



Educación Médica Intercultural: Desafíos de la Atención Médica en Contextos de Población Inmigrante

Intercultural Medical Education: Challenges of Health Care in Contexts of Immigrant Population

Ruth H. Urrutia-Arroyo

Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile

✉ ruth.urrutia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0138-8057>

Recibido: 03-12-2018

Aceptado: 20-02-2019

Publicado: 25-02-2019

RESUMEN

Objetivo. El estudio explora en las percepciones de médicos sobre los desafíos de formación intercultural para la atención de diversidad migrante en la región metropolitana. **Método.** Estudio cualitativo, diseño flexible, mediante entrevistas en profundidad. La saturación determinó el tamaño de la muestra no representativa en 13 médicos. **Resultados.** Los discursos muestran tres ejes de análisis: percepción acerca del paciente inmigrante, formación intercultural y los desafíos de la atención inmigrante, y propuestas a la formación intercultural. **Conclusiones.** El estudio entrega evidencia sobre la necesidad de formación médica intercultural, una importante política pública en Chile que tensiona el modelo de Educación Médica.

Palabras clave: Educación intercultural, migración internacional, diversidad cultural

ABSTRACT

Objective. The study explores the perceptions of physicians on the challenges of intercultural training for the attention of migrant diversity in the metropolitan region. **Method.** Qualitative study, flexible design, through in-depth interviews. The saturation determined the size of the non-representative sample in 13 physicians. **Results.** The speeches show three axes of analysis: perception about the immigrant patient, intercultural training and the challenges of immigrant care, and proposals for intercultural training. **Conclusions.** The study provides evidence on the need for intercultural medical training, an important public policy in Chile that stresses the Medical Education model.

Keywords: *Intercultural education, International migration, Cultural diversity*

Como citar (APA)

Urrutia-Arroyo, R. H. (2019). Educación Médica Intercultural: Desafíos de la Atención Médica en Contextos de Población Inmigrante. *Búsqueda*, 6(22):e402. DOI: <https://doi.org/10.21892/01239813.402>



INTRODUCCION

Migración internacional, desafíos a la Educación Médica. La migración internacional actual es un proceso global que afecta a todos los países y a todas las personas. Ha impactado a nivel social, demográfico en las dimensiones y estructuras de las poblaciones en los países de llegada y sanitario con la presencia de nuevos usuarios/as inmigrantes en el sistema de salud público. El número total de migrantes en el mundo ha ido aumentando a un ritmo mucho mayor del previsto, con un incremento del 41% con relación al año 2000. Para el 2015 se ha estimado que de los 7.300 millones de personas que constituían la población mundial, 244 millones eran migrantes internacionales en todo el mundo, es decir personas que vivían fuera de su país de nacimiento, equivale al 3,3% de la población mundial, en su mayoría (72% aproximadamente) se encontraba en edad de trabajar. Para el caso de América Latina, se considera que alrededor del 6% de la población es migrante internacional, lo que duplica la estimación mundial (International Organization for Migration, 2018).

La migración es una determinación social crucial de la vida y la salud (Breilh, 2010) conlleva la noción de justicia y de equidad. Destaca la evidencia internacional acerca de la importante inequidad en los resultados en salud de la población inmigrante: suelen tener peor salud, mayores dificultades de acceso a la atención médica, reciben cuidados de salud de peor calidad y no tienen la misma probabilidad de recibir tratamientos médicos eficaces (Thomas & Gedeón 2014; Malmusi y otros, 2017). Ser un inmigrante no es en sí mismo un riesgo para la salud: son las condiciones asociadas con la migración las que pueden aumentar la vulnerabilidad a la mala salud. Estudio reciente, da cuenta que no es tanto la procedencia del inmigrante como las condiciones de vida, trabajo y manejo de las distancias culturales las que repercuten en la salud de estas personas, además del uso y la relación con los servicios sanitarios (Llamosas, 2016).

En Chile, la migración internacional ha experimentado un rápido ascenso en las últimas dos décadas, con tendencia sostenida al aumento. Principalmente latinoamericana, destacando en su carácter heterogéneo, desde países como: Perú (25.3%), Colombia (14.2%), Venezuela (11.2%) y Bolivia (9.9%), seguidas por Argentina (8.9%) y Haití (8.4%). Sin embargo, la tendencia mayor de flujos migratorios es de haitianos y venezolanos, en el último tiempo. El crecimiento de la inmigración reciente presenta una alta concentración geográfica en ciertas regiones, tales como la Región Metropolitana (RM), donde se ubica la capital nacional del país, que concentra el mayor número de inmigrantes respecto del total de migrantes internacionales (65,3%) (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2017). Esta realidad expone a la población migrante a situaciones de múltiple vulnerabilidad y hacinamiento habitacional, apareciendo con mayor presencia en los servicios públicos especialmente en la salud pública y educación municipal (Liberona, 2015), profundizando en diversas tensiones que ha ido generando este fenómeno. En Chile, según estudio de Cabieses (2017), el 21,3% de la población de migrantes internacional está en situación de pobreza multidimensional, 4 puntos porcentuales por sobre la población local (17,3%). El 8,9% de los migrantes afirma no tener previsión de salud, lo que es 3,4 veces mayor al de los chilenos (2,5%), el 24,5% de extranjeros intentó pedir hora al sistema de salud y no la obtuvo. La migración y la salud se encuentran inextricablemente unidas. La evidencia empírica acumulada indica que los factores socioeconómicos por sí solos no son responsables de las desigualdades en la salud que afecta a la población migrante. El racismo se considera una causa fundamental de resultados de salud adversos, que perpetúa las desigualdades en salud para múltiples minorías en todo el mundo (Williams, 2019; Phelan, 2015; Priest, 2017). La llegada de estos nuevos usuarios al sistema público de salud se encuentra

representada en la alteridad, es decir el "otro", la persona que procede de más allá de la frontera del "nosotros". Lo cual se ha evidenciado en diversas prácticas discriminatorias, generalizadas, provocando desigualdades en el acceso y la atención de salud y malos tratos a nivel clínico (Liberona, 2015.p.23).

