

UNIVERSIDAD DE CHILE

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



“Percepciones y experiencias en salud materno infantil de la población migrante internacional perteneciente al Programa Chile Crece Contigo del CESFAM Violeta Parra en la comuna de Pudahuel, 2019”

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública

NATALIA PADILLA BELTRAN

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: ALEX ALARCÓN HEIN

Santiago, ENERO 2020

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	<u>5</u>
<u>II. MARCO TEORICO</u>	<u>9</u>
1. DEMOGRAFÍA EN CHILE E INMIGRACIÓN.....	9
2. SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE.....	11
3. SALUD MATERNO INFANTIL EN CHILE Y PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO	12
4. LA MIGRACIÓN COMO DETERMINANTE DE SALUD.....	14
5. ESTADO Y ACCESO DE SALUD DE MIGRANTES.....	16
6. CREENCIAS Y SIGNIFICADOS EN SALUD REPRODUCTIVA	17
7. PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE SALUD EN POBLACIÓN MIGRANTE	19
<u>III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS</u>	<u>22</u>
1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
2. OBJETIVO GENERAL:.....	22
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	22
<u>IV. METODOLOGÍA.....</u>	<u>23</u>
1. FUNDAMENTOS DEL ENFOQUE CUALITATIVO	23
2. TIPO DE ESTUDIO	23
3. UNIVERSO Y MUESTRA	23
4. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	26
5. TÉCNICA DE RECOGIDA Y PRODUCCIÓN DE DATOS	26
6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	27
7. MEDIDAS PARA GARANTIZAR RIGOR Y CALIDAD DEL ESTUDIO	29
8. LIMITACIONES	30
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<u>V. RESULTADOS</u>	<u>32</u>
1. CARACTERIZACIÓN	32
2. EXPERIENCIA DE MIGRAR	34
2.1 MOTIVACIONES PARA MIGRAR A CHILE.....	34
2.2 BUENAS EXPERIENCIAS AL MIGRAR A CHILE	36
2.3 RACISMO, DISCRIMINACIÓN Y MALOS TRATOS.....	38
3 CREENCIAS Y SIGNIFICADOS DE LA SALUD MATERNA INFANTIL	40

3.1	CREENCIAS E IMPORTANCIA DE LA SALUD MATERNA INFANTIL	41
3.2	SIGNIFICADO DE ESTAR EMBARAZADA O TENER UN PARTO EN CHILE	45
4	EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN SALUD MATERNA E INFANTIL	48
4.1	EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO	48
4.2	EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN LOS CONTROLES PRENATALES	51
4.3	DIFICULTADES PARA ACCESO A LA ATENCIÓN	53
VI. DISCUSIÓN		56
1.	EXPERIENCIA DE MIGRAR A CHILE.....	56
2.	CREENCIAS Y SIGNIFICADOS DE LA SALUD MATERNA INFANTIL.....	57
3.	EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN SALUD MATERNA E INFANTIL.....	59
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		63
VIII. REFERENCIAS.....		65
IX. ANEXOS.....		70
ANEXO N° 1: GUION TEMÁTICO DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A MUJERES EN ESTUDIO		70
ANEXO N°2: APROBACIÓN POR PARTE COMITÉ DE ÉTICA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE....		72
ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO INFORMADO		74

RESUMEN

El incremento de la migración en Chile, ha provocado un aumento de las demandas sanitarias por parte de esta población, especialmente en salud materno infantil, debido a las características demográficas de la población migrante internacional, que llega a Chile, con la creciente necesidad de atención de salud con competencia cultural, dentro de la cual se genere un espacio de dialogo, respeto y confianza, donde se lleve a cabo un intercambio y enriquecimientos de los distintos saberes.

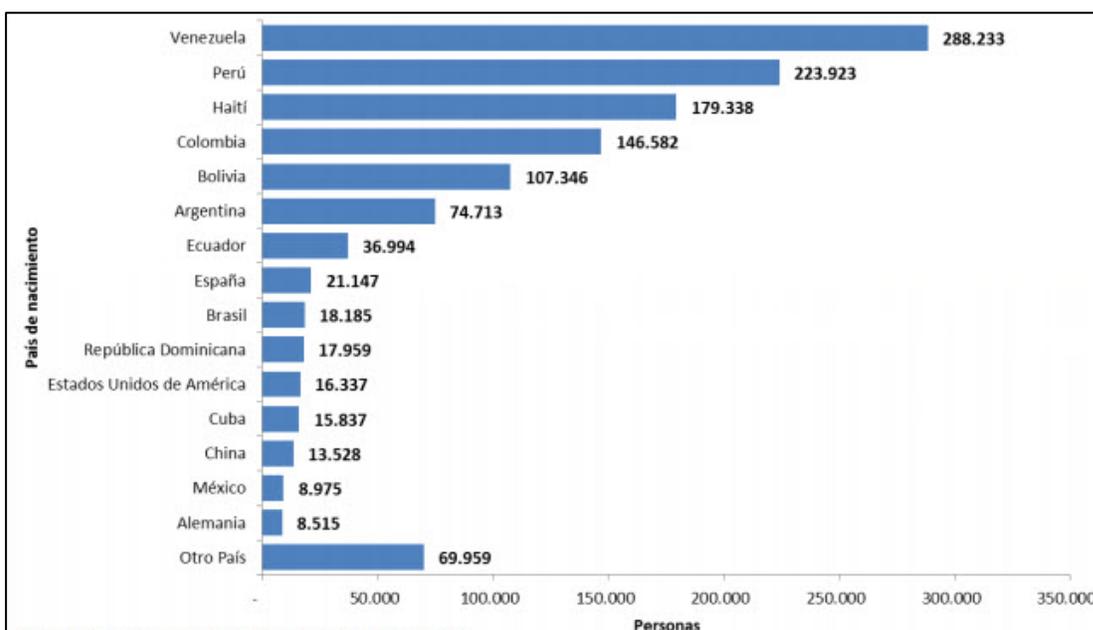
El Objetivo General del estudio es explorar las creencias, significados y experiencias respecto a la salud materno infantil, percibidas por las mujeres migrantes internacionales pertenecientes al Programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra, Pudahuel año 2019. La Metodología utilizada fue la Cualitativa con enfoque fenomenológico y estudio de tipo exploratorio.

Dentro de los hallazgos más relevantes arrojados, se puede mencionar que uno de los principales motivos para migrar fue la búsqueda de una mayor estabilidad socioeconómica, por otro lado, estas mujeres, perciben discriminación en espacios públicos, privados, y dentro del sistema de salud. Por otra parte, resalta como la adquisición de los nuevos saberes de salud materno infantil, se han ido arraigando en sus creencias, y finalmente que existe falta de información en general del funcionamiento del sistema de salud en los distintos niveles, de los modelos de atención en salud y de sus derechos en salud, lo que puede conllevar en algunos casos a la vulneración de estos, y en otros, a una aplicación hegemónica del modelo de atención de salud chileno, por sobre los de origen.

I. INTRODUCCIÓN

Según los resultados del CENSO 2017 la población migrante internacional en Chile, alcanzaba a un 4,35 % de la población total, con una distribución por sexo de 49,6% hombres y 50,4% mujeres (1). Sin embargo según estimación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en conjunto con el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) en diciembre del 2018, esta cifra habría aumentado a un 6,6% con una leve masculinización de la migración (48,4% mujeres versus 51,6% hombres), un incremento de la comunidad de Venezuela pasando al primer lugar con un 23% desplazando a Perú al segundo lugar con 17,9 % y en tercer lugar estaría el colectivo de Haití con un 14,3%, además describe que un 60% de la población migrante estaría entre los 20-39 años (2).

Figura 1. Número de personas estimadas según País de nacimiento 31 de diciembre 2018.



Fuente: Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile 31 de diciembre 2018, Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración (2).

En el caso del Servicio de Salud Occidente de la Región Metropolitana, durante el año 2014 se registraron 4.894 personas migrantes en la red de atención primaria, de las cuales 3.087 fueron mujeres, en el año 2015 esta cifra aumentó a 6.457 personas inscritas siendo 4.000 mujeres, mientras que en el año 2016 fueron 6.519 con 5.664 mujeres (datos Sistema RAYEN).

En cuanto a la comuna de Pudahuel, según datos del Sistema de Información RAYEN, a octubre del 2017 la población de migrantes internacionales inscrita validada era de 2,1%, de la población inscrita, siendo un 2,4 % para el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra Sandoval, el mayor dentro de la comuna. Además según la base de datos del Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, en relación a las permanencias definitivas otorgadas entre los años 2005 y 2016, en la comuna de Pudahuel, un 41,1% correspondía a mujeres en edad fértil (15-49 años) (3).

Con esto se puede observar la tendencia a la feminización de la población migrante inscrita en este Servicio de Salud, además es una población económica y reproductivamente activa, lo cual, sin duda, impacta en la atención de salud, donde adquiere relevancia la interculturalidad en salud:

“El enfoque de competencia cultural en salud propone que son los trabajadores de salud quienes deben adaptarse en cada momento a las creencias, experiencias y necesidades específicas de cada persona humana, de tal forma de alcanzar interacciones exitosas que logren incrementar el bienestar, la satisfacción y la adherencia a estrategias de prevención y tratamiento de salud.” (4).

Esto implica, que el equipo de salud debe iniciar un proceso de cambio de paradigma en la atención de salud, en el que se debe dejar de lado el modelo biomédico y la asimetría hegemónica de la práctica médica, considerando al otro como un ser cultural y sujeto de derecho (5). Esto conlleva, además resolver correctamente la cuestión de las diferencias de saberes, cosmovisión y prácticas de salud, que cada cultura ha acuñado y validado a través de su historia, mediante la creación de condiciones de confianza, dialogo, respeto mutuo e intercambio y enriquecimiento de saberes (6).

Por otro lado es importante mencionar que existen barreras a las que la población migrante internacional se debe enfrentar al ingresar al sistema de salud del país de acogida, según la evidencia internacional las principales problemáticas relacionadas al uso de servicios sanitarios, por parte de esta población son : el acceso difícil y el desconocimiento del nuevo sistema de atención de salud, las barreras del idioma, las diferencias en expectativas y necesidades percibidas por parte de este grupo, la divergencia en la capacidad de pago de los costos de atención de salud, y las

diferencias culturales en las definiciones de enfermedad y los tratamientos esperados (4). En el caso de los niños migrantes influyen principalmente las barreras idiomáticas y las expectativas de los padres respecto al sistema de salud (7) (8).

Además de lo mencionado anteriormente, las diferencias en los factores de riesgo y estado de salud, puede hacer que difiera el uso de los servicios de salud entre la población local y las familias migrantes, como se ha documentado en el caso de las gestantes migrantes quienes hacen un menor uso de los servicios de salud prenatal (9).

Al migrar de un lugar a otro, las personas viajan con sus creencias, sus valores y perspectivas, en el caso de la salud de las mujeres migrantes, se hace necesario conocer la perspectiva y cosmovisión de cada grupo migrante, ya que es fundamental para lograr un acercamiento adecuado y mayor efectividad en las intervenciones de salud, y esta ha sido una de las preocupaciones centrales de los y las profesionales de salud dentro del Programa Chile Crece Contigo, en su motivación constante por comprender el fenómeno de salud en madres, gestantes y niños.

Frente a este nuevo desafío en Salud Pública, se hace necesario saber si el Sistema de Salud Chileno está preparado y se ha adaptado a estos cambios de la población, a través de sus programas de Atención Primaria de salud (APS); en este caso en el marco del Chile Crece Contigo, ya que sus prestaciones, se encuentran garantizadas de manera universal por el Estado Chileno, independiente de la situación migratoria, y por ser unos de los programas que realiza mayor seguimiento a su población dentro de la APS. Finalmente, el Centro de salud fue escogido, por presentar el mayor número de población migrante inscrita en la comuna de Pudahuel según datos RAYEN, 2017, y por la mayor factibilidad del acceso a la muestra.

La pregunta que se desea responder ante esta problemática es ¿Cuáles son las creencias, significados y experiencias, respecto a la salud materno infantil, percibidas por las mujeres migrantes internacionales, perteneciente al Programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra de Pudahuel el año 2019?

Este proyecto se encuentra organizado en 9 apartados, incluida esta Introducción, donde se presenta una breve revisión de los antecedentes y datos estadísticos de la migración internacional en Chile, con el objeto de contextualizar la magnitud y relevancia del problema de investigación, además de enfatizar en la importancia de la competencia cultural en salud y mencionar algunas de las barreras a las que se ve expuesta esta población a la hora de acceder a las prestaciones de salud. La segunda sección presenta el Marco Teórico de este estudio, que recoge los principales conceptos que sustentan el estudio. El siguiente ítem presenta los Objetivos de la investigación, para continuar en la cuarta sección con el Diseño Metodológico, en quinto lugar se muestran los Resultados, le sigue la Discusión, luego las Conclusiones y recomendaciones, luego la exposición de las Referencias bibliográficas utilizadas y finalmente los Anexos.

II. MARCO TEORICO

A continuación se describen los principales ejes temáticos que componen este apartado, partiendo por los cambios demográficos y migratorios en último tiempo, continuando con la caracterización del Sistema de Salud y APS en Chile, luego se hace referencia a la trayectoria y avance de la salud materno infantil dentro del país, para luego detenerse en el Chile Crece Contigo y sus prestaciones universales que incluyen a la población migrante, la cual es examinada con un enfoque de determinantes sociales, describiendo el estado y acceso de salud de esta población. Finalmente se da paso a puntualizar como la cultura influye en las creencias y cuidados de salud reproductiva y se mencionan algunas experiencias y percepciones de esta población respecto a la atención de salud nacional e internacional.

