

# CUIDADO DE LA SALUD EN HIJOS E HIJAS LACTANTES Y PREESCOLARES DE MADRES MIGRANTES LATINOAMERICANAS

## HEALTH CARE FOR NURSING AND PRESCHOOL CHILDREN OF LATIN AMERICAN MIGRANT MOTHERS

Autores:

**Carolina Zepeda Vega.** Enfermera. Magíster en Metodologías de Investigación Cualitativa para la Salud, Universidad de Atacama. Copiapó-Chile.

**M. Cristina González-Campos\*** Asistente Social y Antropóloga. Doctora en Sociología. Profesora Asociada, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Atacama. Copiapó-Chile. Mail: [cristina.gonzalez@uda.cl](mailto:cristina.gonzalez@uda.cl)

\* Autor correspondiente

### > Resumen

**Introducción:** El incremento de la población que ha migrado hacia Chile en las últimas décadas, plantea interrogantes relacionadas con el derecho a la salud de niños y niñas a cargo de mujeres que realizan distintas formas de cuidado culturalmente aceptadas. **Objetivo:** Comprender las prácticas de cuidado de la salud de madres migrantes latinoamericanas con respecto a sus hijos/as, región de Atacama, Chile. **Metodología:** Estudio cualitativo, paradigma interpretativo, con diseño de etnografía situada. La muestra se obtuvo por bola de nieve considerando una máxima variación. La unidad de análisis fueron las madres migrantes latinoamericanas con independencia de su situación migratoria con hijos menores de seis años y residentes de las comunas de Copiapó y Diego de Almagro. Se aplicó entrevista en profundidad semiestructurada. Estudio ajustado a los principios éticos de E. Emanuel y los criterios de Belmont, en especial sobre respeto y consentimiento informado. **Resultados:** Muestra intencionada compuesta por diez madres migrantes provenientes de Colombia, Bolivia, Perú y Cuba, con un rango de estadía en Chile de 3 a 15 años, con hijos lactantes y pre-escolares de hasta seis años; la mayoría con empleos remunerados en actividades agrícolas y de servicios, usuarias del Sistema Público de Salud (SPS) y del privado. Las principales categorías

**Fecha de Recepción:** 24 de abril de 2023

**Fecha Aceptación:** 09 de junio de 2023

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3686>

Copyright © 2023



analíticas son: proceso migratorio, autocuidado y cuidado de la salud de hijas e hijos a nivel doméstico y derecho a la salud. **Conclusiones:** El cuidado y autocuidado de la salud a nivel doméstico permite enfrentar problemas de salud con acento en prácticas culturales aprendidas en sus países de origen; sin embargo, dependiendo de la complejidad de éstos, van haciendo uso del sistema formal de salud chileno y en algún grado, ejercen su derecho a la salud.

› **Palabras claves:** *Migración humana; Migrantes; Cuidado del niño/a; Derecho a la salud.*

## › Abstract

**Introduction:** The increase in the population that has migrated to Chile in recent decades, raises questions related to the right to health of children in the care of women who perform different forms of culturally accepted forms of care. Objective: To understand the health care practices of Latin American migrant mothers with respect to their children, Atacama region, Chile. **Methodology:** Qualitative study, interpretative paradigm, with a situated ethnography design. The sample was obtained by snowball considering a maximum variation. The unit of analysis was Latin American migrant mothers, regardless of their migratory status, with children under six years of age and residents of the communes of Copiapó and Diego de Almagro. A semi-structured in-depth interview was applied. Study adjusted to E. Emanuel's ethical principles and Belmont's criteria, especially on respect and informed consent. **Results:** Purposive sample composed of ten migrant mothers from Colombia, Bolivia, Peru and Cuba, with a range of stay in Chile from 3 to 15 years, with infant and pre-school children up to six years old; most of them with paid jobs in agricultural and service activities, users of the Public Health System (SPS) and the private one. The main analytical categories are: migratory process, self-care and health care of daughters and sons at the domestic level and right to health. **Conclusions:** The care and self-care of health at the domestic level allows facing health problems with emphasis on cultural practices learned in their countries of origin; however, depending on the complexity of these, they are making use of the Chilean formal health system and to some degree, they exercise their right to health.

## › Introducción

La *teoría transcultural de Madeleine Leininger*, referida por su autora como Enfermería Transcultural (ETC)<sup>1</sup>, se basa en los cuidados culturales y sostiene que las personas de distintas culturas pueden ayudar y orientar a sus cuidadores acerca de los tipos de cuidados que necesitan, lo que se traduce en que la atención en salud tenga en cuenta las diferencias culturales, para brindar cuidados responsables, que consideren las necesidades, valores y creencias de los pacientes<sup>1,2</sup>.

Este modelo considera distintos niveles, el primero se sitúa en la estructura social y visión del mundo, el cual permite no solo el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas (micro perspectiva: los individuos de una cultura; perspectiva media: factores más complejos en una estructura específica; macro perspectiva: fenómenos transversales en diversas culturas), sino que además permite comprender las prácticas de cuidado culturalmente distintas<sup>1</sup>, desarrolladas por quienes pertenecen a subculturas, pueblos originarios o provienen de otros países, entre otros. El segundo nivel aporta información sobre individuos, familias y grupos, como también de los significados y expresiones relacionadas con cuidados de salud<sup>2</sup> y el tercer nivel proporciona información sobre sistemas populares, profesionales y de enfermería, este último nivel determina las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros, donde se esperan cuidados culturalmente coherentes<sup>2</sup>.