Los inmigrantes son percibidos como sujetos de peligro, contaminación o infección, que no es más que el resultado de una visión anclada en la historia, generalizada y difundida que los deja permanentemente expuestos a violentos hechos de discriminación, xenofobia y racismo (Tijoux y Córdova, 2015. p.8).

Son diversos y numerosos los desafíos que plantea el proceso de migración internacional a la atención médica actual y una problemática emergente a la Educación Médica, en virtud de la responsabilidad y compromiso con la misión social y la política pública de salud intercultural vigente en la actualidad en Chile.

Formación médica intercultural. Las dinámicas migratorias y de diversidad cultural que han ido configurando el carácter multicultural de la sociedad chilena, ha planteado nuevos desafíos y debates acerca de la interculturalidad en la actualidad, en particular en el ámbito de la educación médica. "La interculturalidad es un elemento de gran interés en la educación médica a nivel internacional", señala Delgado y otros (2015, p. 6). Las investigaciones orientadas a la interculturalidad en la Educación Médica se han desarrollado más extensamente desde finales de los años sesenta en países que tradicionalmente han recibido inmigración, como Estados Unidos y Canadá, asociado principalmente al fenómeno de la creciente diversidad cultural, abordando la preocupación por una atención de salud culturalmente apropiada a inmigrantes y población indígena (Delgado y otros, 2015; Butler, 2016; Leverzapf, 2017).

Las nociones de interculturalidad y multiculturalidad se han utilizado indistintamente para referirse a la diversidad cultural que conforma la sociedad actual. Sin embargo, la multiculturalidad asentada en el "paradigma de la diferencia" privilegia un enfoque que a menudo invisibiliza o minimiza las desigualdades socioeconómicas y las condiciones estructurales más amplias. En tanto, interculturalidad bajo el "paradigma de la diversidad" resulta de la crítica al multiculturalismo esencializador, en un enfoque necesariamente híbrido de cualquier identidad cultural, las que se articulan a través de la praxis de interacciones "entre actores heterogéneos en espacios híbridos, intersticiales y compartidos" (Dietz, 2017:196). En particular, la salud intercultural y la medicina intercultural hace alusión al proceso terapéutico, al espacio de interacción, comunicativo y de colaboración entre el que consulta y solicita ayuda para resolver un problema de salud o una situación, y el asesor, orientador o consejero al que se considera cualificado para ayudarlo. Según Pulido (2017.p.35) cualquier contexto es ya intercultural pues quienes interactúan pertenecen a culturas diferentes en cuanto a su visión del proceso salud-enfermedad-atención, lo que tensiona todo ejercicio de práctica sanitaria. Desde la perspectiva epistemológica de Zemelman, el estudio se propone indagar en la relación médico-paciente en cuanto realidad en permanente movimiento y tensión, que se desarrolla en un entramado complejo e historizado, de connotaciones éticas, filosóficas, sociológicas de tipo profesional, del cual emerge la interculturalidad no como lo dado, determinado por un plano ontológico y universalista, sino como una problemática que se orienta a la recuperación del sujeto, la valoración de la diversidad y el derecho a la diferencia, en la perspectiva de contribuir en la erradicación de las inequidades en salud que viven inmigrantes, tensionando la actual educación médica. El objetivo del estudio busca explorar en las percepciones de médicos formados en universidades públicas sobre los desafíos de formación intercultural para la relación médico paciente inmigrante en centros de salud pública ubicados en la región metropolitana de Chile.

Cabe señalar, que la interculturalidad en el ámbito de la salud se asocia a la política pública de salud que se orienta a superar las brechas de inequidad en las condiciones de salud de las poblaciones inmigrantes, a través de la pertinencia cultural en las acciones de salud que involucren estas poblaciones. En Chile, en 1996 comienza la discusión pública acerca de la interculturalidad en salud inicialmente orientada a los pueblos indígenas. De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile, bajo el *enfoque intercultural* se consideran las acciones de salud, que aplican a las diferentes etnias y culturas representadas actualmente por las crecientes corrientes de migrantes, llegadas a nuestro país, fuertemente respaldado en la Reforma del Sector. Destaca la transversalidad del enfoque intercultural a los programas y problemas de salud, señalando la importancia de la estrategia de formación y desarrollo de recursos humanos en materia de interculturalidad. La transformación demográfica y socio cultural de la migración internacional en Chile ha tenido un impacto en la sociedad actual influyendo en las necesidades de formación de los futuros profesionales médicos en cuanto al requerimiento de nuevas competencias que les habilite para la atención de personas de diferentes contextos culturales. Sin embargo, evidencias muestran un gran vacío en la formación de los profesionales médicos y de salud acerca de la interculturalidad, atendiendo a que es una política pública del Estado de Chile, transversal a los distintos programas del sector, priorizada en el sistema de salud basado en Atención Primaria, que considera la responsabilidad sectorial de incorporar dentro de su quehacer el respeto a la cultura (Cabieses, 2017).