1. Demografía en Chile e inmigración

En Chile, así como en el mundo, el perfil demográfico ha ido cambiando, encontrándonos con un escenario donde el porcentaje de adultos mayores es cada vez mayor; debido a la tendencia general del descenso de la tasa de crecimiento de la población, como resultado de los cambios observados en la mortalidad y fundamentalmente en la fecundidad desde mediados de la década de 1960. Según resultados preliminares del último CENSO en Chile del año 2017, la relación de mayores 65 años y menores de 15 años, se triplica entre 1992 y 2017, reafirmando el aumento del envejecimiento de nuestra población (10).

En paralelo a los cambios demográficos y de la mano del fenómeno de la globalización, se ha visto un importante crecimiento de la migración internacional, definida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), como el movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo (11). Las Naciones Unidas define migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año (12).

Los movimientos migratorios son tan antiguos como el hombre, este se movilizaba de un territorio a otro buscando mejores lugares de caza, refugio y seguridad para

el sustento de su manada y de esta manera asegurar la supervivencia de su especie (13).

Hoy en día, en un mundo cada vez más globalizado, la migración está intrínsecamente relacionada con la geopolítica, el comercio y los intercambios culturales. Asimismo los movimientos migratorios, están influidos por factores económicos, laborales, búsqueda de bienestar social, de mejores condiciones de educación y salud, y mejores perspectivas de desarrollo profesional, siendo esto facilitado por el acceso a información, el avance en las comunicaciones y el menor tiempo y costo de los traslados; llegar de un lugar a otro resulta hoy en día más rápido y menos costoso que en el pasado (14).

Sin embargo, no todos los movimientos migratorios se producen en circunstancias favorables, en los últimos años, se aprecia un aumento de las migraciones provocadas por conflictos, persecuciones, situaciones de degradación y cambio ambiental, y una acusada falta de oportunidades y seguridad humana (15).

En el caso de América Latina y el Caribe, las persistentes crisis políticas y económicas asociadas a posiciones de dependencia comercial, la debilidad institucional, los conflictos armados y las catástrofes ambientales-naturales, se describen como las causas más explícitas para los flujos migratorios (16).

Según el informe de la asamblea general de las Naciones Unidas (ONU) del año 2013, se estimaba que habían unos 232 millones de migrantes internacionales en el mundo, cifra que en el año 2017 aumentó a 258 millones, con un total de 10 millones viviendo en la región de América Latina y el Caribe (17). En este contexto, se sigue enfatizando en la importancia de contar con un buen registro de la cantidad de migrantes que existen en cada país, para lograr así crear políticas de migrantes y profundizar el conocimiento con respecto a cuáles son sus características, contribuciones y evolución en el tiempo, para poder planificar la migración en el futuro, aprovechando sus oportunidades y abordando sus retos(18)(19).

Cabe destacar, que dentro del asentamiento más reciente de migrantes en nuestro país, la población haitiana, ha ido en un claro crecimiento, especialmente a partir del año 2009, en el año 2014 el Departamento de Inmigración en Chile (DEM)

realizó una estimación de 410.988 migrantes y de ellos 1.694 serían de origen haitiano, un 0,4% del total de extranjeros (20).

Esta información es obtenida por el Departamento de Extranjería y Migración a partir del otorgamiento de permisos de permanencia definitiva y de los permisos o visas temporales, en base a permisos otorgados y no a la cantidad de personas que recibieron dichos permisos, por ende, estas cifras estiman tendencias y no cantidad de residentes.

2. Sistema de salud y atención primaria de salud en Chile

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados, lo que se define como un sistema de aseguramiento mixto regulado. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud: el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud. Los servicios de salud corresponden a una red de hospitales y centros de nivel primario, ubicados en una determinada zona geográfica.

El sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales. Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario tanto para ISAPRE como para FONASA) y el gasto de bolsillo (21).

La atención primaria de nuestro país, se enmarca en el nuevo modelo de Atención Integral de Salud, el cual se traduce esencialmente en las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad); ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones. Este además propone orientaciones para incorporar la interculturalidad en salud, definida según Ibacache como *“la capacidad de actuar en equilibrio entre el conocimiento, las creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad. La enfermedad*

es una experiencia particular de cada cultura. Por tanto, lo que se percibe como salud enfermedad está determinado por cada cultura específica”(22).

Junto a esto, el modelo indica realizar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios, y de la población extranjera que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente (23).

3. Salud materno infantil en Chile y programa Chile crece contigo

La salud materna comprende todos los aspectos de salud de la mujer desde el embarazo, parto hasta el post parto (24), en el caso de la salud infantil en Chile se considera todos los cuidados de salud, con propósito de un desarrollo integral de los niños/as hasta los 10 años (25). En este sentido, se menciona que la magnitud de los indicadores de salud materna e infantil, especialmente los de morbilidad y mortalidad, como un reflejo del desarrollo sanitario, educacional, social y económico de un país. En el caso de Chile, en la actualidad tiene una de las más bajas tasas de mortalidad materno-infantil en la Región (26).

En Chile la tasa de mortalidad materna transitó desde 293,7 por 100.000 nacidos vivos en 1957, a 18,5 por 100.000 nacidos vivos en 2011, lo que se explica principalmente por el aumento del nivel educacional de las mujeres y mejora del sistema sanitario. En el 2008 Chile era uno de los países en el continente americano con la tasa más baja de mortalidad materna, aunque desde el año 2000 la tasa de mortalidad materna no ha disminuido y se ha mantenido constante, lo que ha sido denominado como mortalidad materna residual (27)(28).

Por otra parte la mortalidad infantil, es decir el número de defunciones de menores de un año, disminuyó de manera drástica de 342 a 7,8 por 1000 nacidos vivos entre 1900 al 2003, relacionado en una primera instancia a la incorporación de antibióticos entre 1940-1950; y posteriormente a un incremento la escolaridad materna, mejora de las condiciones de vivienda respecto a servicios de agua y eliminación, aumento de la atención profesional del parto (99%) y los controles de salud del niño sano, que cuentan con una amplia cobertura en vacunación y alimentación complementaria (29). Llegando al año 2016 a una tasa de mortalidad infantil de 7

por mil nacidos vivos (30).

En el año 1990, el Estado chileno ratificó los principios descritos en la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se estipula que éstos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción e independientemente de cualquier característica personal o de su familia. Actualmente las políticas de atención de salud del niño/niña, se llevan a cabo dentro del Programa Nacional de la Infancia, dirigido a niños de 0 a 9 años, que tiene por propósito “contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida” (25).

Las prestaciones incluidas en la atención de los niños y niñas se enmarcan dentro del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario, Gestión Hospitalaria y Protección a la Primera Infancia (Chile Crece Contigo). En el caso de Chile Crece Contigo, se encuentra en el marco de la ley 20.379 como una política pública estable, con garantías explícitas de acceso, donde todos los niños y niñas que se atienden en sistema público se integran al programa desde el periodo de gestación hasta que ingresan al sistema escolar, y desde el año 2016 se comienza a extender hasta los 8 o 9 años de edad, equivalente al término del primer ciclo básico (31).

Las acciones que se realizan en este programa se orientan principalmente a cinco ámbitos:

- Fortalecimiento de la atención prenatal
- Atención personalizada en el nacimiento
- Atención integral al niño/a hospitalizado
- Fortalecimiento del control de salud del niño/a
- Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad.

En cuanto a las prestaciones incluidas en Chile Crece Contigo, cabe destacar las que se realizan a nivel primario de salud, desde el ingreso de las madres a los controles prenatales; con la entrega de material educativo, los talleres de preparación para el parto, visitas domiciliarias integrales en los casos de detección de riesgo psicosocial durante los controles de gestantes o niños/as y la realización

de taller “Nadie es perfecto”, para madres, padres y cuidadores. A nivel terciario hospitalario, existe la atención personalizada del parto, el acompañamiento por el padre o una persona significativa y la entrega de ajuar con materiales para el bienestar, apego y estimulación de los niños/as (30).

En relación a la atención de salud de niños/as migrantes internacionales, la normativa Chilena garantiza su acceso a través de la circular A 15/06 del 09 de junio del 2015, en la que el Ministerio de Salud desvincula la atención de salud de la situación migratoria, y establece que se facilitaran todas las prestaciones de salud pública a embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños/as y adolescentes hasta los 18 años; y casos de urgencia, a los cuales sólo se les cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas (32).

Por tanto para todas las gestantes migrantes internacionales se garantiza el acceso a la totalidad de las prestaciones que ofrece Chile Crece Contigo, al igual que la población general, una vez que inician sus controles de salud en la atención primaria de la red pública de salud, independiente de su situación migratoria, los hospitales públicos y centros de salud no pueden negar la atención en todos los casos que hace mención la circular A15/06 (33).

Estos esfuerzos en materia de salud pública y protección social han dado importantes frutos en salud. Sin embargo, no todos los grupos sociales se han beneficiado de estos avances en la misma medida. Existen profundas diferencias en el estado de salud de la población chilena al comparar por ejemplo; según nivel socioeconómico, previsión, región, sexo, edad, etnia entre otros factores (34).

4. La migración como determinante de salud

Los determinantes sociales de la salud son definidas como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyen el sistema de salud” (35). Estos factores son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende de las políticas adoptadas y explican la mayor parte de las inequidades en salud, es decir, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (35).

Es importante destacar que la migración en sí misma no es un riesgo para la salud, son las condiciones adversas a las que se ven enfrentados al migrar, aumentando su riesgo y vulnerabilidad, ya que según el perfil del migrante de la región, se registra que en su mayoría, quienes migran son personas jóvenes y saludables (36).

La condición migratoria es un reconocido determinante social de la salud en el mundo y en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja desde hace mucho tiempo en los lineamientos de salud con enfoque de derechos humanos de los migrantes internacionales; y entre sus recomendaciones hace mención a ofrecer y efectuar controles de salud para velar por la protección sanitaria, tanto en enfermedades transmisibles como no transmisibles, siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes (19) (37).

Chile ha ratificado la declaración de Adelaida del 2010 y apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial. Esto promueve que el Ministerio de Salud, alineado con los Objetivos de la Década 2011-2020, colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante (38).

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de las orientaciones de planificación y programación en red 2018, realiza recomendaciones e insiste en la importancia de generar registros locales respecto a la condición migratoria, para identificar vulnerabilidades específicas de la población migrante. Además, destaca la necesidad de realización de diagnósticos locales de población migrante, que debe incorporar la participación y percepción de las organizaciones comunitarias migrantes y de población general; respecto a identificar las barreras de acceso a la atención, así como otras necesidades que emanan de la condición migratoria (39).

En esta misma línea, y de acuerdo a las recomendaciones desde el MINSAL, se vuelve relevante el estudio de las percepciones en salud, en este caso, en relación a la salud materno infantil, ya que se toma como base a la población migrante internacional del Chile Crece Contigo, debido a que su atención está garantizada por el Estado, independiente de su condición migratoria, y además por ser más factible de estudiar, por su mayor seguimiento y controles, en los centros de atención primaria de salud.

5. Estado y acceso de salud de migrantes

Los migrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena, pero destaca la existencia de subgrupos de migrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica, quienes reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, a pesar de ser en promedio, más jóvenes que los chilenos (40).

La información sobre la salud de los migrantes internacionales en Chile y Latinoamérica es escasa, especialmente en aquellos en situación irregular (40). Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, nivel socioeconómico y de salud antes de migrar; impactos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo (41).

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los migrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular (42). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2015 alrededor del 15,7% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud (43).

Si bien existe evidencia de acceso a cuidado prenatal y de infancia y hasta los 18 años por parte de algunos migrantes en situación irregular, se han reportado diferencias en acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren de un abordaje más integral y sostenido. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, esto es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular (44). Aspectos relacionados con el trato y sentirse discriminadas desde el personal de

salud ha sido reportado por mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país (45).

6. Creencias y significados en salud reproductiva

La experiencia de la salud y enfermedad son fenómenos que, si bien han existido siempre como tales, cobran distintas características según el contexto socio histórico que se esté observando, las creencias y prácticas de salud variarán según las etapas de la historia, las culturas y sociedades, grupos, etc.(46). Asimismo, por sistema de "creencias" en salud, se entiende el conjunto más o menos relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos (47).

Cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada, lo cual aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos (47).

Los procesos reproductivos han sido un tema central de las configuraciones culturales de las sociedades a lo largo de la humanidad, debido a que de ellos depende la supervivencia y perpetuación de la especie, las definiciones, creencias y prácticas que se articulan en torno a ellos, se vinculan estrechamente con los sistemas médicos presentes en cada sociedad. Cada cultura genera definiciones culturales de los procesos reproductivos, informando a sus miembros y así generan que estas, se transformen en prácticas sistemáticas, compartiendo visiones locales, que sirven como guía y aseguran ideas similares acerca del modo de enfrentarlos y tratarlos (48).