De la misma teoría se deriva el concepto de cuidado, referido como esencia y rasgo distinguido de la enfermería, a través del cual se capacita a las personas para mantener o recuperar su salud, o bien para gestionar la enfermedad, la debilidad o la muerte.<sup>1</sup> Concepto que se asocia a la definición que se le entrega a los cuidados culturales, los cuales corresponden a los valores, creencias y modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que asisten, sostienen, facilitan o habilitan a otros individuos o grupos a conservar el bienestar y la salud con el fin de avanzar en su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, las incapacidades o la muerte<sup>1</sup>.

La teoría de Leininger se vincula a bases filosóficas del cuidado cultural, lo que se relaciona con los siguientes conceptos<sup>2</sup>:

- Todas las culturas tienen remedios tradicionales, conocimientos profesionales y cuidados profesionales que varían.
- El cuidado cultural, valores, creencias y prácticas están influenciados por la visión del mundo, idioma, religión, espíritu, social, política, educación, economía, tecnología y factores ambientales.
- Los cuidados basados en la cultura mejoran el estado de bienestar de las personas, familias y comunidades.

- Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo de diferente (diversidad) y algo de semejanza (universal) en todas las culturas.

Relacionado con lo anterior, surge una nueva interpretación del concepto cuidado de la salud, el que implica la protección y se orienta a la satisfacción de necesidades relacionadas con la alimentación, lactancia y crianza<sup>3</sup>, por tanto, puede vincularse a las Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las cuales son definidas como las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” y que las lleva a ser objeto de políticas públicas<sup>4</sup>.

Estos DSS inciden en el estado de salud que se agudiza en las personas migrantes, puesto que, se encuentran condicionadas por ingresos económicos insuficientes; acceso limitado a servicios disponibles; costos; insatisfacción por experiencias negativas relacionadas con problemas de acceso a la atención de salud, lo que lleva a considerar el nexo entre migración, desigualdad social y salud<sup>5,6</sup>.

Si bien la migración se comenzó a evidenciar ya en el censo del año 1992, actualmente el país no cuenta con una política migratoria que brinde una solución integral a las situaciones que viven las personas que migran a Chile. Destaca que existen iniciativas ministeriales como la del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de la Superintendencia de salud, las cuales han implementado acciones destinadas a paliar esta deficiencia, centrándose en el Enfoque de Derechos<sup>7</sup>.

En Chile, desde la década de 1980, coexiste en el sistema de salud una red pública y una privada. Las personas y familias de menores ingresos o que carecen de ellos, se constituyen en beneficiarios del sistema público, de modo que la mayoría de las personas migrantes accede a éste y en menor proporción al privado<sup>8,9,11</sup>.

Respecto a la experiencia de personas migrantes en el área de salud, estudios previos destacan la vulnerabilidad en que se encuentran quienes no tienen cobertura sanitaria, en especial en los primeros meses o años posteriores a su llegada<sup>8,9,10</sup>. Existe un sector de la población migrante que no accede a ningún tipo de prestación de salud, lo que llega a un 8,9%, sin considerar la población irregular<sup>8</sup>. Además se ha planteado que los migrantes son grupos socialmente vulnerables, sólo por el hecho de haber salido de su país y cruzado fronteras<sup>11,12</sup>.

Quienes migran habitualmente incrementan su exposición al riesgo y son vulnerables a generar alteraciones en su situación de salud, debido a su condición de extranjeros, a las pocas capacidades de hacer valer sus derechos, a no contar con la información o herramientas necesarias, a no poseer redes de apoyo, a la existencia de temor permanente a la deportación (quienes se encuentran en situación irregular) y a no contar con recursos económicos suficientes para enfrentar el proceso migratorio y lograr sus expectativas<sup>8,9,12,13</sup>.

Si bien existen iniciativas positivas para poder fortalecer el acceso a la salud

de las personas migrantes como lo es el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes del año 2014, las experiencias negativas (barreras) son aquellas que se hacen más notorias, destacando: el conflicto interétnico en el ingreso al sistema, el desconocimiento respecto al derecho a atención; recursos disponibles limitados, la baja capacidad del Estado para responder a las necesidades de las personas migrantes y deficiencia en el sistema de información que acredite la estancia legal en el país, entre otros<sup>5-8-11,14,15</sup>, siendo el mayor problema lo que se relaciona con los recursos disponibles para la población migrante y la capacidad que tiene el sistema de responder a sus necesidades<sup>5</sup>.

Considerando lo expuesto, es que esta investigación profundiza en las prácticas de cuidado en salud en la población migrante, especialmente en las madres que se encuentran en etapa de crianza, por lo que el objetivo es el comprender las prácticas de cuidado de la salud que tienen las madres migrantes latinoamericanas con respecto a sus hijos/as de 0 a 6 años, en la Región de Atacama, Chile.