Los estudios médicos de pregrado de Medicina en Chile no incluyen, en su mayoría, la interculturalidad como problemática de estudio. Según Fleckman (2015) diversas organizaciones internacionales de salud han recomendado implementar la capacitación en competencia intercultural en instituciones educativas.

Atendiendo a que el concepto de interculturalidad actualmente es un ámbito en desarrollo y latente para la educación médica y una política pública en salud de Chile, esta investigación pretende ser un aporte en la necesaria discusión acerca de los nuevos desafíos que enfrenta la educación médica ante la creciente población inmigrante y la necesidad de dar una atención culturalmente sensible y bajo el enfoque intercultural, sobre la base del compromiso social de la Educación Médica.

METODOLOGIA

Estudio cualitativo, de diseño emergente, flexible y no lineal que permitió indagar acerca de la necesidad de problematizar la interculturalidad en la formación médica a partir de los desafíos percibidos en la práctica médica de atención médico-paciente inmigrante, desde el discurso de un grupo de médicos formados en dos universidades públicas de la región metropolitana (RM) de Chile. El escenario del estudio comprende centros del sistema público de salud principalmente en atención primaria (69%) y atención hospitalaria (31%). Los cuales se ubican en la RM de Chile caracterizada por la mayor densidad de población inmigrantes (65.3%). En las comunas de Recoleta, Independencia y Conchalí de la jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Norte (con un 54%) y en la Comuna de Santiago del Servicio de Salud Metropolitano Centro (con un 46%). Se uso la técnica de entrevista en profundidad a médicos informantes claves (IC), "con énfasis en su experiencia personal, en lugar de buscar características o motivos generales" (Gómez y otros, 2018.p.139) A través de sesiones individuales realizadas en espacios de atención médica habitual fuera del horario de consulta en dependencias de los centros de salud pública. Se elaboró un guion de la entrevista considerando en primer lugar: la experiencia de relación médico-paciente inmigrante en salud pública desde una visión crítica intercultural, como eje de contexto. En segundo lugar, la formación médica de

pregrado y los desafíos emergentes de la relación intercultural. Se llevó a cabo una prueba piloto en médicos de similares características a la muestra de tipo cualitativa no representativa, lo que permitió identificar eventuales sesgos, asegurando la validez del instrumento. Finalmente se realizaron 13 entrevistas, aplicadas por la investigadora principal del proyecto. Se contempló criterios de saturación de información.

Los criterios de inclusión fueron: a) Ser médico. b) Mantener una relación formal de trabajo en alguno de los centros de salud público señalado. c) Haber tenido contacto con la población migrante internacional habitante en las comunas en la RM. d) Ser titulado de universidad tradicional y pública en la RM en la carrera de medicina.

Los participantes del estudio fueron mayormente: hombres (54%), médicos titulados entre los años 2000-2010 (85%) de alguna de las dos universidades públicas de la RM. Respecto a los participantes que se desempeñaban en atención hospitalaria, estos correspondieron a hospitales de carácter docente-asistencial en convenio con universidad pública para la formación clínica de sus estudiantes, por lo cual los entrevistados desarrollaban docencia clínica en sus respectivos servicios clínicos. La variedad de tipos de centros de salud obedece a la búsqueda de capturar la diversidad de perspectivas en relación al fenómeno de estudio más que su representatividad respecto del universo.

La información proveniente del trabajo de campo se convirtió en material escrito, las entrevistas fueron transcritas de manera literal. Este material fue analizado por la investigadora a través del análisis de contenido, siguiendo las siguientes etapas: 1) A partir del corpus de contenidos, se definieron las unidades de análisis o de registro que corresponden a los trozos de contenido sobre los cuales se comenzó a elaborar los análisis. 2) La codificación progresiva de todo el corpus de contenidos y su categorización atendiendo a características de exhaustividad, pertinencia y objetividad, las que posteriormente se introdujeron en tablas descriptivas por cada profesional médico. 3) Finalmente, el análisis descriptivo interpretativo de tercer nivel, última etapa en el análisis de contenido, que consistió en convertir la última columna del análisis de segundo nivel en el insumo del texto en la elaboración del capítulo de los resultados del estudio, el cual se estructuró conforme a la pregunta de investigación, dando respuesta a los objetivos del estudio.

El proyecto original fue revisado y aprobado por el Comité del Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación, Comité ético de la Universidad de Santiago. Respecto a las valoraciones éticas en la investigación, se cumplieron los siguientes parámetros: firma de consentimiento informado, confidencialidad y privacidad, derecho a la no participación y acceso a los resultados de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados se organizaron sobre tres aspectos, de acuerdo a los objetivos del estudio:

- a) La percepción médica acerca del paciente inmigrante desde la experiencia de relación.
- b) La formación intercultural desde los desafíos y tensiones de la práctica médica en contexto migratorio.
- c) Propuestas a la formación médica para la praxis intercultural.

a. Percepción de los médicos acerca de las/los inmigrantes en la experiencia de relación en contexto de salud pública: problemáticas y transformaciones.

La llegada de nuevos usuarios/as inmigrantes al sistema de salud público ha puesto numerosos desafíos a la atención médica, siendo un tema que merece ser abordado por

la educación médica. El estatus migratorio constituye un eje de desigualdad en salud de gran relevancia, ejerce influencia incluso más allá de una generación y de factores económicos tradicionales, como la clase social y el nivel educativo, de acuerdo al estudio de González (2017).

Desde la perspectiva de los médicos participantes, el fenómeno de la migración se caracteriza por ser reciente y cambiante, destacado por la procedencia sudamericana, inicialmente población peruana, pero que ha derivado en un "abanico" multicultural, de diversidad sociocultural.