Diversos estudios relacionados con la gestación, el parto y post parto muestra como los mismos procesos se vivencian de acuerdo a la cultura y sistema de salud en el cual están insertos. Es así como en un sistema más tradicional, el parto se asocia con una mayor participación de la mujer, familia y comunidad, centrado en el apoyo emocional que se le brinda a la parturienta por parte de la familia y partera, el nacimiento pasa a ser un evento emocional, social y espiritual. Por otro lado, en sociedades occidentales, regidas por un modelo biomédico, el nacimiento es

concebido como proceso clínico, patológico, y no afectado por procesos sociales (46).

Mediante el estudio *Birth by design* (49), queda de manifiesto la importancia del contexto en que se desarrolla un determinado sistema de salud, en este caso el modelo biomédico; en 9 países donde este era su modelo oficial (Finlandia, Noruega, Suecia, Alemania, Holanda, Francia, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá) mostraron gran heterogeneidad en la atención del parto, evidenciando, que en la obstetricia, se encuentran extremas variaciones en el tratamiento cultural del parto, a diferencia de lo que ocurre con otras especialidades médicas y resaltando la importancia del rol de la cultura, en la organización del cuidado.

Otro ejemplo de cómo una cultura influye en las creencias y saberes de sus miembros, se demuestra en el caso del nacimiento hospitalario en Estados Unidos, donde sus prácticas obstétricas se pueden entender como rituales que facilitan la internalización de valores culturales profundamente simbólicos, comunicando mensajes que afectan a las creencias más internas de la cultura. Estas madres creen en la ciencia, confían en la tecnología, además tienden a cumplir con los dictados de la sociedad, satisfaciendo las demandas de sus instituciones y traspasando estos a sus hijos/as (50).

Por contraparte, la visión holística de las poblaciones andino-amazónicas en Perú, recrean una exaltación a la vida, donde el mundo se está generando y regenerando permanentemente, por ende el embarazo, parto y puerperio son vistos con un profundo respeto y como un evento muy significativo, que posee un orden normativo con reglas y rituales, optando muchas mujeres por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento. De esta manera, cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea (51).

En esta misma línea, existen estudios que abordan la importancia que adquiere la consideración de prácticas populares arraigadas en países como México, donde aún existe una alta mortalidad infantil, y una alta tasa de muertes maternas, ya que estas prácticas populares ayudan a la mujer y su familia a enfrentar los diversos riesgos del período perinatal, marcando la importancia de instrumentar estrategias

de diagnóstico e intervención sensibles a la cultura, asimismo, se puede apreciar que en regiones de México donde los saberes indígenas constituyen el marco de referencia para la solución de problemas de salud, estas prácticas se mostraron útiles y benéficas para los cuidados perinatales, teniendo en cuenta que son lugares sin servicios de salud (47).

7. Percepciones y experiencias de salud en población migrante

En relación a las percepciones de la población migrante respecto al acceso a la atención de salud, en un estudio en España, describieron como facilitadores, el tener la situación migratoria regularizada, el manejo del idioma del país receptor, las redes sociales y el manejo de información; por contra parte, en cuanto a los obstaculizadores mencionaron la implantación de políticas de austeridad en el año 2012, con repercusión en el aumento de las barreras de acceso, extendiendo los tiempos de espera de la atención y la incompatibilidad de los horarios, empeorando además la situación socioeconómica de migrantes y población general (52).

Otros estudios de percepciones de la población migrante asociadas al acceso y uso de los servicios de salud, evidencian como influye la cultura/nacionalidad respecto al uso, y que en general utilizan los servicios sanitarios ante un problema de salud, relegando su uso en prevención (53). Asimismo aparece la necesidad de alfabetización en salud principalmente en el dominio del idioma y el funcionamiento del sistema de salud (53). Respecto a la satisfacción un 89% dice sentirse tratados con respeto, sin embargo 59,4% han percibido algún tipo de discriminación por ser migrantes, y un 68% manifestó que las diferencias culturales afectan la calidad de atención recibida (54).

Con respecto a la experiencia y percepción de los cuidados de salud en mujeres migrantes, un estudio realizado en el norte de Portugal relacionado al uso, acceso y percepción de la calidad de la atención recibida durante el embarazo y maternidad temprana, revelo que la información errónea sobre los derechos legales y la falta de información adecuada durante las citas médicas, interactúan con determinantes sociales, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y las malas condiciones

de vida, para dar como resultado una menor calidad de la atención médica, evidenciando que no solo es necesario garantizar el acceso a la salud sino también garantizar a la equidad en la calidad de la atención (55).

En Chile, existe poca evidencia en relación a las percepciones y experiencias en la atención de salud general de la población migrante, en este sentido, solo podemos mencionar la evaluación del proyecto piloto de salud migrantes, realizado el año 2016 en el nivel primario de atención, en 5 comunas con mayor número de migrantes a nivel país, entre las cuales estuvo la comuna de Santiago de la Región Metropolitana, donde luego de su implementación, se obtuvo que los principales motivos de consulta fueron controles preventivos de salud 52 % y control de embarazo 32%, y que en general presentaron un alto nivel de satisfacción en la entrega de los servicios (56).

Se considera que no es posible construir modelos de salud integrales, capaces de responder a las necesidades reales de la población, que generen resultados positivos para el conjunto del colectivo social, si no se tienen en cuenta las bases culturales y el modo de vida de quienes hacen usufructo de los servicios. Si no se establece, en definitiva, un verdadero vínculo entre saber popular y saber profesional (46),

En este sentido, en cuanto a la experiencia como matrona que atiende a la población migrante internacional dentro del CESFAM Violeta Parra, se puede decir que no existe hasta el momento una forma de conocer las experiencias, creencias y significados, que le otorga esta población a la salud materno infantil, ni las percepciones respecto a las prestaciones de salud recibidas en este centro de atención primaria, en general, y mucho menos, en relación a las atenciones de salud materno infantil, dispuestas en el marco del Chile Crece Contigo. Otro hecho fundamental, del cual poco se sabe, es respecto al nacimiento, a la experiencia de tener un hijo/a en otro país, un evento lleno de significados y marcado por las diferencias culturales.

Por lo tanto es crucial, para este estudio el recoger los significados, creencias y experiencias percibidas por esta población, en relación a la salud materno infantil, para generar un espacio de encuentro, que valide las distintas visiones y

significados que le atribuyen al cuidado del embarazo, parto y post parto, con el fin de que este programa de atención a la salud refleje también la perspectiva cultural de la población beneficiaria, complementando la perspectiva del saber médico científico, para así mejorar la calidad y pertinencia de la atención de salud, esperando consecuentemente, incrementos en los resultados en salud en esta población, la cual sigue creciendo a nivel país y local día a día.

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las creencias, significados y experiencias, respecto a la salud materno infantil, percibidas por las mujeres migrantes internacionales, perteneciente al Programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra de Pudahuel el año 2019?

2. Objetivo General:

Explorar las creencias, significados y experiencias respecto a la salud materno infantil, percibidas por las mujeres migrantes internacionales pertenecientes al Programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra de Pudahuel año 2019

3. Objetivos específicos:

- Conocer las creencias y significados que las mujeres inmigrantes, le atribuyen a la salud materno infantil.
- Describir las experiencias en relación a la atención materno infantil, percibidas por las mujeres migrantes internacionales dentro del Programa Chile Crece Contigo.
- Formular recomendaciones para el fortalecimiento de las atenciones de salud materno infantil, con pertinencia cultural, dentro del programa Chile Crece Contigo en esta población.

IV. METODOLOGÍA

1. Fundamentos del enfoque cualitativo

Para responder la pregunta planteada y a los objetivos de la investigación, se utilizó la metodología cualitativa, ya que a través de esta, el investigador está inmerso en el contexto, lo cual permite recoger y analizar las opiniones, discursos, acciones y representaciones personales, de esta población, respecto a su salud. Para comprenderlos en profundidad, con un enfoque fenomenológico, ya que el interés está puesto en comprender el significado de sus experiencias de vida, a través de la interpretación de las percepciones, que tiene la población migrante internacional, para lo cual se debe escuchar los discursos profundos de las personas llegando a los significados en ellos contenidos (57).

2. Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio, que pretende conocer un tema relativamente nuevo, como fue el indagar en las dimensiones relacionadas a las creencias, significados y experiencias de la salud materna infantil, de las mujeres migrantes internacionales. El propósito del estudio exploratorio es examinar un tema o problema poco estudiado, cuando se tienen dudas o se deseaba estudiar desde una nueva perspectiva, y de esta forma, se identifican las dimensiones más relevantes, obteniendo información de manera más completa sobre un contexto particular, sugerir afirmaciones, para luego plantear estudios de profundización y estrategias concretas de intervención (58).

3. Universo y muestra

La muestra es de tipo teórica, es decir, cuando las unidades a incorporar se eligen a partir del conocimiento teórico que se va construyendo sobre la marcha, con la información que va emergiendo a lo largo del estudio, pero a partir de un perfil previamente establecido que busca representar a las madres y gestantes inmigrantes que acuden al centro de salud. Por su parte, el muestreo es por criterio, es decir, las unidades de análisis son escogidas bajo criterios de representatividad teórica, donde todas las participantes del estudio cumplen con el perfil definido, el cual se detalla en apartado siguiente.

La población incluida en el estudio se conformó por mujeres migrantes internacionales embarazadas y mujeres migrantes madres con hijo/a menor de un año, todas las cuales debían estar inscritas en el CESFAM Violeta Parra, ya que es la puerta de entrada para pertenecer al programa Chile Crece Contigo, tomando como base este programa, ya que el Estado garantiza sus prestaciones de manera universal, independiente la situación migratoria de migrantes, y de este CESFAM en particular por presentar el mayor número de población migrante dentro de la comuna en la que se encuentra inserto y por la mayor factibilidad de acceso a la muestra.

Los criterios de conformación de la muestra estarán divididos en dos grupos:

1. Embarazadas migrantes internacionales, que pertenezcan al programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra.
2. Madres migrantes internacionales, con hijo/a menor de un año, que pertenezcan al programa Chile Crece Contigo en el CESFAM Violeta Parra.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Embarazadas y madres migrantes internacionales, que sean menores de edad, debido a que en estos casos no es seguro que exista un tutor responsable que autorice la participación en la investigación.
2. Embarazadas y madres migrantes internacionales, que hayan sido atendidas de manera directa por la investigadora/matrona en el Centro de salud.

El perfil de la muestra fue definido de la siguiente forma:

1. Embarazadas migrantes internacionales, que pertenezcan al programa Chile Crece Contigo en CESFAM Violeta Parra, que sea su primer embarazo (Primigestas) o que tenga más embarazos previos (Multigestas).
2. Madres migrantes internacionales con hijo/a menor de un año, que pertenezcan al programa Chile Crece Contigo en CESFAM Violeta Parra, que sea su primer hijo/a (Primíparas) o que tenga más hijos/as (Multíparas).

Es importante mencionar que, en el caso de las mujeres inmigrantes de nacionalidad haitianas con bajo manejo de idioma español, fueron incluidas igualmente, para lo cual siempre se contó con una persona, en general un familiar, que ayudó a realizar la traducción de las preguntas, respuestas y las dudas que puedan surgir en el transcurso de la entrevista.

El perfil de la muestra fue obtenido a partir de planilla de ingresos de embarazos y recién nacidos, del periodo de enero a junio del año 2019, ingresados programa Chile Crece Contigo, donde aparecen datos como la nacionalidad de la madre, gestaciones e hijos/as previos, otorgando relevancia a estos datos, por la experiencia que esto pueda aportar a las vivencias actuales dentro de las atenciones de salud materno-infantil recibidas en el programa Chile Crece Contigo.

El tamaño de la muestra fue definido de acuerdo al criterio de saturación de información, considerando en ello la cantidad y calidad de contenido que ofrecieron los participantes, de este modo el número de participantes se fijó, de acuerdo a la información obtenida, es decir, cuando ésta perdía su novedad y no se profundizaba más en el fenómeno de estudio, se realizaron 8 entrevistas en las gestantes y 12 en madres con un total de 20.

En relación a las nacionalidades de las participantes, se consideró las tres nacionalidades con mayor prevalencia dentro del Programa Chile Crece Contigo, que en orden fueron: Haitianas, Venezolanas y Colombianas, habiendo solo una nacionalidad que no estaba dentro de esta mayoría, que fue una madre Iraní, la cual fue igualmente considerada, dada su particularidad, además de llevar 9 años viviendo en Chile con 3 partos en este país, por lo que se consideró su experiencia, como un gran aporte al estudio.

Tabla N°1: Perfiles de la muestra y número de entrevistas

Grupo de estudio	Criterio de conformación de la muestra	Criterio de Variabilidad de la Muestra				
		Nacionalidad	Haitiana	Venezolana	Colombiana	Iraní
Embarazadas migrantes internacionales	Con o sin embarazos previos	3	4	1	0	8
Madres Migrantes Internacionales con hijo menor de un año	Con o sin embarazos previos	6	3	2	1	12
Total		9	7	3	1	20

4. Selección de participantes

Las participantes fueron escogidas de acuerdo a los criterios de inclusión ya mencionado anteriormente, los que se extrajeron de los listados de embarazadas y púerperas del programa Chile Crece Contigo, del periodo de enero a junio del 2019, se realizó invitación telefónica y/o durante los controles de salud.