## › Material y método

Investigación cualitativa, puesto que este tipo de enfoque, permite conocer significados subjetivos, interacciones y reconstrucción de estructuras del campo social y el significado de las prácticas. Efectuada desde el paradigma interpretativo<sup>16</sup> ya que pretende dilucidar el fenómeno de la migración y salud, tomando en consideración los aspectos socio-culturales relacionados con el “cuidado”.

Se optó por el método etnográfico<sup>17</sup>, el cual permite conocer, describir y reconstruir de forma analítica las prácticas de salud, lo que lleva a interpretar de manera profunda los significados culturales desde sus perspectivas o puntos de vista<sup>18,19</sup>.

La muestra fue compuesta por diez madres, elegidas por procedimiento de máxima variación e intencional, a partir de la expresión de su voluntad y considerando criterios de inclusión: tener hijos/as menores de seis años, residentes/co-residentes en dos comunas de la Región de Atacama, atendidas en uno o más dispositivos del sistema de salud público y/o privado. Se utilizó el muestreo “bola de nieve”<sup>20</sup>, de modo que quienes eran entrevistadas, podían intermediar para contactar a otras personas. Cada una de las madres firmó un consentimiento informado previo a la realización de la entrevista.

Desde el método de estudio de casos interpretativo, se aplicaron entrevistas en profundidad<sup>21</sup> semiestructuradas<sup>20</sup>, procurando una comunicación fluida, para que las personas se expresaran sin dirigir ni intencionar sus ideas. Se utilizó un guión de entrevista centrado en temas y subtemas.

Las entrevistas se realizaron en un período de cuatro meses, las cuales fueron registradas en audio. Fueron transcritas e ingresadas al programa NVivo® pro 12; se analizó cada relato para construir las categorías y

subcategorías, con la finalidad de establecer patrones de respuesta, a partir de comparaciones, contrastes y conexiones entre los datos, de acuerdo al Análisis de Contenido<sup>22</sup>.

La investigación se rigió por los criterios éticos de Emanuel<sup>23</sup> y los de Belmont<sup>24</sup>. Si bien no fue posible contar en su momento con la autorización de Comité de Ética, debido a asuntos circunstanciales de fuerza mayor, sí se ajustó a cada uno de ellos, teniendo especial cuidado en el resguardo de la confidencialidad y respeto por las participantes, expresado en la firma de consentimiento informado.

## › Resultados

Se trabajó con una muestra intencional de máxima variación, integrada por diez madres de lactantes, hijas e hijos preescolares de hasta seis años, usuarias tanto del Sistema Público de Salud (SPS) como de atención privada de Chile, siendo originarias de Bolivia (n=3), Colombia (n=4), Cuba (n=1) y Perú (n=2). Al momento de la investigación, llevaban de 3 a 15 años residiendo en el país. La mayoría de ellas contaba con empleo remunerado en actividades agrícolas y en servicios (comercio, aseo). La mitad de los casos tenía educación media completa y las restantes, educación superior completa o incompleta.

El análisis de los datos se organizó en función de tres categorías a priori: a) proceso migratorio, b) autocuidado y cuidado de la salud de hijas(os) a nivel doméstico, c) derecho a la salud. A su vez, se identificaron diez subcategorías: discriminación, autocuidado de enfermedades de origen natural/sobrenatural, dificultades para el cuidado ante enfermedades, diferencias de atención entre país de origen y Chile, sugerencias, comentarios y propuestas de mejora para el sistema de salud chileno, entre otras.

A continuación se presenta lo relativo a dos categorías principales establecidas a priori, las que se focalizan en el cuidado de la salud.

### **Categoría 1: autocuidado y cuidado de la salud de hijos/as a nivel doméstico**

La primera categoría hace referencia a los cuidados que las madres realizan a sus hijos al enfrentarse a enfermedades frecuentes, atribuidas tanto a causas naturales como sobrenaturales:

- Autocuidado y cuidado doméstico para enfermedades de origen natural

Según las entrevistadas, las enfermedades más frecuentes son las de origen respiratorio como el resfrío común y bronquitis; en segundo lugar, destacan las enfermedades gastrointestinales y dermatológicas. En cuanto a la prevención de éstas, se destaca no sólo el tratamiento farmacológico,

sino también medidas caseras y mágico-religiosas, a partir de conocimientos adquiridos en su país de origen.

Para las enfermedades respiratorias se reconocen distintas formas de tratamiento doméstico:

- *Infusión:* té con limón y miel.
- *Ingesta:* para aumentar las defensas y prevenir la aparición de bronconeumonía se da “cocimiento” (de muchas hierbas). Para la tos: agua hervida con ajo, más una cabeza de cebolla y limón endulzado con miel.
- *Jarabe:* para eliminar las flemas: jugo de cebolla con miel y ajo.
- *Inhalación:* para la congestión: vapores de eucaliptus con manzanilla.
- *Gárgara:* con miel y limón, para aliviar el dolor de garganta.
- *Tópico:* en el caso de la bronquitis, para eliminar las flemas, una madre coloca periódicos con huevo en la espalda y pecho durante toda la noche.

Así, el tratamiento doméstico para el resfrío/bronquitis está menos medicalizado, pues las madres optan primero por medidas no farmacológicas, preferentemente uso de hierbas y otros productos naturales.