Ha ido aumentando en forma progresiva e importante la cantidad de inmigrantes. Inicialmente solo contábamos con algunos peruanos, pero posteriormente este número ha ido incrementándose de forma muy importante, agregándose ecuatorianos, bolivianos y, en este último periodo, salvadoreños, sobre todo colombianos y también haitianos. Esa es la gama, el abanico más importante de nuestros inmigrantes (Entrevista 1, varón, servicio de salud de Santiago CF)

Cabe señalar, que las/los inmigrantes que frecuentan la salud pública, es una población joven, en edad productiva, mayoritariamente femenina, lo cual apoya la teoría de la feminización de la migración, coincidiendo también con el perfil del migrante joven que llega al país. En esta perspectiva, son las mujeres quienes más consultan, destacando su rol de madres y cuidadoras.

Generalmente son gente joven, edad trabajadora. Más mujeres también, que hombres. Sí, pero creo que ahí lamentablemente tampoco podría dar un dato duro porque obviamente los hombres siempre consultan menos también, se registran menos y eso uno lo sabe porque yo conozco a las familias, conozco a la mujer conozco a sus dos, tres hijos y el hombre no está inscrito y es la mujer la que pregunta por la salud del marido (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago)

Se las reconoce como "policonsultantes", es decir, reiteran sus consultas sin causa evidente, presentando múltiples dificultades para entender lo que se les prescribe. Lo anterior, no llega a ser considerado como un síntoma de algún problema en la atención, sino como un problema de las inmigrantes. Según Pulido (2017) se debe reflexionar sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y el paciente en todo tipo de situaciones, y con mucho más rigor si cabe en contextos interculturales, considerando como principio fundamental de la interculturalidad: la implicación de la diferencia cultural de los sujetos en interacción (p.35). La salud intercultural, la medicina intercultural hace alusión al proceso terapéutico y como tal al espacio de interacción, comunicativo y de colaboración en la consulta médica.

En la madre extranjera no hay concepción, o sea no se entiende el valor de por qué es importante también tomar una radiografía a los 3 meses, las que más pierden las horas para las radiografías de pelvis es la madre extranjera (Entrevista 4, femenino, servicio de salud de Santiago)

Los médicos describen una percepción de incremento inesperado de población inmigrante que se concentra en la atención médica provocando un aumento de la presión asistencial y de la demanda habitual, en los siguientes términos: "muchos", "bastantes", "hartos" o "demasiado", "un incremento terrible!", algo que molesta, pues viene a interferir el funcionamiento normal; "a veces la atención es solamente de inmigrantes".

De hecho, eran mucho más los chilenos que migraban que población que inmigrara; desde ese punto de vista, yo creo que nunca se había visto la gran concentración que se ha producido en los últimos años (Entrevista 3, varón, servicio de salud de Santiago).

Esta percepción de sobrepoblación inmigrante en la atención contrasta con que la generalidad de médicos refiere que no consulta la procedencia del paciente extranjero y desconocen su registro en las estadísticas vitales. Similar hallazgo se presenta en estudio de Thayer y otros (2015), señalando que la ausencia de fichas clínicas y el desconocimiento del historial médico de los pacientes migrantes incide en que el diagnóstico por parte de médicos deba realizarse sin contar con la información biográfica necesaria para una interpretación ajustada de los síntomas. Concluye que el centro de salud "no cuenta con la información médica necesaria para atender migrantes" (p.151). Sin embargo, los participantes particularizan al usuario inmigrante describiéndolo como policonsultante, demandante y exigente, lo cual les califica como conflictivos en la interacción médico-paciente. "Son bastante demandantes y policonsultantes, por eso le hago el hincapié en que es muy probable que sea una cifra muy subjetiva" (Entrevista 5, varón, servicio de salud en Santiago). Este resultado coincide con lo encontrado por Liberona (2015) respecto a la percepción del personal de salud pública sobre la población inmigrante.

Se puede apreciar que los participantes problematizan el tema de las fronteras culturales, con la emergencia de nuevas identidades no reconocidas en los hijos de inmigrantes que adquieren la nacionalidad chilena, reforzando en la idea de que se les debe seguir viendo como "inmigrantes", extranjeros, de afuera. Nacen y viven en el país, pero se cuestiona en su reconocimiento.

Muchos, sí. La verdad es que la estimación aquí en la estación médica, el número duro no lo manejamos, tenemos las estadísticas generales que son las mismas del polo, porque tenemos el problema que para los registros aparecen como chilenos los hijos de pacientes inmigrantes. Son chilenos, pero desde el punto de vista médico o cultural, de cómo hay que explicar ciertos temas, de cómo se manifiestan las patologías, ellos siguen siendo inmigrantes. El paciente sigue siendo colombiano, peruano que se desenvuelve en ese ambiente, entonces a veces confunden un poco los números macro, versus la realidad entonces podría dar yo una sensación (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago)

Al referirse los participantes a las causas que explican la migración internacional se puede apreciar elementos de la antigua Escuela Neoclásica de tiraje y empuje. Para la cual, los migrantes son individuos aislados, atomísticos y maximizadores de utilidad (Paredes, 2016).