5. Técnica de recogida y producción de datos

Los datos fueron obtenidos de las usuarias que asistieron a sus controles prenatales y de niño sano hasta el año y que fueron seleccionadas previamente desde la base de datos de ingresos prenatales y de ingresos de recién nacidos de acuerdo a los criterios de inclusión antes mencionados, quienes aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado (Anexo n° 3), que aseguró su participación voluntaria e informada.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas ya que, estas cumplían de mejor manera con el objetivo de la investigación, las que se caracterizan por generar un encuentro entre el investigador y el participante, que perfila una conversación abierta y distendida, donde el participante puede elaborar un relato de su experiencia y percepción, estando circunscrito a áreas temáticas específicas establecidas en el guion.

Las usuarias fueron entrevistadas únicamente por la investigadora y de acuerdo a su preferencia, que fue principalmente en su domicilio, las entrevistas fueron confidenciales y privadas, se utilizó una pauta de preguntas para guiar la conversación (Anexo 1) las cuales fueron grabadas con audio.

6. Procesamiento de la información y análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de las participantes, y luego transcritas textualmente, se confeccionó una planilla Excel para el ordenamiento de las entrevistas realizadas, donde a cada entrevistada se le asignó un código, el cual estaba conformado por el orden de la entrevista, Gestación y/o Paridad y el tiempo viviendo en Chile.

El tipo de análisis de los datos fue de **contenido narrativo**, el cual se caracteriza por ser un *“método de análisis cualitativo que se focaliza en los contenidos expresados de forma manifiesta y directa en un texto obtenido a través de entrevistas, observación, documentos, etc., para la interpretación de sus significados. Se trata de un primer nivel de análisis de un texto, el de lo más manifiesto”* (59).

El análisis de los datos fue un proceso continuo, de ir y venir, caracterizado por una reflexión constante, en el cual, se relevaron, las categorías preliminares relacionadas tanto al objetivo del estudio, y las que emergieron de las entrevistas, donde surgieron las sub dimensiones de las categorías preliminares y toda una nueva dimensión como fue la “Experiencia de migrar a Chile”, con sus consecuentes sub dimensiones, las cuales necesariamente debieron ser incorporadas al momento del análisis, debido al peso tanto en significado como en cantidad de citas, que tuvieron dentro de los discursos de las entrevistadas.

Se consideraron algunas definiciones para aclarar y delimitar las categorías del análisis de esta investigación, para lo cual se utilizó, el diccionario de la Real Academia Española de la lengua, donde se define, que una Creencia puede significar “Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos”; un Significado puede ser un “Concepto (representación mental)”; y la palabra Experiencia una de sus definiciones, se menciona como una

“Circunstancias o acontecimientos vividos por una persona”, estas acepciones fueron las utilizadas para generar las categorías de análisis para este estudio.

Tabla N°2: Dimensiones y Sub dimensiones de las categorías de análisis

Dimensiones	Subdimensiones	Total de citas
Experiencia de migrar	• Motivaciones para migrar a Chile	19
	• Buena experiencia al migrar a Chile	16
	• Racismo, discriminación y malos tratos en Chile	8
Total Dimensión		43
Creencias y significados de la Salud materno infantil	• Creencias y significado respecto a la Salud materno infantil	25
	• Significado de estar embarazada o tener un parto en Chile	14
Total Dimensión		39
Experiencias y Percepción en Salud materna infantil	• Experiencia en la atención del parto	10
	• Experiencia en los controles de embarazo	16
	• Dificultades para acceder a la atención Salud materno infantil	9
Total Dimensión		35
Suma Total Dimensiones		117

7. Medidas para garantizar rigor y calidad del estudio

Los criterios utilizados para garantizar el rigor y calidad del estudio de esta presentación, serán la credibilidad, transferibilidad, dependencia/ consistencia y confirmabilidad.

La credibilidad será resguardada mediante la grabación de las entrevistas y la transcripción fidedigna de estas, todas las entrevistas serán realizadas por la investigadora y de no ser así, serán escuchadas y leídas en correspondencia, para ratificar su veracidad.

La transferibilidad se vincula a características demográficas específicas del CESFAM que pueden encontrarse también en otras instituciones de salud que atiende a población migrante internacional.

La dependencia/consistencia será resguardada mediante el cuidado del contexto en que se realicen las entrevistas, que se mantendrá de manera uniforme, delimitando el contexto físico, social e interpersonal.

La confirmabilidad se tratará mediante el registro sistemático por medio de grabación de audio, notas de campo y transcripciones textuales.

Además de los criterios descritos para garantizar el rigor de la calidad del estudio, se trianguló el análisis de los resultados con una segunda investigadora relacionada al área de las ciencias sociales (Socióloga).

8. Limitaciones

Dentro de las limitaciones que tuvo este estudio fue la barrera idiomática, específicamente en el caso de las mujeres haitianas. Con este grupo se trabajó con el apoyo de un familiar o amigo/a que realizó la labor de traductor/a, al momento de realizar la entrevista, en aquellos casos que se consideró un bajo manejo del idioma español, ya que la experiencia de estas mujeres resultó altamente significativa, pues el idioma se constituye como un obstaculizador de la experiencia. Sin embargo, sus discursos en general fueron en algunos casos, mas acotados que el resto de las entrevistadas, pudiendo ser por la falta de comprensión de las preguntas en su totalidad a pesar del uso de traductor.

Una segunda limitante, fue el rol de la investigadora, donde se conjuga el rol de investigadora y asistente de salud, para disminuir esto se aplicó entrevistas solo a mujeres que no hubieran sido atendidas por la matrona, sin embargo, igual quedaba de manifiesto al presentarse con las usuarias, que la investigadora era una funcionaria que pertenecía al centro de salud al cual asistían, en este sentido, el discurso pudo verse limitado, por compromiso de estatus, usuaria versus asistente de salud.

9. Aspectos éticos

Para mantener los resguardos éticos de esta investigación, se envió este estudio para ser aprobado, al comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, luego de su aprobación (Anexo N°2) tanto de la investigación como del

Consentimiento informado (Anexo N°3), se les pidió a las participantes del estudio que lo firmaran, mediante el cual se les explicó y justificó los motivos de la investigación, y se les aseguró la confidencialidad de los datos entregados, además se les señaló los potenciales beneficios y uso de la información recogida del estudio, dejando en claro la voluntariedad de su participación y derechos y la posibilidad de no continuar su participación, en cualquier momento si así lo deseaba.

Es importante mencionar que los datos recogidos, se redactaron de manera textual, sin interpretaciones, y para garantizar el anonimato de las entrevistadas se les asignó una clave alfa numérica.

V. RESULTADOS

1. Caracterización

Se entrevistaron 20 embarazadas y madres migrantes internacionales, las cuales se caracterizan en la Tabla N°3, donde se puede apreciar que 5 estaban embarazadas por primera vez (Primigestas), 3 estaban embarazadas por segunda o tercera vez (Multigestas) y de las mujeres que habían tenido su parto hace menos de un año, 9 fueron madres por primera vez (Primíparas) y 3 por segunda o tercera vez (Multíparas). Las entrevistadas fueron de 4 nacionalidades distintas: 9 Haitianas, 7 Venezolanas, 3 Colombianas y 1 Iraní, de acuerdo al cumplimiento de criterios de inclusión, los perfiles establecidos y la accesibilidad que se tuvo a las participantes.

El rango de edad de las entrevistadas, fue entre los 23 y 43 años con una mediana de 29,5 años, además llevaban un tiempo estimado en Chile que variaba entre 2 meses hasta 9 años, con una mediana de 2 años. En cuanto al nivel educacional de las entrevistadas, se evidenció 1 mujer con nivel primario completo, 3 con nivel secundario incompleto, 4 con nivel secundario completo, 2 técnico superior y 10 con nivel universitario. En cuanto a la ocupación o actividad que realizan en Chile, 11 eran dueñas de casa, 3 vendedoras, 2 recepcionistas, 1 asesora de hogar, 1 diseñadora gráfica, 1 administradora de finanzas y 1 estudiante de secundaria.

En relación al lugar que tuvieron sus partos de las 14 que habían tenido hijos, 8 los habían tenido en Chile, 4 en su país de origen y 2 en Chile y su país de origen. En este mismo sentido, 8 mujeres indicaron haber tenido parto normal, 3 haber tenido cesáreas y 3 tuvieron cesáreas y parto normal, finalmente las 20 entrevistadas declararon tener Fonasa como seguro de salud.

Tabla N° 3 Caracterización de la muestra

Característica		n	%
Paridad	Primigesta	5	25
	Multigesta	3	15
	Primípara	9	45
	Múltipara	3	15
Nacionalidad	Haití	9	45
	Venezuela	7	35
	Colombia	3	15
	Iraní	1	5
Edad	<i>Mediana(min-max)</i>	29,5 (23-43)	
Tiempo en Chile (años)	<i>Mediana(min-max)</i>	2 (0,2-9)	
Nivel de estudios	Primario completo	1	5
	Secundario incompleto	3	15
	Secundario completo	4	20
	Técnico superior	2	10
	Universitario	10	50
Actividad	Dueña de casa	11	55
	Vendedora	3	15
	Recepcionista	2	10
	Asesora de hogar	1	5
	Administradora	1	5
	Diseñadora Gráfica	1	5
	Estudiante	1	5
Lugar de parto	Chile	8	57
	Origen	4	29
	Chile y Origen	2	14
Tipo de parto	Parto Normal	8	57
	Cesárea	3	21,5
	Parto Normal y Cesárea	3	21,5
Seguro de Salud	Fonasa	20	100
	Otro seguro	0	0

A continuación, se dan a conocer los principales resultados del estudio, en respuesta a los objetivos planteados, los que irán acompañados con las citas textuales de los testimonios recogidos, y al final de cada cita, estará la referencia, compuesta por el número correlativo de la entrevistada, paridad y nacionalidad.

Como resultado del análisis de las entrevistas emergen 3 categorías y cada una de ellas con subcategorías. La categoría 1, se refiere a la Experiencia de migrar, con 3 subcategorías: Motivaciones para migrar a Chile, Buenas experiencias y Racismo, discriminación y malos tratos.

Por otro lado la Categoría 2 está relacionada con las Creencias y significados de salud materna infantil con sus 2 subcategorías: Creencias e importancia de salud materno infantil y el Significado de estar embarazada o tener un parto en Chile; y la Categoría 3, se refiere a la Experiencias y percepciones en salud materno infantil, con sus 3 sub categorías: Experiencias y percepciones en la atención del parto, Experiencias y percepciones en los controles de embarazo y Dificultades para acceder a la atención.

2. Experiencia de migrar

En cuanto a la experiencia de migrar, emergen de esta categoría, 3 subcategorías: Motivaciones para migrar a Chile, Buenas experiencias y, por último, Racismo, discriminación y malos tratos, las cuales se detallan a continuación.

2.1 Motivaciones para migrar a Chile

Al preguntarles a las entrevistadas, por las motivaciones de migrar a Chile, estas relatan en su mayoría, que fue por razones económicas y laborales, debido a la situación socioeconómica de su país de origen, es por esto que migran en busca de mejores oportunidades de empleo, dejando ver a Chile como un país próspero para buscar trabajo y hacer negocios, y de esta manera, mejorar la calidad de sus

familias, esto queda demostrado en las participantes de los 4 países a los cuales pertenecían las entrevistadas.

“...y de toda Latinoamérica, Chile es el que está mejor en estos momentos, por eso decidí venirme para acá...” (E2, Primípara, venezolana)

“Por la situación económica... Económica, política, social, cultural de Venezuela...este... en el 2017 mi esposo trabajaba en una concretera, una empresa de hormigón en Venezuela, la cual expropió el gobierno...” (E7, Multigesta, venezolana)

“...una mejor economía y para poder comprar más rápido la casa porque el cambio del dinero, de peso chileno a peso colombiano es favorable para nosotros. Ese fue mi principal motivo, para poder darle una mejor calidad de mi vida a mis hijos.” (E10, múltipara, colombiana)

“amigos me dieron sujeto para Chile, es bueno para negocios, tiene mucha capacidad para el desarrollo, por eso que elegimos a Chile.” (E11, Múltipara, iraní)

“bueno, las motivaciones son muchas, de verdad que son mucha, nadie quisiera salir de su país per lamentablemente la situación política y económica y muchísimos factores.” (E12, Primigesta, venezolana)

“Mm... porque en mi país no tiene trabajo, no puede vivir. Para vivir bien.” (E15, Primípara, haitiana)

“El motivo fue por trabajo, la parte económica, que había más facilidad para conseguir trabajo que en Colombia, y eso fue. Una amiga motivó.” (E19, Multigesta, colombiana)

No obstante, también se mencionaron otras motivaciones, como, por ejemplo, el haber venido, para juntarse con sus parejas, quienes habían migrado primero a Chile.

“...principalmente que mi novio, que me iba a casar con él, estaba aquí.” (E8, Primípara, venezolana)

“...lo que pasa es que yo estudio en mi país y mi esposo esta acá antes de mí.” (E14, Primípara, haitiana)

“...vino para juntarse con pareja...” (E17, Primigesta, haitiana)

Solamente en un caso, la entrevistada menciona que fue porque quería estudiar medicina en Chile, lo cual finalmente no pudo realizar, debido al alto costo de esta carrera en nuestro país, sin embargo, igualmente pretendía estudiar otra cosa.