En caso de fiebre, asociada a cuadros respiratorios, se administra antipiréticos: Panadol®, paracetamol e ibuprofeno; si hay infección: amoxicilina, recetado por el médico. También recurren a una medida tópica: compresas tibias en la cabeza, y vinagre con limón. El tratamiento a nivel doméstico para la fiebre está más medicalizado, debido a que las madres ven que su hijo/a no mejora al aplicar los cuidados domésticos. En caso de dolor de cabeza, asociado a cuadros respiratorios, aplican rodajas de papa en la frente con un paño mojado en vinagre. Si presentan una patología de base, como bronquitis recurrente, solicitan atención médica, luego de aplicar las medidas caseras.

En segunda instancia, mencionaron enfermedades gastrointestinales, indicando dos formas de tratamiento doméstico:

- *Infusión:* té con canela, limón y carbón vivo, hierbabuena y coca; agua de hinojo, agua de manzanilla. Para el dolor de estómago: agua de culén, agua de paico y agua de anís. En caso de flatulencia utilizan el agua de: apio, orégano y paico.
- *Ingesta:* vinagre solo, ajo picado con limón; en caso de diarrea mencionan dar agua de arroz.

En enfermedades dermatológicas, se opta por la atención formal, sólo refieren la utilización de cremas tópicas y medicamentos orales para controlar una posible infección. Para la varicela, aplican primeramente el aislamiento y otras medidas domésticas como:

- *Hidratación:* ingesta de abundante agua.
- *Medicamentos orales:* antihistamínicos y aciclovir.



- *Ingesta*: agua de lenteja, para acelerar la cicatrización.
- *Cuidado de la piel*: evitar que el niño/a se rasque, para evitar cicatrices.
- *Tópico*: cremas dermatológicas, para evitar cicatrices.

También se menciona una medida doméstica de tipo mágico- religiosa: pintar alrededor del contorno de los ojos con lápiz negro durante 5 a 10 días, mientras dura la fase de erupción cutánea de pápulas a vesículas.

En síntesis, las madres otorgan un cuidado culturalmente distinto a lo que comúnmente se realiza en Chile, pues cuando aparecen los primeros síntomas, aplican conocimientos adquiridos en su país de origen. Optan por el autocuidado y cuidado de salud “doméstico”, recurriendo bastante a hierbas y tratamientos caseros. Cuando ello resulta insuficiente, se accede a los establecimientos de salud local, para traspasar ese cuidado a los profesionales del área y tener tratamiento farmacológico.

Las informantes declaran que durante la atención en el sistema formal, no siempre son consideradas sus necesidades, valores y creencias. Mencionan que no se les pregunta por las formas que ellas tienen de tratar las enfermedades, estando obligadas a brindar un cuidado formal medicalizado, por sobre el cuidado cultural, como se aprecia en la siguiente cita:

*“No me pregunta por lo que yo sé, qué traigo de Bolivia..., apenas me dice: ‘Esto le va a dar, vaya a farmacia y retira el medicamento’, pero nada más, no sé pues, en eso serán unos diez minutos... se demoran en que le tomen la atención, ya listo, ya estamos, muy corto, el médico debería un poco..., no sé pues, entablar una conversación, preguntar si le doy hierbas a mis hijos, pero no, ... nada” (E4).*

- Autocuidado y cuidado para enfermedades de origen sobrenatural.

Las enfermedades más frecuentes referidas por las entrevistadas son: susto, empacho y mal de ojo.

El susto consiste en la separación entre alma y cuerpo, producto de una caída; sólo fue mencionado por madres bolivianas. Se reconoce porque el párpado inferior se pone de color amarillo, hay inapetencia, y decaimiento. Para tratarlo a nivel doméstico se aplica básicamente un procedimiento mágico-religioso: con un rosario y una rosa blanca que se le pone al niño, para llamar a su alma y que ésta vuelva al cuerpo.

El empacho puede ser referido como una afección inexplicable del estómago, que incluye dolor, malestar, estreñimiento, e inclusive dolor de espalda; se reconoce porque hay inapetencia. El malestar se pasa luego de llevar al niño/a para que lo vea una curandera y se utilicen algunas hierbas.

El mal de ojo puede ser definido como una afección de origen sobrenatural, producida por una persona que transmite malas energías hacia el niño/a, que éste no puede revertir. Dentro de los síntomas destaca: llanto inexplicable,



malestar general, dolor de estómago, inapetencia, inclusive fiebre y vómitos. La prevención se realiza mediante la aplicación de diferentes medidas, de tipo mágico-religioso, consistente básicamente en que el niño/a use collar de conchas; pulseras rojas o pulseras de pepitas; medallas con cinta roja; en el caso de madres colombianas, mencionan el uso de joyas de oro, para alejar los malos espíritus.

Las formas de tratar esta enfermedad consisten en:

- *Tópico*: pintar la frente del niño/a con lápiz labial de color rojo.
- *Acudir a unos/as curanderos/as/indios/sanador/as* para tratar al afectado/a; generalmente incluye oraciones.
- *Lavados estomacales*, con uso de hierbas.
- *Masajes*.

