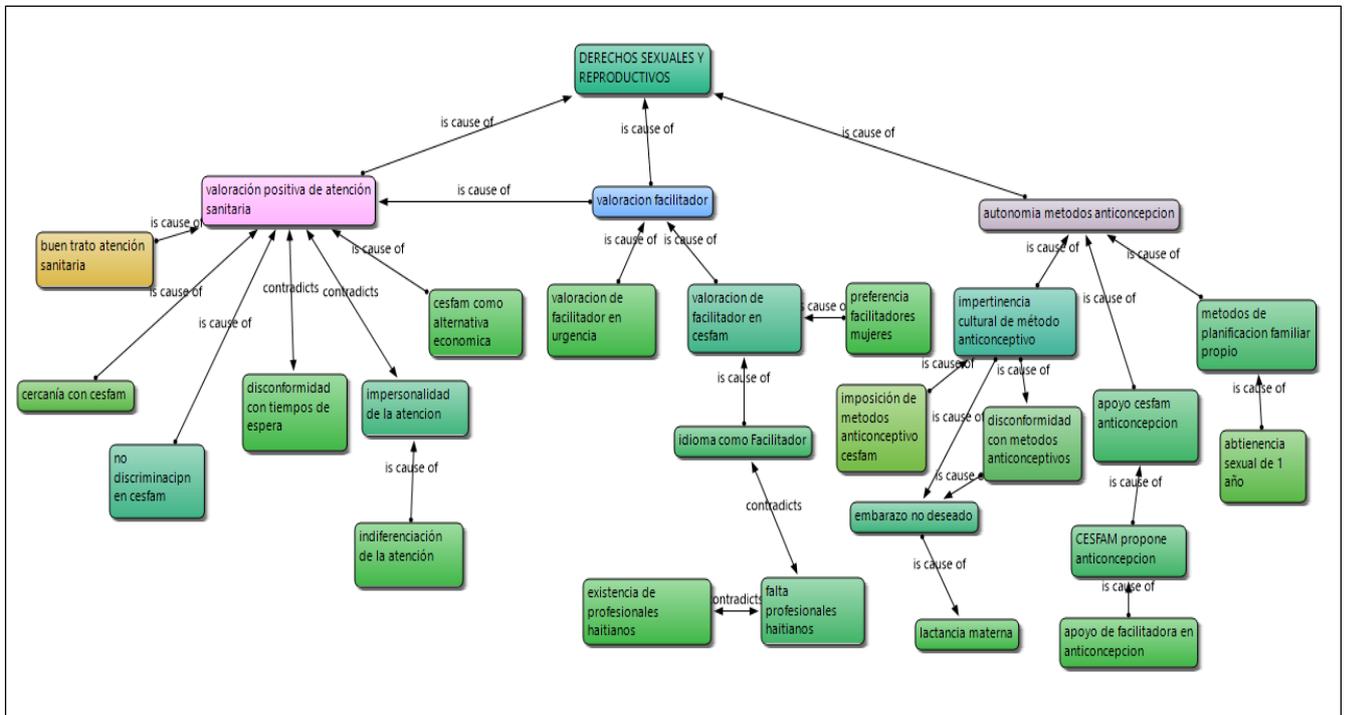


16 DIC 2019

Esquema N° 1: Trasfondo de la intencionalidad



Esquema N° 2: Derechos sexuales y reproductivos



Esquema N°3: Atención intercultural