“...voy a estudiar la medicina, de hecho, cuando llegue acá en Chile no me fue fácil así que puse a trabajar, mi sueño ya se acabó porque la medicina es muy cara, por eso yo voy a estudiar otra cosa, pero la medicina no, pero llegue con la intención de estudiar, no de trabajar por eso migre a Chile.” (E13, Primigesta, haitiana)

2.2 Buenas Experiencias al migrar a Chile

Al indagar sobre las experiencias de estas mujeres al migrar a Chile, en sus narraciones, se puede evidenciar que, en varios relatos, refieren buenas experiencias, dentro estas, una de las principales cosas que resaltan son los empleos. En un caso de habla de “suerte” de haber migrado a Chile en un momento en que la tramitación de las visas, era más flexible, a diferencia de lo que ocurre actualmente.

“...cosas buenas, los trabajos...” (E3, Primigesta, haitiana)

“...más o menos, trabajar es bueno...” (E4, Primípara, haitiana)

“Sinceramente he tenido mucha suerte por así decirlo, eh, llegué, conseguí trabajo con contrato, pude movilizar rápido mis papeles, si me demoré un poco en que me aprobaran la visa y eso, pero, en el momento en que yo llegué que fue en el 2017 y era como un poco más flexible, a medida que fue pasando el tiempo ya era como más complicado. Corrí con suerte de haber llegado en ese momento...” (E20, Primigesta, venezolana)

“De verdad que gracias a dios me ha ido muy bien y no he tenido ningún inconveniente en ninguna parte, ni en la parte laboral nada, ni en maltratos ni nada. En todo, nada que decir.” (E19, Multigesta, colombiana)

Otras cosas que se destaca en sus discursos, es la valoración positiva hacia la sociedad chilena, como ejemplo, el haber conocido buena personas, tener buenos vecinos, los colegios. Igualmente valoran el sistema de transporte y el sistema de salud, incluso en un caso se llega a hablar de Chile, como la “tierra soñada”.

“...Mira muy buena. Realmente, sí, me he conseguido con buenas personas, buenos vecinos, con buenos compañeros para mis chiquillas, y me gusta (...). Cuando le digo a mi mamá ella me dice ¡Qué maravilla! ¡Qué bueno! Como la tierra soñada. Eso es para nosotros aquí ahorita, es la tierra soñada...” (E7, Multigesta, venezolana)

“...anda todo bien. Me gusta, con mis hijos, la atención en el colegio y aquí ahorita que estoy embarazada me han tratado bien...” (E16, Multigesta, venezolana)

“En general ha sido positiva, me han tratado bien, todas las cosas me han salido bien.” (E8, Primípara, venezolana)

“Es un reto, lo que me gusta de aquí es que sinceramente el sistema está adaptado para los bebés, en qué sentido, en todos los espacios, hay ascensor, en los autobuses te puedes montar con coche, en Venezuela no pasa eso, no hubiera podido tener un coche así, porque en Venezuela los autobuses son con coches paragüitas sabes, este, siento que la misma sociedad, tal vez porque no hay tantos

bebes como en mi país, este son como más cariñosos con los bebes. Aquí me he sentido más cómoda, la sociedad acepta más rápido a los bebes que en mi propio país.” (E9, Primípara, venezolana)

“...algunas personas que hemos conocido, eh, el sistema de salud también es bueno, me ha gustado...” (E10, múltipara, colombiana)

Sin embargo, a pesar de manifestar una buena experiencia al migrar, y que la mayoría valora positivamente el trabajo en Chile, existe descontento en algunas mujeres, en este ámbito, ya sea, por el hecho de que no existan leyes en Chile que faciliten la convalidación de carreras extranjeras, o bien por trabajar sin contrato.

“muy bien, pero es verdad que la gente chilena son muy amables, aceptan mucho extranjero. Eso es, eso que puedo decir, pero no hay mucha ley para los extranjeros, como, yo estudie Ciencias, pero todavía no puedo encontrar un trabajo” (E11, Múltipara, iraní)

“...ha sido muy bueno, pero se trabaja, se trabaja sin contrato...” (E17, Primigesta, haitiana)

Otra apreciación, que emerge de sus discursos, es que, a pesar de la buena experiencia de migrar, el clima es algo que les afecta negativamente.

“...encontré gente buena y mala, así es en todos los países, solo que me molesta y me siguen molestando es el clima, el frio, sobre todo el frio” (E13, Primigesta, haitiana)

“...Bien, Sí. Solamente no me gusta el clima frío...” (E18, Primípara, haitiana)

2.3 Racismo, discriminación y malos tratos

En los relatos de las entrevistadas surge esta sub categoría, que pone de manifiesto las experiencias negativas de haber migrado a Chile, desde las vivencias de Racismo, discriminación y malos tratos, en espacios, como el transporte público y

lugares de trabajo, además relacionan el mal trato con el alto costo de los arriendos. A su vez se menciona la falta de empatía hacia los extranjeros como una característica de algunos chilenos.

“...como usted sabe hay mucho chileno y chilena que son como racista, cuando estuve embarazada dos veces si, estuvimos en metro y había una señora con paquete de cebollines dentro de una bolsa y quisiera que me levantara, me decía que el embarazo no es una enfermedad por que te sientas y no me das el asiento, por eso...” (E1, Multípara, haitiana)

“...cosas malas, pero algunos chilenos hablan mal con nosotros. Si... si malas palabras y eso no me gusta...” (E3, Primigesta, haitiana)

“...no le gusta como el chileno atiende aquí, si habla mala palabras, después paga arriendo muy caro...” (E4, Primípara, haitiana)

“...la falta de... como lo digo, la falta de empatía de algunos chilenos hacia el extranjero. Hay mucha discriminación.” (E10, Multípara, colombiana)

“Si depende de la persona, porque hay personas que bueno y también hay que... malos, pero yo siempre digo que, “viste que bueno” solamente viste que hay personas que hay tristes. Por ejemplo, en mi trabajo hay chilenos que hacen racistas...” (E14, Primípara, haitiana)

En este mismo sentido, emergen de sus relatos, vivencias profundas, tanto en los controles prenatales como en el momento posterior al parto, que dan cuenta, claramente, de los malos tratos y de la discriminación recibida dentro del sistema de salud, en una etapa muy significativa, como es la maternidad, dejando de manifiesto, como estas experiencias, han marcado y trascendido en cada una de las entrevistadas, incluso una de ellas, manifiesta dos situaciones distintas de discriminación, que lo atribuye al hecho de ser extranjera.

“Cuando di a luz, ahí si no me gustó la atención, en el San Juan de Dios. Yo tuve mi bebé allá y cuando nació me la trasladaron para Melipilla, porque pues no había Neo

acá en Santiago, aquí en Santiago. Y me topé con una enfermera, una chica, que igual me trató mal la chica me dijo que estaba bueno que estuvieran trasladando a los extranjeros para otros pueblos y no a los chilenos, porque antes trasladaban mucho a los chilenos y dejaban ahí a los extranjeros en el hospital, que tan bueno entonces eso a mí no me pareció porque eso es discriminación con nosotros.” (E6, Primípara, colombiana)

“Si, una vez ha sido mala, porque me dieron una lecha con bichos, tenía bichos, estaba vencida y no me di cuenta y no la leí, cuando me la dieron no leí la fecha de vencimiento y cuando llegue acá como después de 8 días, tomamos la leche, ósea la leche tenía una cosita para tomarla y me daba cuenta de que tenía bichos, fui con la leche para probar que tenía leche, no me fue bien, pero lo que tenía en mi mente, me decía que porque yo soy extranjera no me hicieron caso, quizás por eso no me hicieron caso, me dieron que no fue al culpa del consultorio, no me creyeron tampoco y yo tuve que botar la leche y tampoco me dieron otra leche, les decía que no me quedaba leche para tomar y paso nada.” (E13, Primigesta, haitiana)

“...la otra mala experiencia, en mi consultorio cuando fui a consultar ¿Quién fue? No me acuerdo quien fue, tenía una hora, no me acuerdo, no me hicieron caso, cada vez que me pasa esto pienso, quizás, porque no soy chilena, el buen cuidado a las chilenas no les da a Las extranjeras...” (E13, Primigesta, haitiana)

En esta categoría, queda de manifiesto, que en general las motivaciones para migrar a Chile, ha sido por la búsqueda de oportunidades laborales, debido a la situación Política y Socioeconómica de su país de origen, y en esta experiencia de migrar, valoran el que haya empleo y a algunos ámbitos de la sociedad chilena, resaltando los colegios, vecinos, Sistema de Transporte y Sistema de Salud. Sin embargo, ha sido en estos mismos espacios, donde algunas de estas, revelan que han recibido malos tratos y discriminación.

3 Creencias y significados de la Salud materna infantil

En esta categoría se indaga respecto los valores, conocimientos, comportamientos y significados, que las entrevistadas, le atribuyen a la Salud materna infantil, de la

cual emergen 2 subcategorías, las creencias y significados de salud materna infantil, y el significado de estar embarazada o tener un parto en otro país.

3.1 Creencias e importancia de la salud materna infantil

En esta sub categoría aparecen el conjunto de conocimientos, significados e importancia, que las madres le otorgan a los cuidados que se deben tener en la etapa reproductiva y la relación de la salud de la madre con la del hijo/a, reflejada en la responsabilidad que tienen de cuidar su salud por el bienestar de su hijo/a.

“...sí, hay que cuidar, por ejemplo, no tomar bebida, agua, café, alcohol (...) Cuando necesite una guagua es muy importante. Por eso hay que tener cuidado porque si no va a perder (...) y tiene que cuidar, darle comida...” (E3, Primigesta, haitiana)

“...si yo estoy bien, mi bebé va a estar bien. Ya, eso es todo. Tengo que estar tanto mentalmente, porque no puedo dejar que me dé depresión, porque pasan tantas cosas de depresión post parto y no sé qué, y no sé cuánto. Si yo estoy bien, mi guagua está bien.” (E10, múltipara, colombiana)

“Que tengo que yo estar bien, este, tener un control, Para saber cómo está el bebé y como estoy yo.” (E16, Multigesta, venezolana)

“No levanta ninguna cosa que tenga mucha fuerza, pero... si sube la escalera tranquilita...” (E17, Primigesta, haitiana)

A su vez, emergen las diferencias culturales, que existen entre sus costumbres y las que han vivenciado en Chile, otorgándole una valoración significativa a estas experiencias.

“...aquí no puedes dejar a un niño solo en la casa, allá si, los dejan como hasta las 8 en la casa solo. Todo el día... acá uno tiene que andar con el niño...” (E5, Primigesta, haitiana)

“Como cuando tienes al bebé, aquí como que te echan agüita y te cosen no más. Cuando yo tuve a la bebé en mi casa me preguntaron que, si me habían limpiado bien, que, si me habían raspado, que eso duele mucho y yo, ósea dije, duele, pero a mí no me hicieron nada de eso. Me dijeron no, si, pero te pueden quedar coágulos de sangre por dentro que no sé qué, y yo les dije que yo sentí que me echaron agüita y me pusieron puntos, y en Colombia no, en Colombia se raspa con, como con no sé, es muy distinta la limpieza cuando uno tiene un bebé allá que acá.” (E6, Primípara, colombiana)

Algunas entrevistadas resaltan de forma positiva, las diferencias en los cuidados de salud materna infantil, que existen en Chile, al compararlos, con los que se realizan en sus países de origen.

“...los talleres maternos no existen, o sea tu aprendes a ser mamá o aprendes a ser mamá...en Venezuela no existe la salud materna infantil...en Venezuela todo es caro. El sistema de salud público no sirve...la salud materna infantil aquí es prioritaria... en Venezuela no está y hay muchas causas de muerte materna y muertes fetales, por falta de salud materna infantil...” (E7, Multigesta, venezolana)

“Son como los cuidados que se la dan a los niños, eh... y a la mamá, (...). Si tengo alguna idea y acá es súper mejor que en mi país, normalmente mi país no está muy bien, pero igual en Chile, comparado en otros países la atención es mucho mejor. Por lo menos en mi país las consultas son todas como privadas, pagas...” (E2, Primípara, venezolana)

“...porque lo miran a uno, le están chequeando el bebé a uno, su peso, su estatura, todo. Como mi bebé fue prematura, ella estuvo con nutricionista el primer mes, entonces súper aquí, eso sí me gusta, en Colombia no hacen nada de eso con los bebés prematuros, aquí sí, aquí tienen mucha, mucha preferencia con los prematuros, que en Colombia no. En Colombia como que tú lo tienes y para la casita, mamá canguro y ya...” (E6, Primípara, colombiana)

Por otro lado, emergen las visiones que se tienen respecto a lactancia materna, con las diferencias culturales y como valoran estas diferencias.

“...en Haití no había tanta cosa nos llamaba la atención que no estaba como prohibido. Si tú quieres puede hacer como lactancia con la hija con el niño... Si tú no quieres puedes comprarle leche desde que nace, pero acá es diferente, lo que es bueno para los niños, porque allá no insisten en eso, allá en mi país mi hija no quiso tomar pecho, le di, pero no quiso, pero acá es bueno, es más preocupado en la maternidad, les dan mucho cuidado a las mujeres que son embarazadas que las que no son embarazadas (risas) (E1, Multípara, haitiana)

“...si bien la lactancia materna es importante, pero tiene que haber como un equilibrio, porque ese programa... dice que siempre tengas a tu hijo y no sé qué, pero ahora por ejemplo cuando empiece a estudiar...” (E9, Primípara, venezolana)

En este sentido, se aprecia es el caso de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, como la influencia de la cultura local, se ha arraigado como nuevos saberes para estas mujeres.