En esta categoría, las madres reconocen enfermedades/afecciones, que no tienen explicación médica y frente a las cuales el autocuidado y cuidado es en primera instancia “doméstico”, producto de recomendaciones y creencias culturales, destinadas a prevenir y tratar. En segunda instancia, cuando aparecen los primeros síntomas de afecciones de origen sobrenatural, las madres aplican salidas alternativas. En este sentido, posicionan el cuidado en la esfera macroperspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas), es decir, el cuidado ya no es sólo individual, sino que compartido, según la teoría del cuidado transcultural<sup>1,2</sup>, sobre todo cuando las medidas primarias del cuidado y autocuidado en salud ya no son suficientes.

Como parte del autocuidado y cuidado de la salud, es necesario reconocer las dificultades asociadas. Sin embargo, en general no plantean dificultades; cuidan directamente o bien, recurren a sus redes primarias de apoyo: parejas/cónyuges y/o vecinas, en caso necesario:

*“La verdad, yo antes tenía posibilidades de pedir a mi jefa la posibilidad de un reemplazo, qué significa eso, que otra persona me viniera a sacar el turno, sí, pero está el papá a veces..., él lo ve, pide permiso en el trabajo y así lo hacemos (...). (También) tengo una vecina, que ella..., ella (y yo) nos ayudamos” (E9).*

## **Categoría 2: Derecho a la salud**

Esta categoría<sup>25</sup> se relaciona con otros derechos: disponibilidad de servicios de salud, goce de trabajo, información, vivienda adecuada, entre otros, de modo que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Se consideran algunos componentes:

- *No discriminación*: referido a si se garantiza el ejercicio de los derechos sin discriminación en el sistema de salud formal, por motivos de: origen nacional o social, situación económica y social; también se considera el trato. *“La atención muy buena, nunca he*

*sentido que me discriminen (...), nunca he sentido una distinción en el trato, por ser extranjera, (...) siempre me han atendido bien” (E1).*

Las entrevistadas no mencionan que haya habido un trato discriminatorio de los profesionales de salud. Aunque, engloban este componente en un todo, incluyendo: trato en la atención, disposición de los profesionales y sobre todo se refieren a la comunicación. En general, se ha garantizado el ejercicio de los derechos sin discriminación, aunque la incomprensión del lenguaje puede convertirse en una barrera, tal como se señala:

*“Yo creo que años atrás (...) hablaba muy rápido, no se me entendía o yo no le entendía al doctor, tenía que volver a preguntar (...) no me discriminó, me quedó mirando no más (...), me explicó, yo le pregunté. ¿Qué significaba?, porque yo no le comprendía esa palabra, no recuerdo qué palabra era, me miró y mmmm, y puso en pausa..., quedó helado y de ahí me explicó, ‘A ya. gracias!’, eso fue todo” (E8).*

- *Accesibilidad:* destacan el acceso (dificultades/facilitadores) a los distintos tipos de establecimientos de salud o profesionales del área. Se considera el acceso a través de establecimientos de salud públicos (servicio de urgencias del hospital, CESFAM y SAPU), o privados (clínicas o consultas médicas particulares). Para clarificar, la información se presenta según tipo de enfermedad. Las madres acuden a Servicios de Urgencias del Hospital de Copiapó y se resuelve o no el problema de salud, a saber que ante enfermedades respiratorias, gastrointestinales, fiebre o malestar general: puede haber dos posibilidades:

- Las madres empiezan el cuidado doméstico usando tratamientos caseros: uso de hierbas o “tratamientos no médicos”. Si se resuelve el problema, no acuden a los establecimientos de salud local APS. En caso contrario, acuden al servicio de urgencias del hospital más cercano.
- Una vez que han consultado al servicio de urgencias del hospital, si luego de la administración de medidas farmacológicas, se resuelve el problema de salud, reciben el alta médica. Si no se resuelve, la madre compra bono en FONASA, acuden a una Clínica, consultan en SAPU o consultan nuevamente en urgencias, manteniendo su atención en el sistema formal.

A modo de ejemplo, la siguiente cita:

*“Cuando presentan fiebre, lo primero es que voy al hospital (...), me dan un paracetamol, que te recetan, y si no pasa al día siguiente, voy a comprar el bono y lo llevo al pediatra que lo ve, claro que te saca de un apuro, porque te asustas con los niños cuando se enferman” (E1).*

- *Aceptabilidad:* respeto a la ética médica y servicios culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades propias del ciclo vital. Las madres mencionan poco respeto a la ética médica e inexistencia de servicios culturalmente apropiados, pues en la atención no son

consultadas por las medidas que tienen para tratar las enfermedades. Asimismo, refieren poco respeto a su cultura y valoran negativamente el breve tiempo de atención, lo que perjudica la comunicación eficaz y respeto. Si bien mencionan que los atienden como a los nacionales, no existiría un respeto por su cultura, que debiese ser considerada como componente esencial para una atención con pertinencia cultural, como se plantea:

*“No me pregunta por lo que yo sé, que traigo desde Bolivia (...). (la atención del médico es muy breve), el médico debería un poco, no sé pues, entablar una conversación” (E4).*

- *Calidad de atención:* entendida como efectividad médica o en la atención. Las madres la refieren como un conjunto de servicios, que incluye: el trato, la espera para atención en urgencias, tiempo de atención y costo. Valoran positivamente: buena atención, calidad de los profesionales, confianza en el profesional por ser del mismo país de origen que la madre, como se expresa en:

*“Los profesionales bien, justo ahí(CESFAM) había un doctor que era igual boliviano, yo me sentía más en familia” (E9).*

La apreciación negativa está asociada a: breve tiempo de atención, mala atención debido a falta de profesionales, larga espera en urgencias y además, costos por la atención, pues aunque reciben atención gratuita y medicamentos en APS, también deben pagar por la atención: comprar bonos y fármacos. Las siguientes citas reflejan parte de esta situación.