Un porcentaje importante de la población que llega acá es inmigrante, tenemos una gran afluencia de pacientes o de usuarios que han llegado a esta zona, que es una zona que no es tan cara, y que en la medida que va ofreciendo atracción por lo económico, van llegando una, y van trayendo a sus amigos o a su familia (Entrevista 3, varón, servicio de salud de Santiago)

La perspectiva actual para comprender los flujos migratorios contemporáneos se basa en el marco de aproximación transnacional donde la migración se dirime no en el polo origen y destino, sino en la circulación. Según Vega (2016), los movimientos incesantes entre distintos lugares forman parte de este concepto de circulación (p.187). En este sentido se aprecia en los participantes la perspectiva neoclásica más antigua, en la cual la migración no se dirime en el dinamismo de la circulación y los modos de ser transnacional, sino en la bidireccionalidad del polo de origen y destino, constituyendo Chile un foco de atracción y destino para la región de Latinoamérica. Esta explicación justifica la idea sostenida de los participantes acerca de la llegada masiva de inmigrantes a la salud pública.

Obviamente vamos a tener mayor inmigrante, versus el resto de la región aquí en Latinoamérica, hasta que no se modifiquen en el fondo la parte de la atención de salud en sus países, vamos a tener cada vez más inmigrantes, por lo mismo (Entrevista 12, varón, servicio de salud de Santiago)

El proceso de integración del inmigrante al complejo sistema de salud pública en Chile, revela un campo importante de investigación, en términos de reconocer las contradicciones y las múltiples y variadas barreras que dificultan el acceso a la atención de inmigrantes, así como de los trayectos que van orientando su adaptación para poder ser atendidos dentro del complejo sistema sanitario chileno. Estudio señala como un problema a la falta de familiaridad de usuarios inmigrantes con el sistema de salud. Por lo cual, es importante una atención explícita de la comunicación intercultural en la falta de familiaridad de los pacientes inmigrantes con respecto al sistema de salud (Paternotte y otros, 2017)

Entonces, al comienzo sí, pero ya la gente, en general maneja eso del idioma y ellos se acostumbraron y piden hora y saben que mañana, y que por mientras ellos saben que se pueden tomar un paracetamol, un ibuprofeno por mientras. Y si es muy intenso, saben que cuentan con un SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) o que en caso extremo yo le digo que *no vayan* por favor al servicio de Urgencia (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago).

En la Figura 1, se describe la percepción que los médicos del estudio presentan respecto del usuario/a inmigrante que asiste a la salud pública, una población no prevista ni tampoco abordada durante la formación médica. Destaca una relación de conflicto y subalternidad en la experiencia de lo extranjero respecto del paciente nacional, supuestamente homogéneo. Ocurre un proceso asimilatorio forzado de la población inmigrante y de etnocentrismo al querer homogenizarlos a la población nacional en torno a la consulta médica: "Pero claro, si hay 50 personas y eran menos chilenos, es lo que reclamaba la gente. Escuchaba eso. Pero cuando entran, a mí no me dicen nada. Pero, creo que ahora es menos también, porque como que se ha ido logrando homogenizar la población, educando de a poco con el equipo, las consultas ya son bastante similares, la verdad (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago). Al respecto, estudio reciente sugiere que el incremento en el deterioro de la salud de inmigrantes, más que relacionarse con una mayor permanencia en la sociedad de llegada, se asocia más bien con la exposición a la discriminación descalificadora como factor que puede explicar las disminuciones observadas en la salud de inmigrantes (Abraido, 2016).



Figura 1. Percepción de médicos acerca del usuario inmigrante en la atención.
Cita textual (verbatim)

b. La formación médica y los desafíos de la atención de inmigrantes en la salud.

El fenómeno de la inmigración se percibe como una problemática reciente en el ámbito sanitario, para lo cual los médicos sienten no estar preparados. Los relatos ponen de relieve un debate acerca de la necesidad del reconocimiento intercultural de las prácticas en salud dentro de la formación médica.

Durante la formación médica no se mencionaba el contexto de inmigrantes que se debe enfrentar en la atención, probablemente debido a que no era una población significativa, pero que ahora sí se hace necesario estudiarlo (Entrevista 8, femenino, servicio de salud de Independencia).

Se ponen de manifiesto dificultades y contradicciones de la formación de pregrado dado por el énfasis del paradigma biomédico que deja fuera la cultura del paciente. Durante la formación se debate el cuestionamiento acerca de la necesidad de integración de enfoques sociales

Ni siquiera te preparan para las cosas que uno se enfrenta acá, porque yo creo que la orientación de nosotros, pese a que la Universidad tiene supuestamente una formación orientada a APS, lo tienen por supuesto publicado en su página, no es lo que se ajusta a la realidad. Eso fue discusión en nuestra formación, mucho, mucho tiempo. Aparte, no solamente por la cosa universidad, sino que también porque al estudiante tampoco le interesa tanto la formación en APS, o sea la mayoría quiere salir y entrar a la beca (Entrevista 12, varón, servicio de salud de Santiago)

El componente biomédico que orienta al estudiante a la especialización implica una formación centrada en la patología, no en la persona (paciente) o en la interacción entre culturas (intercultural) que ocurre en la atención médica. Con énfasis en la formación hospitalaria y las ciencias básicas, lo que tensiona y contradice lo declarado por la carrera, acerca de la importancia de la Atención Primaria en la formación y el enfoque biopsicosocial. También se refieren a la ausencia en el tratamiento del fenómeno de la migración internacional y su relación con la salud durante la formación médica.

La formación médica es hospitalocéntrica y enfermedad céntrica y no en los pacientes (...) Desgraciadamente, mi formación de pregrado nadie tocó estos temas y nadie se preocupó de estas situaciones (Entrevista 1, varón, servicio de salud de Santiago)

Los cursos sobre temáticas de cultura y sociedad durante el pregrado, son categorizados por los estudiantes como "blandos", breves e intrascendentes en el largo plazo, aunque están obligados de aprobar durante la formación.