"Cuando embarazada no levanta mucha cosa, no come cualquier cosa, no toma cualquier cosa, alcohol ¿Qué más? Cuando nace él bebe, puro pecho. Después de 6 meses darle comida, cuidados también." (E4, Primípara, haitiana)

Igualmente, en la mayoría de sus relatos, emerge a importancia que le otorgan estas mujeres, a la salud materna infantil, una vez más, relacionando el cuidado de las madres, con los resultados en esta etapa.

“...es importante la Salud materna infantil, porque ayuda a crecer bien a la hija o al niño, sea niña o niño, ayuda bien a eso, ayuda a la mamá también a ser bien de salud...” (E1, Multípara, haitiana)

“La Salud materno infantil, es importante te enseña, además de que te observa de cerca, te enseña cómo cuidarte y a qué estrés está sometido tu cuerpo, porque sabemos el embarazo es muy bello, pero eso es algo nuevo para el cuerpo, si tu cuerpo está acostumbrado a estar solo.” (E7, Multigesta, venezolana)

“Muchísimo es muy importante, aunque aún no me toca (...) Mi experiencia fue o aun, aun es un poco complicado, la manera que comía antes de quedar embarazada no es la misma, por ejemplo, me gustaba comer mucha harina, por ejemplo, tallarines, frituras, como papas fritas, no en muchas cantidades, en pocas cantidades y ahora sé que tengo más bien que cuidarme sobre todo para él bebe, para que nazca bien.” (E13, Primigesta, haitiana)

“...para mí es muy importante porque cuando una mamá tiene un hijo es una bendición y porque no es fácil, hay madres que necesitan y no tienen. Porque yo tengo mi familia que nos casaron hace diez años y ellos no pudieron...” (E14, Primípara, haitiana)

“...claro que es importante la Salud materno infantil, por tanto, digamos, pueden ser enfermedades que con el tiempo van pasando, tener un buen control, un buen cuidado, estar prevenido ante todo eso, tanto para la madre como para el bebé...” (E19, Multigesta, colombiana)

Se evidencia que las madres primerizas, debido al desconocimiento de esta etapa, resaltan y valoran aun más, la importancia de contar con el apoyo y la información por parte de los profesionales de la salud, para el cuidado de sus hijos/as.

“Es importante la Salud materno infantil, Por ejemplo, para mí que soy mama primeriza y que estoy sana me sirve mucho porque no sé muchas cosas y entonces acá puedo preguntar y me refieren a varios doctores, no es uno en específico como allá. Y puedo preguntarles sobre las diferentes cosas como la nutrición del bebé, mi nutrición o me atienden los dientes, este, diferentes áreas y como que me guían más que allá.” (E2, Primípara, venezolana)

“Si y mucho, Por lo menos en mi caso, vuelvo y repito, que soy primeriza, no sabes cuando el niño puede tener algo en una crisis de llanto, yo por lo menos no tengo el conocimiento adecuado para detectar que es lo que tiene, por eso considero que es importante, porque ellos, la parte maternal infantil tienen como la experiencia y ellos

son los que pueden saber qué es lo que tiene, nosotros no sabemos." (E12, Primigesta, venezolana)

La Salud materna infantil sí es importante, porque por lo menos en mi caso, yo que soy primeriza y no tener como esos conocimientos, igual uno se guía más que todo por el internet, por cómo se hace tal cosa o como lo otro porque no te entregan como la información o el apoyo completo." (E20, Primigesta, venezolana)

3.2 Significado de estar embarazada o tener un parto en Chile

En esta subcategoría queda de manifiesto los sentimientos que afloran de las participantes, del estar viviendo un proceso tan importante y marcado de significados, como es la maternidad, lejos de sus familiares más cercanos, en la mayoría solo con la presencia de sus esposos y/o parejas. Principalmente mencionan sentimientos de soledad y temor, junto a las dificultades que se le presentan, al no contar con una red de apoyo familiar cercana.

"Ha sido difícil en la parte familiar porque uno como que siempre quiere estar al lado de su familia mientras está en ese proceso de embarazo" (E2, Primípara, venezolana)

"Allá mejor, mi marido, no tengo ningún momento para la fe, consultorio, porque todos los días está trabajando y nosotros 2, en cambio allá, mi mama, mi cuñada, mi prima, mi sobrina, hermana, aquí yo sola." (E4, Primípara, haitiana)

"es muy duro (se ríe). Porque bueno igual uno se siente harto solita, pues yo aquí soy sola, ósea vivo con dos amigas, pero mi familia ninguna. Y es duro igual no tener a tu mamita, a tu familia" (E6, Primípara, colombiana)

"soledad. No tengo a mi mamá, no tengo a una tribu de mujeres alrededor de mí que quizás me puedan ayudar, pero es gratificante saber, porque todo aquel que me dice ¡Ay que viva, un chileno! ¡Va a nacer un chileno! Eso es gratificante. Y además que tenemos las condiciones, o sea el país te brinda las condiciones para tenerlo" (E7, Multigesta, venezolana)

“En un principio fue un miedo horrible, no tengo mamá, no tengo hermana, no tengo quien me ayude pues, al final se ve que si se puede y el bebe lo que necesita es a uno, uno se puede ayudar con amigos”. (E8, Primípara, venezolana)

“Este embarazo para mí es más difícil porque yo hice cesárea y mi operación era muy mala y tenía infección y mi hija estaba enferma mmm, con fiebre bien alta y también con bronquitis. Por eso que durante este embarazo en verdad necesitaba una persona que me ayude.”(E11, Multípara, iraní)

“Significa por lo menos, bueno, para mí, tanto tristeza como alegría, primero estamos lejos de nuestras familias, de no saber qué hacer y a la vez, el lado positivo, es una bendición, una nueva experiencia para mí ya que soy primeriza” (E12, Primigesta, venezolana)

“...Mira la verdad fue como mucho temor, porque igual estar lejos de la familia, se siente como solo, como sin el apoyo, porque todos los días de pronto yo pienso, bueno yo me llego a una urgencia, mi hija tiene 17 años, que no la dejen entrar por ser menor de edad, no pueda firmar ningún papel, entonces son cosas que uno...” (E16, Multigesta, venezolana)

En otros casos, valoran de forma positiva el estar viviendo este proceso en Chile, no obstante, se deja ver tristeza, por el hecho de estar alejadas de sus familias.

“No estoy con estrés, pero allá en mi país las cosas no están bien, porque hay balas, hay balazos, hay muertos, hay manifestaciones, a una mujer que está embarazada no es anda bien, viviendo y escuchando todo eso, por esa parte me siento bien, estando acá en Chile, por otra parte, me siento triste porque me hace mucha falta mi familia, esa diferencia, me hace falta.” (E13, Primigesta, haitiana)

Por otro lado, también hubo un grupo que se sintió mas bien, beneficiadas al estar viviendo esta etapa en Chile, ya sea porque se indican que acá se valoran más a las embarazadas, porque acá hay menos requisitos “sociales y económicos” para

ser padres o porque la economía de este país les brinda mayor seguridad por tener sus hijo/as en este lugar.

“las mujeres embarazadas allá uno tiene que esforzarse para ir al consultorio, algo así ¿me entiendes? No sé, pero aquí es diferente, cuando una mujer esta embarazada acá las personas le cuidan, cuando sube al micro o al metro le dan el asiento, allá no son así.” (E5, Primigesta, haitiana)

“...Ya, yo antes que vino acá viste que no es importante que tengas un bebe antes que termine todo y antes que tenga mucha plata. Pero cuando vino acá, viste que es normal que, si yo trabajo mí, esposo trabaja también y viste que les falta porque, si tengo a ella, ella cuando está en la casa no tengo nada, no tengo triste, no tengo pena...” (E14, Primípara, haitiana)

"Como beneficioso y a la vez el cambio también cultural y todo eso igual también me afecta, pero más que todo beneficioso el salir embarazada estando acá en Chile, sabiendo que bueno, antes que otra situación. Le voy a dar un buen futuro a mi bebé, puedo tener un trabajo estable, le puedo dar una buena economía o sea todo, cosas que yo en mi país jamás en mi vida iba a pensar que ni por la mente yo iba a salir embarazada nada. Por eso en cambio, estar aquí es como más que todo beneficioso para mí el tener a un bebé." (E17, Primigesta, haitiana)

Dentro de esta categoría surgen, los significados y la importancia que las madres le atribuyen a la salud materna infantil, como se relaciona los cuidados que tiene la madre durante esta etapa con los resultados en la salud de su hijo/a y la responsabilidad que tienen en ello. Además, aparecen las diferencias de culturales en torno a los cuidados en este periodo, el significado que le otorgan a estas, y como se van arraigando estos nuevos saberes dentro de su cultura.

En cuanto al significado de estar embarazada o tener un hijo/a en Chile, emergen distintas connotaciones, por un lado, sentimientos de tristeza y soledad, por estar lejos de sus familias y, por otra parte, lo valoran, ya sea porque acá no deben cumplir con tantos requisitos para embarazarse, o porque acá se valora y cuida más a las

embarazadas, o porque hay mayor estabilidad económica para ser madres en este país.

4 Experiencias y percepciones en salud materna e infantil

En esta categoría se aprecian las vivencias más profundas y significativas respecto al proceso reproductivo, desde el inicio de la gestación, pasando por parto y sus etapas posteriores, de las cuales emergen 3 subcategorías, como son el las Experiencias y percepciones en la atención del parto, las Experiencias y percepciones en la atención de los controles de embarazo y las dificultades para acceder a las atenciones de salud materna infantil.

4.1 Experiencias y percepciones en la atención del parto

En esta subcategoría, destacan diversas experiencias y apreciaciones, respecto a lo vivido durante la atención del parto, con las distintas valoraciones y significados otorgados a estas experiencias, aunque fueron mayoritariamente mencionadas o recordadas las percibidas de forma negativa.

En los casos en que las percepciones fueron positivas, esto hizo referencia, tanto al sistema público como al privado.

“Colombia como le dije, fue una experiencia maravillosa. Y acá, me fue igual bien, bien porque... bueno, lo que pasa es que mis dos hijos nacieron por cesárea, pero nacieron por el privado” (E10, múltipara, colombiana)

“...si los doctores, o sea, todo fueron súper amables, fueron súper... o sea estuvieron ahí, la atención fue muy buena...” (E2, Primípara, venezolana)

Por contraparte, dentro de las experiencias negativas, aparece la falta de información durante el proceso, que se ve ejemplificado, en un caso cuando ocurre eventos fuera de los esperados en parto, que no se le dio a conocer en ese momento a la madre.

“Cuando él nació la tenía circular en el cuello, no me entere cuando ya llevaba, cuando ya me estaba yendo del hospital, me hubiese gustado enterarme de eso. cuando nació era muy moradito, después dijeron que era por tenía, a mi me hubiese gustado que me digieran.” (E8, Primípara, venezolana)

Otro ejemplo en esta línea, es la visión respecto al modelo de atención “respetada” del parto, al cual también se le dio una connotación negativa, debido a la falta de acompañamiento e información respecto a los pasos a seguir durante el trabajo de parto, al compararlo con el modelo de su país, donde es el medico quien toma las decisiones, y es justamente esto lo que les genera mayor seguridad.

“Durante el parto, yo me esperaba, ahí me dejaron, como quieren que el parto sea respetado me dejaron sola en la habitación con mi esposo, para mí eso significa que estoy sola, va a nacer solo mi bebe, era como, allá te dicen todo lo que va a pasar, te van a poner esto, que no se que, te vamos a hacer esto, aquí no, tenía que venir con mi propio guion de que quiero que hagan esto y la verdad es que yo no sabía, en sé momento me entere de eso.” (E8, Primípara, venezolana)

Por otro lado, también hubo un relato, relacionado a una cesárea programada en el Hospital público, la cual fue cancelada en más de 3 oportunidades, generando una experiencia negativa en su parto en la entrevistada.

“...la verdad (suspira) que me dieron cita, para día 2, yo fui a las 5 de la tarde del día 2 de julio y me dijeron que tenía que ser el día 3 de julio. Pero el día 3 me dijeron que... Y no comía hasta las 10 de la noche, no comí para hacer cesárea en la mañana. Y a las 11 me dijeron que no llegó todavía materiales de pabellones por eso que no podían hacerlo, pero tenía que esperar. Nosotros esperamos hasta las 1, y a las 1, cirujano viene y dice que hoy día todavía no llegó y mejor que coma algo porque es pasado tanto tiempo. Ok nosotros esperamos y dijeron tenemos materiales para solo urgencia. El día 4 me dijeron que ya, hacemos parto y ¿cómo se llama?... Primer turno es sin turno, el día 4 de julio. Pero el día 4 de julio no hicieron hasta las 11 para tercer persona que quiera hacer. Yo fui a pabellón y me

pusieron en la cama para hacer cesárea y llegó una persona de urgencia. Y me llevaron (...) y hasta las 2 de la tarde estaba cerrado.” (E11, Multípara, iraní)

4.2 Experiencias y percepciones en los controles prenatales

En el caso de las experiencias y percepciones de los controles prenatales dentro del CESFAM Violeta Parra, tienden a tener discursos con valoraciones positivas respecto a lo vivido en este periodo, sin embargo, existen también narraciones de vivencias negativas.