*“La atención es malísima, porque nunca hay profesionales atendiendo, siempre uno hace la fila y dicen que no hay profesionales (...), nos dicen que nos tenemos que ir a atender a un hospital o a particular (sistema privado)” (E6).*

*“En urgencias es donde tenemos inconvenientes, porque son los lapsos, son muy grandes de tiempo, por ejemplo, yo voy y pido una hora y es larga la espera (...), demasiado demorada, yo me he ido a las 3 de la tarde y he salido a las 11:00, 12:00 de la noche de urgencia, muy larga la atención” (E7).*

- *Diferencias de atención de salud entre país de origen y receptor.* Considerando el trato de los profesionales de salud y la confianza en los médicos, se valora positivamente la atención en Chile. De la situación en su país valoran positivamente: petición de hora médica, tiempo de espera en urgencias, costo de medicamentos, pago de medicamentos por unidad y toma de decisión en salud. Respecto al Control Niño Sano y la tecnología médica utilizada, valoran positivamente la atención en Chile:

*“Yo diría es mejor (acá), relacionado con el tema netamente del niño, yo noto que la parte de los controles, hay mucho orden y mucha organización (...), usted en Colombia no espere que, porque su hijo está bajo de peso, vaya una trabajadora social a la casa, ese es un tema que debe ocuparse usted y no le hacen*

*una visita de eso, jamás” (E7).*

Evalúan de la misma forma la infraestructura de los establecimientos de salud chilenos y de su país:

*“En cuanto a la infraestructura, allá los hospitales eran muy chicos y no abastecía las camas y todo eso, para los pacientes y ahora no, hay hospitales grandes y de hecho son los mismos, los que hay acá hay allá, ha mejorado bastante, hay muchos médicos, profesionales” (E10).*

## › Discusión

La migración internacional actual es un proceso dinámico en que predomina la búsqueda de mejores oportunidades<sup>7</sup>, especialmente económicas. La situación de las madres que migraron hacia Atacama es diversa, algunas viven en condiciones inadecuadas y acceden al SPS, otras a la salud privada. Usuarias del sistema público destacan la espera prolongada en servicios de urgencias, insuficiente dotación de profesionales de salud en APS y poco tiempo destinado por médicos a la atención, lo que reafirma resultados previos, planteados por Cabieses et al.<sup>5</sup>, Frías et al.<sup>8</sup>, Torres y Garcés<sup>14</sup>, Santos et al.<sup>6</sup>, entre otros.

Las prácticas de salud ante afecciones/enfermedades de origen natural y sobrenatural, comparten la necesidad de restablecer la salud<sup>1,2</sup>. El autocuidado y cuidado doméstico identificado en el estudio realizado, se expresan mediante el uso de medidas y tratamientos caseros y hierbas. Se reconoce el acceso a la atención de salud formal, ante enfermedades que necesitan seguimiento médico debido a su gravedad o a recibir atención por pertenecer a determinados grupos preestablecidos (embarazadas y menores de 18 años), aspecto que también es abordado por Cabieses et al.<sup>5</sup> y Frías et al.<sup>8</sup>

La evidencia aportada por estudios previos señala que en la atención de salud entregada a las personas migrantes, predominan las experiencias negativas, como se planteó en el trabajo de Abeldaño<sup>10</sup>, Cabieses et al.<sup>5</sup>, Frías et al.<sup>8</sup>, Liberona<sup>15</sup>, Pavez<sup>9</sup>, Torres y Garcés<sup>14</sup>. Sin embargo, los resultados parecen indicar lo contrario, las madres no mencionan la situación administrativa irregular ni barreras de acceso, siendo atendidas mayoritariamente en el sistema público. Es probable que la valoración positiva se vincule a la atención orientada a embarazadas, niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, incluida en la política pública de salud migrante.<sup>7</sup>

En el autocuidado y cuidado de la salud de hijos/as a nivel doméstico, se responde a la pregunta inicial sobre prácticas de cuidado ante enfermedades más frecuentes; si éstas son de origen sobrenatural, coinciden en plantear que “allá” creen más en afecciones mágico-religiosas y que existen especialistas tradicionales para tratarlas. A su vez, para las enfermedades de origen natural suelen recurrir a establecimientos de salud local.

Con respecto al acceso a la salud, el componente también abarca las distintas prestaciones de salud en Atención Primaria de Salud para la atención de

menores de 0 a 6 años, como lo es el Control de Niño Sano (CNS), Programa Nacional de Inmunización (PNI)<sup>26</sup> y Alimentación Complementaria (PNAC)<sup>27</sup>.