Uno aprende lo occidental no más y ieso sería!, esa es la ley, por decirlo de alguna manera. Dentro de estos cursos blandos, uno aprende que hay otras culturas, que hay otras maneras de expresarse. Esos cursos son chiquititos, entonces muchos de mis compañeros yo sé que ni los pescaron. Porque ni les interesaban, porque uno estaba bien metido en la parte occidentalizada. Uno tiene que saber bien la anatomía, neuroanatomía; todas esas cosas perfectas. Y esos cursos están juntos con los grandes, que uno no tiene mucho tiempo para andar leyendo la teoría de la psicología. Uno como que lo lee rapidito para el día que hay video para ensayar y sería. Uno se dedica todo el resto del tiempo a lo otro. Lo otro sería lo occidental. Si, si uno se dedica más a eso que a estar entendiendo lo intercultural. No es tan importante dentro de la formación. Además, no le dan importancia. Claro, yo siento eso; porque son cursos chiquititos que uno si los pasa, uno los tiene que pasar igual pero la mayoría de los estudiantes de medicina en general son inteligentes, entonces nadie se va a echar un ramo chico. Porque uno sabe lo que tiene que estudiar para pasar. Y yo creo que uno estudia para eso, en esos ramos. No para tenerlo para siempre (Entrevista 8, femenino, servicio de salud de Independencia)

Al mismo tiempo, de acuerdo a la experiencia asistencial y de formación práctica en el periodo de internado, el paradigma biomédico es un componente del sistema de salud, que se expresa en la exigencia de cumplimiento del rendimiento médico en la atención, el cual limita e impide una integración y comprensión intercultural de la relación, además del enfoque de salud familiar que debería orientar la atención en salud pública.

Quiero decir que el trabajo es biomédico, que los tiempos son de una consulta biomédica. Que si bien el modelo de salud se declara de salud familiar: es biomédico (...), porque no voy a tener tiempo para entenderlo, porque no voy a tener la energía para querer entenderlo, porque va a ser un problema. Yo creo que ahí uno cae nuevamente en la medicina del examen, la medicina de lo biomédico (...) La formación es biomédica, (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago).

Por último, se destaca que en el pregrado tiene predominio y mayor valoración la formación llamada "científica" (biomédica) y una menor consideración y hasta rechazo hacia la formación de tipo "humanista". "Las (clases) de salud pública que todos los médicos odiamos. Los médicos que generalmente venimos de ramos súper científicos, bioética es como de nuevo como lo humanista de la carrera, ¡qué lata!, pero bueno" (Entrevista 5, varón, servicio de salud de Santiago). Lo planteado sugiere un necesario debate acerca de la importancia de las humanidades y las ciencias sociales en la educación médica y su eventual impacto en la actual deshumanización de la atención médica. Murrow (2015), plantea la asociación entre la deshumanización y los abusos a los derechos humanos, debido a que "la deshumanización reduce automáticamente la empatía por el dolor y el sufrimiento que subyacen emocionalmente en las actitudes y comportamientos basados en los derechos" (p.340).

c. Propuesta a la formación médica

Los desafíos de la inmigración y la necesidad del avanzar en el reconocimiento intercultural en la formación médica resultan evidentes en los relatos, conformando una problemática que se devela compleja y en constante transformación.

Creo que probablemente lo que hace falta en el pregrado, es poder tener aproximaciones con este tipo de pacientes, porque en general como nunca hemos tratado con ellos, las primeras veces que uno los trata, se vuelve bastante dificultoso y lamentablemente no salimos preparados para esto (Entrevista 10, femenino, servicio de salud en Independencia)

Al parecer, la migración está cambiando el escenario actual de la salud pública chilena, dando cuenta de la necesidad de orientar la formación médica a una demanda emergente no abordada adecuadamente hasta ahora en la interacción intercultural, sus dificultades y conflictos: "Que recibiéramos, aunque sea un pequeño enfoque, de en qué terreno te estás parando, porque tú te das cuenta de eso cuanto estás trabajando. Ni siquiera te preparan para las cosas que uno se enfrenta acá (Entrevista 13, femenino, servicio de salud de Conchalí).

Las enfermedades extranjeras que pueden traer los inmigrantes son una permanente preocupación, se ven como una posible "amenaza" de riesgo sanitario, para lo cual se espera que la formación deba orientar, "tenemos que conocer qué enfermedades podrían eventualmente tener como para que nosotros nos preparemos" (Entrevista 9, femenino, servicio de salud de Independencia).

En la actualidad se reconoce que ser un migrante no es en sí mismo un riesgo para la salud, más bien son las condiciones asociadas con la migración las que pueden aumentar la vulnerabilidad a la mala salud. Wickramage (2018) propone adoptar el enfoque de la teoría de sistemas para mejorar la comprensión de cómo la migración influye no solo en la transmisión de enfermedades sino también en la promoción de la salud y en los comportamientos de búsqueda de atención médica. Sustentado en un enfoque ético de los derechos humanos.

Médicos entrevistados refieren que se debe incorporar en la formación médica el conocimiento acerca de las bases de una epidemiología de las enfermedades importadas a partir de las principales comunidades de inmigrantes en el país. Se propone el conocimiento de la "epidemiología peruana" (Entrevista 13, femenino, servicio de salud de Conchalí), dada su importancia demográfica. La formación médica debe tratar sobre las medidas de prevención, vacunas y educación en salud.