Por el lado positivo, aprecian la preocupación que existe por las embarazadas, reflejado en llamados telefónicos para recordar las horas o citas, la atención de los distintos profesionales, como a dentista o nutricionistas y la existencia de talleres prenatales

“si me gusta, lo encuentran súper, porque me cuidaban muy bien en el consultorio, me daban mucha atención sí, a veces me llamaban cuando yo no supiera que tenia que hacerme exámenes o control de embarazo” (E1, Multípara, haitiana)

“Normalmente mi país no está muy bien, pero igual en Chile comparado en otros países la atención es mucho mejor, todo es distinto, en realidad, no es igual. Encuentro que acá es súper más organizado y mejor, Acá puedo preguntar y me refieren a varios doctores, no es uno en específico como allá. Y puedo preguntarles sobre las diferentes cosas como la nutrición del bebé, mi nutrición o me atienden los dientes, este, diferentes áreas y como que me guían más que allá.” (E2, Primípara, venezolana)

“Como mi bebé fue prematura, ella estuvo con nutricionista el primer mes, entonces súper aquí, eso sí me gusta. Me ha gustado como me atienden aquí.” (E6, Primípara, colombiana)

“Mi experiencia ha sido excelente, no sé si he caído en buenas manos, he tenido varios comentarios de que, ay a mi no me va bien, incluso en el sitio donde uno se atiende, pero de verdad yo no me puedo quejar, no sé si he tenido suerte pero he tenido buena experiencia(...)Para mí ha sido más que bueno, excelente porque he recibido mucha ayuda, vamos a decirlo así, en el sentido de que ayudan y te brindan muchos servicios para tu poder, como, no sé, mejorar, aprender, porque no es

solamente alguien que te presta un servicio para salud si no también como persona, primera vez que veo un sitio donde hay talleres, hasta cursos, entonces un percibe todos esos beneficios para mejorar." (E12, Primigesta, venezolana)

"...Bien, no tengo ninguna queja, todo me ha parecido bien, todo me lo explican, todo lo que no entiendo yo lo pregunto y me lo explican..." (E16, Multigesta, venezolana)

"...acá en Chile el cuidado del embarazo estuvo muy bien..." (E18, Primípara, haitiana)

"Aquí profundizan más en lo que es el tema de la maternidad, del embarazo de la mujer. Allá es como algo súper normal, vas a control, te chequean, te hacen tu eco normal, aquí es como más atención a la mujer embarazada. Allá en Venezuela no es así, y eso es lo que me gusta, que es como más atento. Constantemente acá te hacen exámenes, allá no hay, solo los primeros y los últimos." (E20, Primigesta, venezolana)

No obstante, también existen experiencias negativas relacionadas principalmente a la falta de información, en relación a la duración del control prenatal realizado por matrona, a las indicaciones respecto a los horarios para la toma de exámenes y a la falta de orientación a la forma que funciona la atención en general.

"En los controles tampoco han sido bueno porque sé que en cada control se demora una hora la atención, nunca me dedican una hora, siempre son menos, 30 minutos, a veces duran más de 30 minutos, cuando, a mi me gusta hacer muchas preguntas, dura más cuando hagas muchas preguntas, ahí demoran 40 minutos, 45 minutos, si no fuera por mi duraría 25 o 30 minutos, no dan mucha atención a los pacientes, no sé si eso pasa conmigo o con las demás, pero conmigo es así, es por eso que estoy viendo un doctor aparte, doctor privado porque yo no estoy satisfecha." (E13, Primigesta, haitiana)

“...pasaron 40 minutos, yo le digo a la muchacha que había pasado con mi hora, que yo llegue temprano, ella no, es que tiene que pasar por el mesón, el doctor no me atendió, Ahí faltaría una orientación...” (E9, Primípara, venezolana)

“Todo me ha parecido súper bien, lo único es en la parte de laboratorio, incluso hace 2 semanas tuve un inconveniente con una chica porque me vine a hacer un examen de orina, no había orinado en toda la mañana, tenía hora a las 8, eran las 9.30 y yo no había orinado, estaba que me hacía y le pregunté que por qué se demoraban tanto en pasarme y me dijo, no es por número y yo "¿Qué?, pero estoy aquí desde las 7.30, llegué media hora antes para que me atendieran y son las 9.30 y yo de verdad me puede dar una cistitis o algo, porque ya no me aguanto". Y ahí fue como que me pasaron así rápido. Pero eso en la parte de como más coordinación en la parte del laboratorio.” (E20, Primigesta, venezolana)

4.3 Dificultades para acceso a la atención

De forma natural al indagar por sus experiencias en las atenciones, surgieron de sus discursos, las dificultades para acceder a la atención. En este sentido, se cuestiona en reiterados relatos, la falta de toma de ecografías en el CESFAM, como una dificultad importante en los controles prenatales, debido a que sólo se encuentra garantizada la ecografía del primer trimestre, dentro de la atención de salud primara en Chile, de este modo, deben pagar por ellas al hacerlas de forma particular.

“Acá no hay ecografía en Violeta Parra, Si, si por eso yo hacer todo afuera, pero yo fui a la clínica y cuando fui también yo comprar los bonos para consulta ecográfica, pero yo fui en el clínico allá también, si yo allá es igual.” (E3, Primigesta, haitiana)

“No me tomaron el eco, eso fue lo único malo de todo el embarazo. Que ya al último me tocó hacerla particular porque la necesitaba, era el último eco del embarazo, para saber que todo estaba bien, fue lo único que...” (E10, múltipara, colombiana)

“...pero sería ideal que por lo menos acá tuvieran también el servicio de ecografía cosa que no hay, hay que hacérselo de manera particular...” (E20, Primigesta, venezolana)

" En que por lo menos en Venezuela, tu mensual, desde el primer mes hasta los nueve tu tienes que hacerte tus ecos y siempre te ve un mismo doctor/ Porque ahí es donde vamos por lo menos, este, con el niño. " (E16, Multigesta, venezolana)

Por otro lado, también relatan lo difícil que es el conseguir horas en el CESFAM, la distribución de estas mismas, ya sea en distintos días y horarios. En el caso del Hospital San Juan de Dios, se mencionan los tiempos de espera que hay allá y lo complicado que es el traslado al Hospital San Juan de Dios.

"...puede durar días buscando una cita. Horrible para pedir citas allá. Es como lo único que nunca me ha gustado pedir citas (Suspira) ay, me estresa, duro días, días, días pidiendo citas..." (E6, Primípara, colombiana)

" Uno a veces se siente mal y tiene que esperar a otra consulta donde te puedan detectar el eco, por lo menos te dan el resultado y tienes que esperar hasta el próximo mes con ese malestar, y esperar hasta ella te diga o te digan que es lo que tiene, pero imagínate, ya han pasado más de 15 días, no sabes cómo, si ya se te paso malestar o no, o al menos en los casos cuando hayan emergencia, cuando uno tenga mucho malestar." (E12, Primigesta, venezolana)

"...yo tenía problema de que cada día tenía una cita, y cada día con hijas que yo tengo es muy difícil. Un día para matrona, un día para dental, un día para psicólogo, todos los días, así que (...) y también tenía una presión alta así que me mandaron a hospital San Juan de Dios, y por eso allá también tenía cita. Todos los días tenía que pasar en consultorio y en consultorio la verdad atendió rápido, pero en hospital casi de cuatro horas o tres horas, seis horas demoró mucho y la verdad que ese es el problema." (E11, Multípara, iraní)

"...que hubiera micros directos al hospital. Por favor. Porque ahorita, por ejemplo, mis horas son siempre en la mañana, para irme en el metro eso es una locura. Es una locura..." (E7, Multigesta, venezolana)

Finalmente se menciona como barrera para acceso a la atención, el caso de una madre, cuando había llegado recientemente a Chile, el no haber tenido Rut en ese momento, dificultó el acceso a una atención mas pronta, para ella y su hijo, ambos afectados y necesitados de atención de salud.

“...el problema era ese, mientras no tuviera Rut no me podía atender, y lo, yo siento que, lo de Jeremías, que tengamos sarna lo hubiera podido evitar un poquito, pero me imagino que ustedes sin Rut tampoco...” (E9, Primípara, venezolana)

En esta categoría surgen varios relatos significativos, en primer lugar, en las Experiencias en el parto hay valoraciones positivas y negativas, pero mayoritariamente experiencias negativas, relacionadas a la falta de información durante el proceso, de los eventos que van aconteciendo, y por otro lado el haber sido atendidas bajo el modelo de parto “respetado” y no haber sido informadas previamente, lo cual provoco sentimientos de soledad e inseguridad.

En relación a las atenciones del CESFAM, se caracterizan por valoraciones positivas, en cuanto a la existencia de un equipo multiprofesional que las atiende, y el hecho que haya talleres prenatales, sin embargo, también aparecieron experiencias negativas respecto a la falta de información del funcionamiento de los distintos servicios dentro del centro de salud. Finalmente, como barreras de acceso a la atención resaltan lo difícil de conseguir horas, la falta de toma de ecografía durante segundo y tercer trimestre de embarazo y el no haber tenido acceso a la atención de materna infantil, por no haber tenido Rut al momento de haber llegado recientemente a Chile.

VI. DISCUSIÓN

1. Experiencia de migrar a Chile

Dentro de los resultados obtenidos en esta línea, se aprecia, que las principales motivaciones para migrar a Chile de estas mujeres, es la búsqueda de empleo y una mejor estabilidad económica, para brindarles un mayor bienestar a sus familias, debido a las condiciones socioeconómicas de los países de los cuales vienen.

Esto coincide con la literatura, donde se menciona que los movimientos migratorios, están influidos por factores económicos, laborales, búsqueda de bienestar social, de mejores condiciones de educación y salud, y mejores perspectivas de desarrollo profesional, siendo esto facilitado por el acceso a información, el avance en las comunicaciones y el menor tiempo y costo de los traslados; llegar de un lugar a otro resulta hoy en día más rápido y menos costoso que en el pasado (14).

Igualmente, se describe en la literatura, que en el caso de América Latina y el Caribe, las persistentes crisis políticas y económicas asociadas a posiciones de dependencia comercial, la debilidad institucional, los conflictos armados y las catástrofes ambientales-naturales, se describen como las causas más explícitas para los flujos migratorios (16).

Existen en la mayoría de sus relatos en general, refieren buena experiencia al migrar a Chile, destacando principalmente los empleos, sin embargo, existe un grupo que menciona, como dificultad en no poder trabajar en lo que estudiaron en su país al no poder convalidar sus estudios, y por otro lado el trabajar sin contrato.

En relación al trato recibido en nuestro país aparecen situaciones de discriminación, racismo y malos tratos dentro de la esfera pública, como trabajo, el transporte público, y en el sistema de salud. Esto último se puede asemejar a lo hallado en otro estudio, en mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país, donde

aparecen aspectos relacionados con el trato y sentirse discriminadas desde el personal de salud, (45).

2. Creencias y significados de la Salud materna infantil

En esta línea emerge, el conjunto de conocimientos, significados e importancia, que las madres le otorgan a los cuidados que deben tener en esta etapa y la relación entre los cuidados de la salud de la madre con los resultados de salud en el hijo/a.

Se evidencia que las madres primerizas, debido al desconocimiento de esta etapa, resaltan y valoran aun más, la importancia de contar con el apoyo y la información por parte de los profesionales de la salud, para el cuidado de sus hijos/as.

A su vez, emergen las diferencias culturales, que existen entre sus costumbres y las que han vivenciado en Chile, otorgándole una valoración significativa a estas experiencias. Algunas entrevistadas resaltan de forma positiva, las diferencias en los cuidados de salud materna infantil, que existen en Chile, al comparar, con los que se realizan en sus países de origen.

Aparece la lactancia materna como una práctica, en la que se reflejan claramente las diferencias culturales, por una parte, aparecen las visiones y valoraciones de estas diferencias y, por otro lado, emerge como se han arraigado, estos nuevos saberes de la cultura local, en estas mujeres, es el caso de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

En este sentido, se puede decir que la configuración de los cuidados de salud materna infantil, tienen diferencias entre Chile y los países de los cuales emigran estas madres. La literatura habla de como afecta el contexto donde se desarrollen los cuidados de salud, ya que cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada, lo cual aplica a todos los eventos de la vida entre los que se

cuenta la maternidad, que en este sentido se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos (47).

Asimismo, cada cultura genera definiciones culturales de los procesos reproductivos, informando a sus miembros y así generan que estas, se transformen en prácticas sistemáticas, compartiendo visiones locales, que sirven como guía y aseguran ideas similares acerca del modo de enfrentarlos y tratarlos (48).

En un estudio llamado *Birth by design* (49), queda de manifiesto la importancia del contexto en que se desarrolla un determinado sistema de salud, y la variación que puede existir en este mismo, al desarrollarse en distintos países, como fue el caso del modelo biomédico; de los 9 países donde este era su modelo oficial, mostraron gran heterogeneidad en la atención del parto, evidenciando, que en la obstetricia, se encuentran extremas variaciones en el tratamiento cultural del parto, a diferencia de lo que ocurre con otras especialidades médicas y resaltando la importancia del rol de la cultura, en la organización del cuidado.

En cuanto al significado de vivir el embarazo o parto en Chile, queda de manifiesto los sentimientos que afloran de las participantes, del estar viviendo un proceso tan importante y marcado de significados, como es la maternidad, lejos de sus familiares más cercanos, en la mayoría solo con la presencia de sus esposos y/o parejas. Principalmente mencionan sentimientos de soledad y temor, junto a las dificultades que se le presentan, al no contar con una red de apoyo familiar cercana.