Para el CNS, las madres ingresan desde el control del embarazo y a través de éste, al PNI y al PNAC. Consideran como ventaja comparativa, respecto a sus países de origen, que los profesionales son más organizados en la regulación de los controles. Respecto al PNI, destinado a “prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital”<sup>26</sup>, destaca la disposición favorable de las madres, expresada en que sus hijos/as tienen el esquema de vacunación completa. Entre las ventajas destacan que resulta beneficioso para prevenir enfermedades; aumentar las defensas de los niños/as; también mencionan que en Chile se administran más vacunas que en su país de origen; y se refieren a la vacunación en establecimientos educacionales. Lo anterior es interpretado por ellas como signo de interés de las/los profesionales por las necesidades de salud de los niños/as y valorado positivamente, no siendo pesquisado tan claramente en estudios previos<sup>8</sup>.

El PNAC, definido como “apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años”<sup>27</sup>, desde la perspectiva de las madres presenta ventajas comparativas: se asocia a un CNS regular y consideran que refleja la preocupación que se tiene en el país por la población infantil.

Finalmente, respecto al cumplimiento del derecho a la salud<sup>25</sup> en la atención de menores de 0 a 6 años, las principales falencias se presentan respecto a la aceptabilidad.

Entre las limitaciones del estudio se puede plantear la dificultad para trabajar con más informantes, lo que potencialmente podría dar más sustento a los resultados. Dado el alcance de esta investigación, no se plantearon miradas comparativas, que permitan concluir tanto sobre particularidades como sobre situaciones generales. Al repensar el segmento etáreo focalizado, se advierte la diversidad de situaciones y en tal sentido, quizás hubiese sido más adecuado puntualizar la situación sólo de lactantes, por ejemplo. Otra limitante radica en que no se centró en el trasfondo socio-cultural de cada caso y por lo mismo, no profundiza en la diversidad de base.

Entre las sugerencias derivadas del proceso investigativo se podría plantear la posibilidad de que los resultados de la investigación sean difundidos a nivel de equipos de salud que focalicen su atención en lactantes y pre-escolares, a objeto de considerar la existencia de prácticas no reconocidas por el sistema médico formal; se estima que ello podría contribuir a mejorar la atención y a incrementar la pertinencia cultural de las intervenciones orientadas a la niñez, especialmente en los primeros años de vida.

Lo anterior puede a la vez, ser considerado un desafío, ya que no necesariamente quienes integran los equipos de salud presentan una disposición favorable a trabajar con población socio-culturalmente distinta y diversa. En consecuencia, el desarrollo de acciones de sensibilización y formación en la materia, se constituye en una especie de imperativo ético, toda vez que se incrementa la cantidad de personas migrantes en el país y que una amplia proporción de

ellas es usuaria del SPS.

Asimismo, la política pública debiese considerar y orientar esfuerzos hacia quienes han migrado, especialmente si se encuentran en condiciones de estancia irregular, pues el temor a quedar en evidencia puede estar a la base de una exposición creciente al riesgo. Lo anterior es altamente preocupante, toda vez que precisamente la niñez puede estar enfrentando situaciones de altísima vulnerabilidad, principalmente si las condiciones de vida son precarias.

Es imprescindible revisar la existencia de brechas en la atención y cuidados, teniendo presente el interés superior de niñas y niños, con independencia de la situación migratoria de la madre, padre y/o cuidador/a.

Por tanto, aportar información sobre lo investigado podría contribuir a la política pública, al ajuste de normas técnicas, a estrategias intersectoriales que permitan mejorar la atención y el cumplimiento del derecho a la salud de quienes han migrado y de su descendencia, con énfasis en la niñez en sus primeros años.

## › Conclusión

La investigación efectuada permite comprender prácticas de cuidado aplicadas por madres migrantes latinoamericanas en el cuidado de sus hijas e hijos menores de seis años. Lo anterior supone la descripción de las mismas y a la vez, el análisis del cumplimiento del derecho a la salud respecto a dicho segmento de la población.

Las principales categorías analíticas aparecen interrelacionadas. Se evidencia el autocuidado y cuidado de salud que éstas tengan con sus hijos/as a nivel doméstico, mientras que, en el camino de “llegar” al país, van necesitando hacer uso del sistema de salud chileno y junto con ello, de ejercer su derecho a la salud.

Respecto al autocuidado y cuidado de la salud de hijos/as a nivel doméstico se indagó sobre las prácticas de salud para tratar las enfermedades más frecuentes de origen sobrenatural: susto, empacho y mal de ojo. Mientras que en el autocuidado y cuidado en las enfermedades de origen natural, como las respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas, se destaca que principalmente recurren a la atención formal en establecimientos de salud local y profesional médico, tanto del sistema público como del privado. En cuanto al derecho a la salud en Chile, se concluye que las principales limitaciones se relacionan con la aceptabilidad.

En síntesis, el cuidado y autocuidado de la salud a nivel doméstico permite enfrentar problemas de salud con acento en prácticas culturales aprendidas en sus países de origen; sin embargo, dependiendo de la complejidad de éstos, van haciendo uso del sistema formal de salud chileno y ejercen su derecho a la salud con algunas limitantes.