Existe una percepción de menor desarrollo en salud de las comunidades inmigrantes respecto a la población local de Chile. Lo cual sugiere que la formación acerca del fenómeno de la migración internacional y su relación con la salud debe abrirse a la comprensión de la problemática que representa el abismo que existe en la interrelación médico-paciente, enfrentando los estereotipos y prejuicios hacia esta población y la necesidad de desarrollar un enfoque intercultural en salud sustentado en los derechos humanos. Lo cual se complementa con lo encontrado por Urrutia (2018) respecto a la importancia que ven los médicos en incorporar una formación que aborde la migración como un derecho humano, con temáticas como discriminación y xenofobia y un desarrollo coherente en el currículo oculto de la formación médica.

Nos podría ayudar en el sentido de saber por qué esta persona que viene de Perú se comporta de una cierta forma o no sabe algunas cosas. Nos podría hacer como entender y ponernos más en su situación (Entrevista 7, femenino, servicio de salud de Independencia).

Se destaca en los resultados del estudio, la propuesta de incorporar en la formación médica la temática de migración internacional a partir de la conformación y desarrollo de procesos históricos en Chile en un contexto global. Se espera comprender que la migración no es un hecho nuevo en el país, como se podría pensar, ha estado presente desde siempre, lo que contribuiría a una mejor aproximación de la realidad actual.

También aspectos como sociales respecto de saber que las migraciones existen, probablemente muchos de nosotros acá en Chile, somos descendientes de gente que también emigró de otros países y que los alemanes que llegaron no eran, de hecho los mismos españoles que llegaron, no eran gallos universitarios que vinieron acá, eran unos pinganillas en realidad. Pero venían buscando nuevos horizontes y todos tienen derecho (Entrevista 7, femenino, servicio de salud de Independencia).

CONCLUSIONES

La migración internacional constituye un complejo fenómeno significativo en el mundo contemporáneo cada vez más globalizado y también más desigual, dando cuenta de una tendencia al aumento de los flujos migratorios a pesar de las políticas de control fronterizo. Aun cuando la inmigración no debiera ser visto como algo problemático, menos aún un riesgo a la salud pues ha existido siempre, cobra especial importancia en el debate que relaciona la salud de los migrantes a la supuesta amenaza en la Salud Pública promoviendo medidas para el control de enfermedades (Smith, 2018). De acuerdo a estudio de Rivera (2016), la migración puede tener un impacto negativo o positivo en cada persona, según la motivación migratoria, el contexto social y la duración de su estadía.

La presente investigación permitió conocer las percepciones de médicos formados en universidades públicas de la región metropolitana acerca de la necesidad de formación intercultural para abordar la práctica de relación médico-paciente inmigrante en el

contexto de la salud pública en Chile. La interculturalidad en salud es una política pública de salud en Chile, que se orienta a superar las brechas de inequidad en las condiciones de salud de las poblaciones inmigrantes.

Atendiendo a los hallazgos encontrados y el análisis realizado, se concluye lo siguiente: De acuerdo a los médicos, el aumento reciente y sostenido de inmigrantes de origen altamente heterogéneo y principalmente latinoamericano en la salud pública es actualmente un desafío, representa una problemática que tensiona la formación médica. Esta tensión tiene una importante implicación en la manera de interactuar médico-paciente inmigrante que hace necesario pensar en la reconfiguración del mundo de la salud pública y de la formación médica. Según Tirzo (2010), los movimientos poblacionales siempre generan relaciones entre culturas y con esto relaciones interculturales, que se presentan con nuevos matices y nuevos retos explicativos. Un aspecto que no se evidencia en el presente trabajo, y sin embargo podría ser un elemento importante, es el impacto de la barrera lingüística en la relación. Estudios sobre el tema destacan en la necesidad de desarrollo de la capacidad de comunicación intercultural en la formación médica enfocado en problemas reales del proceso de relación médico-paciente inmigrante (Paternotte y otros, 2016).

Las necesidades concretas y urgentes que surgen de este estudio por parte de médicos son las siguientes: 1) Las debilidades del enfoque biomédico en la formación para orientar la relación intercultural médico-paciente inmigrante. El énfasis en los contenidos vinculados a las especialidades hospitalarias y la tendencia de la formación hacia la especialización futura, lo que provoca un distanciamiento del enfoque biopsicosocial, declarado por las carreras. Aparece la necesidad de desarrollar un debate acerca de la importancia de las humanidades y las ciencias sociales en la educación médica; 2) Conocimientos sobre epidemiología de las enfermedades importadas a partir de las principales comunidades de inmigrantes en el país; 3) Formación sobre las medidas de prevención, vacunas y educación en salud de las comunidades inmigrantes. Se observó que los participantes tenían una percepción clara acerca de la necesidad de formación en la problemática de la migración internación en su relación con salud y la perspectiva de relación intercultural. Enfatizaron en la experiencia de desconocimiento vivida al momento de tener que enfrentar esta práctica profesional.

Los hallazgos muestran la posibilidad de relacionar problemas de registro estadístico y el desconocimiento del historial médico de los pacientes inmigrantes con múltiples miradas estereotipadas sobre esta población. Profundizar así, en la imagen de policonsultantes o de usuarios frecuentadores del sistema o más demandantes. En las últimas décadas la investigación científica ha examinado las múltiples formas en que el racismo puede afectar negativamente a la salud (Williams, 2019). En futuras investigaciones podría ser útil explorar las incongruencias entre el modelo médico declarado por la carrera de medicina y el modelo real con que se forma a los futuros médicos y los distintos contextos formativos de la práctica médica e internados (socialización). Destacando la importancia del currículo oculto en la formación para una práctica intercultural.