## › Referencias bibliográficas

1. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*. 1999; 3(6): 5-12. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
2. Marriner A y Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 4º Edición. España: Harcourt Brace; 1999.
3. Siles J, Gabaldón EM, Tolero D, Gallardo Y, García E, Galao R. El eslabón biológico en la historia de los cuidados de salud. El caso de las nodriza: una visión antropológica de la enfermería. *Index de Enfermería*. 1998; 20-21: 16-23. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/20-21revista/20-21\\_articulo\\_16-23.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/20-21revista/20-21_articulo_16-23.php)
4. Ministerio de Salud [MINSAL]. Determinantes sociales de la salud. 2019. Recuperado de: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
5. Cabieses B, Pedrero V, Oyarte M, Sirlopu D, Alfaro J, Bernales M, Flaño J. Pobreza multidimensional, salud auto-percibida y acceso a salud en Chile: generando conocimiento crítico para la acción en red en Salud Pública. Santiago de Chile: U. del Desarrollo; 2017. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1633/Pobreza%20multidimensional%2C%20salud%20autopercebida%20y%20acceso%20a%20salud%20en%20Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=yrepositorio.udd.cl/.../Pobreza%20multidimensional>
6. Santos H, Limón N, Martínez S. La atención de los migrantes centroamericanos en los servicios de salud en Tabasco, 2012-2014. *Horizonte sanitario*. 2016;15(3): 143-153. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457848199005.pdf>
7. Ministerio de Salud [MINSAL]. Política de salud de migrantes internacionales. 2018. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>.
8. Frías CO, Galaz CV, Poblete RM. Políticas públicas y salud en materia de inmigración: Puntos críticos en la accesibilidad del sistema público chileno. *Acciones e Investigaciones Sociales [AIS]*. 2017; (37): 61-93. Disponible en: <https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/ais/article/view/2188>
9. Pavez I. Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungará*. 2017; 49(4): 613-622. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562017005000105>
10. Abeldaño A. Cobertura de seguro de salud de los migrantes residentes en la ciudad de Salta, Argentina. *Revista Chilena Salud Pública*. 2016; 20(1): 53-56. Disponible en <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/39337/40958>
11. Famer Rocha CM, Darsie C, Gama A, Dias S. Experiencias en torno a la integración social y de la salud vividas por mujeres inmigrantes brasileñas y africanas en Portugal. *Estudios Sociológicos*. 2014; 32(94): 131-161. Disponible en [www.redalyc.org/pdf/598/59840007006.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/598/59840007006.pdf)
12. De la Flor I. La compleja vida de un migrante, su visión como derecho humano. *Revista jurídica de los derechos sociales. Lexsocial*. 2013; 3(1): 96-114. Disponible en: [https://www.upo.es/revistas/index.php/lex\\_social/article/viewFile/403/351](https://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/viewFile/403/351)
13. Carrasco Carpio C. ¿Prevalece la dimensión económica en la integración de la persona migrante? La medición de la integración en el MIPEX. *Revista ICE*. 2018; 1(900). Disponible en: <http://www.revistasice.com/index.php/ICE/article/view/1989>
14. Torres Oy Garcés A. Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile. *Polis*. 12(35): 309-334; 2013. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid...65682013000200014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid...65682013000200014)
15. Liberona N. Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. Si Somos Americanos, *Revista de Estudios Transfronterizos*. 2015; 15 (2): 15-40. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719...](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719...)
16. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Segunda edición. Madrid; Ediciones Morata, S. L.; 2004.
17. Guber R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2001.
18. Hernández R, Fernández C y Baptista P. *El proceso de la investigación cualitativa*. Sexta edición. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A; 2014.
19. Rodríguez G, Gil J y García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Ediciones Aljibe S.L; 1999.





20. Bernard R. Métodos de investigación en Antropología. Abordajes cualitativos y cuantitativos. Segunda edición. Estados Unidos de Norteamérica: Altamira Press; 1995 (traducción al español 2006).
21. Taylor S.J. y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2º reimpresión en español. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 1994.
22. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. Madrid, España: Editorial La Muralla S.A.; 1998.
23. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas, F. y Quezada, A. (ed.). Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS. 2003 83-95 Disponible en: <https://www.paho.org/chi/dmdocuments/pautas2.pdf>.
24. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Barcelona (Estados Unidos de Norteamérica; 1979. Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
25. Organización Mundial de la Salud [OMS]. La salud es un derecho fundamental; 2017. Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
26. Ministerio de Salud [MINSAL]. Inmunizaciones; 2019. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/vacunes-e-inmunizaciones/>
27. Ministerio de Salud [MINSAL]. Norma Técnica de los Programas Alimentarios; 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>

---

*Financiamiento: sin financiamiento*

*Conflicto de interés: sin conflicto de interés*

*Trabajo ganador en Eje temático "Gestionar el cuidado en grupos vulnerables" de la Primera Jornada de Investigación de la Red Chilena de Gestión del Cuidado (REDGECU), 2022.*

*Trabajo derivado de Tesis de Magister de Investigación de Metodologías Cualitativas para la Salud, Universidad de Atacama.*