El estudio revela la complejidad del fenómeno de la inmigración en el contexto de la salud pública y la necesidad de incorporar los desafíos de la política pública intercultural a la formación médica en Chile. Se puede concluir que el debate acerca del reconocimiento intercultural en la formación médica es una exigencia no solo terapéutica sino de equidad y justicia orientado a asegurar el acceso al derecho a la salud de la población inmigrante que llega a vivir al país, sobre la base del compromiso social de la Educación Médica.

REFERENCIAS

- Abraído-Lanza, A.F., Echeverría, S.E., & Flórez, K.R. (2016). Latino immigrants, acculturation, and health: Promising new directions in research. *Annual Review of Public Health*, 37, 219-236. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021545>
- Breilh, J. (2010). *Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud*. Rio de Janeiro: Cebes. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., & Kane, R. L. (2016). *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/>
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A.M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
- Delgado-Bolton, R., San-Martín, M., Alcorta-Garza, A., & Vivanco, L. (2015). Medical empathy of physicians-in-training who are enrolled in professional training programs. A comparative intercultural study in Spain. *Atencion Primaria*, 48(9), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.005>
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*, 39(156), 192-207. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2017.156.58293>
- Fleckman, J. M., Dal Corso, M., Ramirez, S., Begaliev, M., & Johnson, C. C. (2015). Intercultural competency in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Frontiers in public health*, 3, 210. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00210>
- Gómez del Campo-del P., Medina-Pacheco, B., & Hernández-Martínez, I. (2018). Autoconcepto y motivación en adolescentes que abandonan voluntariamente sus estudios de preparatoria. Una aproximación cualitativa. *Búsqueda*, 5(21), 135-145. <https://doi.org/10.21892/01239813.400>
- González-Rábago, Y., & Martín, U. (2017). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017*. <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
- International Organization for Migration (2018). *World Migration Report 2018*. Geneva: IOM. <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>

- Leyerzapf, H., & Abma, T. (2017). Cultural minority students' experiences with intercultural competency in medical education. *Medical education*, 51(5), 521-530. <https://doi.org/10.1111/medu.13302>
- Liberona Concha, N. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. *Si Somos americanos*, 15(2), 15-40. <https://doi.org/10.4067/s0719-09482015000200002>
- Llamosas García, S. (2016). *Repercusión de las desigualdades sociales en el estado y procesos de salud/enfermedad de los inmigrantes económicos y su relación con los servicios sanitarios públicos* (Tesis de pregrado) Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. España. https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19320/Llamosas_Garc%C3%ADa%2C%20Sheila_TFG.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Malmusi, D., Muntaner, C., Borrell, C. (2018). Social and Economic Policies Matter for Health Equity: Conclusions of the SOPHIE Project. *International Journal of Health Services*, 48(3), 417-434. <https://doi.org/10.1177/0020731418779954>
- Murrow, G. B., & Murrow, R. (2015). A hypothetical neurological association between dehumanization and human rights abuses. *Journal of Law and the Biosciences*, 2(2), 336-364. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsv015>
- Paredes, M. T. V., Cuevas, L. M. T., Galindez, J. A. O., Ríos, D. A. T., & Bejarano, M. A. (2016). La migración internacional y las condiciones de vida: Explorando el caso colombiano. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. España*, (40), 153-181. <https://doi.org/10.14422/mig.i40.y2016.013>
- Phelan, J.C. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41, 311-330. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
- Priest, N., & Williams, D. (2017). Racial discrimination and racial disparities in health. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. 76, 163-82. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.7>
- Paternotte, E., van Dulmen, S., Bank, L., Seeleman, C., Scherpbier, A., & Scheele, F. (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. *International journal of medical education*, 8, 170. <https://doi.org/10.5116/ijme.591b.19f9>
- Paternotte, E., Scheele, F., Van Rossum, T. R., Seeleman, M. C., Scherpbier, A. J., & van Dulmen, A. M. (2016). How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour? A reflective practice study. *BMC Medical Education*, 16(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0727-9>
- Pulido Fuentes, M. (2017). Una mirada desde la salud intercultural en programas de cooperación al desarrollo. *Boletín americanista*, (74), 33-51. <http://revistes.ub.edu/index.php/BoletinAmericanista/article/view/17551>
- Rivera B, Casal B, Currias L. (2016). The health immigrant effect on mental health: determinants and implications for mental health policy in Spain. *Adm policy ment health*, 43(4):616-627. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0668-3>

- Smith, J. (2018). Migrant health is public health, and public health needs to be political. *The Lancet Public Health*, 3(9), e418. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30161-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30161-0)
- Thayer Correa, L. E., & Durán Migliardi, C. S. (2015). Gobierno local y migrantes frente a frente: nudos críticos y políticas para el reconocimiento. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 63, 127-162. <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/063-octubre-2015/Thayer.pdf>
- Thomas F, Gideon J. (2014) Migration, Health and Inequality. London, Zed Books.
- Tirzo Gómez, J., & Hernández, J. G. (2010). Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. *Cuicuilco*, 17(48), 11-34. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000100002
- Tijoux, M. E y Córdova, M. G. (2015). Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis, Revista Latinoamericana*, 14(42), 7-13. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682015000300001>
- Urrutia A, R. (2018). Percepciones de la educación intercultural en la relación médico paciente inmigrante en médicos de Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 35(2): 205-13. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3404>
- Vega Solís, C; Gómez Martín, C; Correa, A. (2016). Circularidad migratoria entre Ecuador y España. Transformación educativa y estrategias de movilidad. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 39, 183-210. <https://doi.org/10.14422/mig.i39.y2016.007>
- Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and health: Evidence and needed research. *Annual review of public health*. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: a global public health research priority. *BMC public health*, 18(1), 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>