Por otro lado, también hubo un grupo que se sintió mas bien, beneficiadas al estar viviendo esta etapa en Chile, ya sea porque se indican que acá se valoran más a las embarazadas, porque acá hay menos requisitos “sociales y económicos” para ser padres o porque la economía de este país les brinda mayor seguridad par tener sus hijo/as en este lugar.

3. Experiencias y percepciones en salud materna e infantil

Las experiencias y percepciones, respecto a lo vivido durante la atención del parto, tuvieron distintas valoraciones y significados para las participantes, aunque fueron mayoritariamente mencionadas o recordadas las percibidas de forma negativa, y en los casos en que las percepciones fueron positivas, esto hizo referencia, tanto al sistema público como al privado.

Por contraparte, dentro de las experiencias negativas, aparece la falta de información durante el proceso y la connotación negativa que se le dio al modelo de atención “respetada” del parto, debido a la sensación de falta de acompañamiento e información respecto a los pasos a seguir durante el trabajo de parto, ya que, al compararlo con el modelo de salud biomédico en su país, donde es el medico quien toma las decisiones, y esto es justamente esto lo que les genera mayor seguridad.

La mayor validación de un modelo de salud, por sobre otro, va a depender del contexto donde ocurran las practicas del cuidado de salud, por ejemplo, hay un estudio, donde se dice que, en un sistema más tradicional, el parto se asocia con una mayor participación de la mujer, familia y comunidad, centrado en el apoyo emocional que se le brinda a la parturienta por parte de la familia y partera y, por otro lado, en sociedades occidentales, regidas por un modelo biomédico, el nacimiento es concebido como proceso clínico, patológico, y no afectado por procesos sociales (46).

En esta misma línea, otro ejemplo, donde el modelo biomédico, se encuentra instalado y validado, se demuestra en el caso del nacimiento hospitalario en Estados Unidos, donde las madres creen en la ciencia, confían en la tecnología, además tienden a cumplir con los dictados de la sociedad, satisfaciendo las demandas de sus instituciones y traspasando estos a sus hijos/as (50).

En este sentido, cobra relevancia la competencia cultural, para la atención de salud, definido como: *“El enfoque de competencia cultural en salud propone que son los trabajadores de salud quienes deben adaptarse en cada momento a las creencias, experiencias y necesidades específicas de cada persona humana, de tal forma de alcanzar interacciones exitosas que logren incrementar el bienestar, la satisfacción y la adherencia a estrategias de prevención y tratamiento de salud.”* (4).

Esto refuerza la idea de que el equipo de salud debe, resolver correctamente la cuestión de las diferencias de saberes, cosmovisión y prácticas de salud, que cada cultura ha acuñado y validado a través de su historia, mediante la creación de condiciones de confianza, diálogo, respeto mutuo e intercambio y enriquecimiento de saberes (6).

En el caso de las experiencias y percepciones de los controles prenatales dentro del CESFAM Violeta Parra, tienden a tener discursos con valoraciones positivas respecto a lo vivido en este periodo, sin embargo, existen también narraciones de vivencias negativas.

Por el lado de las experiencias positivas, las participantes aprecian la preocupación que existe por las embarazadas, reflejado en llamados telefónicos para recordar las horas o citas, la atención durante la gestación por distintos profesionales y la existencia de talleres prenatales. Estos resultados se podrían asemejar a los obtenidos en el proyecto piloto de salud migrantes, realizado el año 2016 en el nivel primario de atención, en 5 comunas con mayor número de migrantes a nivel país, entre las cuales estuvo la comuna de Santiago de la Región Metropolitana, donde luego de su implementación, se obtuvo que los principales motivos de consulta fueron controles preventivos de salud 52 % y control de embarazo 32%, y que en general presentaron un alto nivel de satisfacción en la entrega de los servicios (56).

No obstante, también existen experiencias negativas relacionadas principalmente a la falta de información, en relación a la duración del control prenatal realizado por matrona, a las indicaciones respecto a los horarios para la toma de exámenes y a

la falta de orientación del funcionamiento general de la atención dentro del centro de salud. Asimismo, esto se ve en otros estudios en población migrante donde aparece la necesidad de alfabetización en salud principalmente en el dominio del idioma y el funcionamiento del sistema de salud (53).

De forma natural al indagar por sus experiencias en las atenciones, emergieron de sus discursos, las dificultades para acceder a la atención. En este sentido, se cuestiona en reiterados relatos, la falta de toma de ecografías en el CESFAM, como una dificultad importante dentro de los controles prenatales, pues deben pagar por ellas al hacerlas de forma particular, debido a que, en la atención primaria de salud en Chile, esta garantizada solo la ecografía del primer trimestre.

Por otro lado, también relatan lo difícil que es el conseguir horas en el CESFAM, la distribución de estas mismas, ya sea en distintos días y horarios. En el caso del Hospital San Juan de dios, se mencionan los tiempos de espera que hay allá y lo complicado que es el traslado al Hospital San Juan de Dios.

Finalmente se menciona como barrera para acceso a la atención, el caso de una madre, cuando había llegado recientemente a Chile, el no haber tenido Rut en ese momento, dificultó el acceso a una atención mas pronta, para ella y su hijo, ambos afectados y necesitados de atención de salud, por desconocimientos de sus derechos en salud.

En relación a este último punto, existe la normativa Chilena para la atención de salud de niños/as migrantes internacionales, que garantiza su acceso a través de la circular A 15/06 del 09 de junio del 2015, en la que el Ministerio de Salud desvincula la atención de salud de la situación migratoria, y establece que se facilitaran todas las prestaciones de salud pública a embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños/as y adolescentes hasta los 18 años; y casos de urgencia, a los cuales sólo se les cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas (32).

En este caso se evidencia que faltó otorgarle información a la madre, respecto a su derecho a ser asistida junto a su hijo, en ese momento, independiente de su situación migratoria y/o al hecho de no tener Rut, lo cual deja en evidencia, lo mismo descrito en resoluciones exentas del Ministerio de Salud del año 2014, respecto a la dificultad que existe, para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, lo cual es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular (44).

Finalmente se debe considerar que la información errónea sobre los derechos legales y la falta de información adecuada durante las citas médicas, interactúan con determinantes sociales, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y las malas condiciones de vida, para dar como resultado una menor calidad de la atención médica, evidenciando que no solo es necesario garantizar el acceso a la salud sino también garantizar a la equidad en la calidad de la atención, como quedo demostrado en un estudio de mujeres migrantes en Portugal (55).

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio de las experiencias y percepciones de atención de salud materna infantil de las mujeres migrantes internacionales, genera una valiosa información poco abordada en nuestro país, pues ellas mismas son las encargadas de entregar sus relatos, respecto a como visualizan y perciben la atención de salud que se les esta brindando, emergiendo a su vez, cuales son las brechas existentes y las alternativas para asegurar el mejoramiento de estas.

Se puede evidenciar que las diferencias culturales existentes en torno a los cuidados de salud materno infantil, en su mayoría, son asimiladas de buena manera e integrados como nuevos conocimientos, como el caso de las mujeres haitianas y la incorporación de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, existen otros casos en que hay una valoración negativa de estas diferencias, ya sea porque no se les entrega una adecuada información o porque sencillamente no se respetan sus saberes, y se les tratan de imponer de manera hegemónica los existentes en Chile, como es el caso del “Parto respetado”.

Asimismo, emerge la falta de información del funcionamiento del sistema de salud en sus distintos niveles, lo cual provoca dificultad en el acceso a las distintas prestaciones requeridas por esta población, siendo esto agravado, cuando existe además un desconocimiento de sus derechos en salud, pudiendo llevar a una vulneración de estos.

Por ende, aparece la necesidad de información adecuada, respecto al funcionamiento general del CESFAM, incluyendo desde los horarios de atención, requisitos, trámites, tipo de atenciones, programas y prestaciones existentes, pero también respecto a los derechos y deberes que estas mujeres poseen en relación a la atención de salud en Chile, si bien existen cartillas informativas, en los distintos servicios del establecimiento de salud, sería importante asegurarse de que estos sean comprendidos por esta población, al momento de ingresar al centro de salud, mediante la entrega de una cartilla o un informativo personalizado ya sea en español

o kreole, acompañado de una orientación verbal por parte del personal que realiza la inscripción.

Esto resalta la necesidad de que los funcionarios de salud, se capaciten tanto en información de salud de la población migrante, derechos y deberes de esta población, como en herramientas de competencia cultural, adaptándose a las creencias, y necesidades específicas de esta población, para lograr el bienestar, la satisfacción y adherencia a los programas de salud, obteniendo finalmente, una mejor calidad y resultados en salud. Esto implica, que se logren acercar ambos saberes y resuelvan estas diferencias culturales existentes mediante la creación de diálogos de confianza, pero por sobre todo de respeto mutuo, en el intercambio cultural de conocimientos.

En relación a la participación, se recomienda crear una instancia, a lo menos anual de diagnóstico participativo, donde las mujeres migrantes internacionales, tengan un espacio de reflexión en el CESFAM para expresar sus experiencias dentro del sistema de salud local y sus necesidades, las cuales se puedan ir recogiendo para la adecuación de los Programas de Salud existentes en este caso el Chile Crece Contigo, pero también el de Salud Sexual y Reproductiva y los otros existentes en APS, los cuales si bien son transversales, aun están al debe en su adecuación e incorporación del componente cultural de esta población.

También resalta la necesidad de incorporar un traductor o un facilitador intercultural para la entrega de información a la población haitiana, ya que la barrera idiomática, genera una disminución o entendimiento equivocado de la información durante los controles de salud, lo que puede interactuar con determinantes sociales, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y las malas condiciones de vida, para dar como resultado una menor calidad de la atención médica, evidenciando que no solo es necesario garantizar el acceso a la salud, sino también garantizar la equidad en la calidad de la atención.

VIII. REFERENCIAS

1. Censo 2017 [Internet]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: <https://www.censo2017.cl/>
2. Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 7]. Available from: <https://www.ine.cl/docs/default-source/default-document-library/estimación-de-personas-extranjeras-residentes-en-chile-al-31-de-diciembre-de-2018.pdf?sfvrsn=0>
3. Estadísticas migratorias - Departamento de Extranjería y Migración [Internet]. [cited 2018 Jun 18]. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
4. Cabieses B / Bernales M / McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. [cited 2018 Jun 18]; Available from: http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2017/Libro_La_migracion_internacional.pdf
5. Salaverry O. Interculturalidad en salud Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud simposio: interculturalidad en salud [internet]. Vol. 27, rev peru med exp salud publica. 2010 [cited 2019 mar 24]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1>
6. Madariaga c. Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales [Internet]. [cited 2019 Mar 24]. Available from: <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r36/interculturalidad.pdf>
7. Fazel MD, V Reed R, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. 2012 [cited 2018 Aug 1]; Available from: www.thelancet.com
8. Sánchez K, Valderas J, Messenger K, Sánchez C, Barrera F. Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile Haiti, new immigrant community in Chile. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 2];89(2):278–83. Available from: <https://migrationdataportal>.
9. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. Rev Chil pediatría [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Dec 4];88(6):707–16. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000600707&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Definitivos PR. ¿En qué etapa del post-censo estamos? [cited 2017 Dec 28]; Available from: http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
11. International Organization for Migration. World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility [Internet]. 2015. 204 p. Available from: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_en.pdf
12. IOM. World migration 2003: managing migration: challenges and responses for people on the move. IOM world Migr Rep Ser. 2003;396.

13. Vásquez-De Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? Rev Chil pediatría [Internet]. 2009 Apr [cited 2017 Dec 29];80(2):161–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. [cited 2017 Dec 29]; Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf
15. Informe sobre las migraciones en [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 4]. Available from: www.iom.int/es
16. Dalglish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Migración haitiana hacia el sur andino. Vol. 136, Journal of Experimental Psychology: General. 2007. 23–42 p.
17. 2017 International Migration Report United Nations [highlights] [Internet]. [cited 2018 Nov 25]. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf
18. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y Organización de Cooperación y de Desarrollo Económico. La migración mundial en cifras. 2013;(October):1–6. Available from: <https://www.oecd.org/els/mig/SPANISH.pdf>
19. Secretaría I De. Promoción de la salud de los migrantes. 2016;1:1–9.
20. Rojas Pedemonte N, Vásquez Rencoret J. Racismo y matrices de “ inclusión ” de la migración haitiana en Chile : elementos conceptuales y contextuales para la discusión. Polis, Rev Latinoam. 2015;42:217–45.
21. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud Publica Mex. 2006;48(6):512–21.
22. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. [cited 2017 Dec 29]; Available from: http://www.estudiosindigenas.cl/trabajados/sistema_de_salud.pdf
23. Equipos de salud d. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [cited 2017 dec 25]; available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
24. OMS | Salud materna. WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 3]; Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/
25. Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d62d6b3fe17e6c9be0400101650134b5.pdf>
26. Donoso E. Salud materna, perinatal e infantil: Chile 2000-2010. Rev Chil Obs Ginecol [Internet]. 2013;78(1):1–3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Gual-Castro C. Dilemas éticos en medicina. La interrupción del embarazo en

- la mujer gaceta médica de México artículo original. 2016;529–33.
28. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, Aguilera H, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007 [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: www.plosone.org
 29. Kaempffer R A, Medina L E. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Rev Chil pediatría [Internet]. 2006 Oct [cited 2019 Mar 24];77(5):492–500. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500007&Ing=en&nrm=iso&tlng=en
 30. Mortalidad - DEIS [Internet]. [cited 2019 Mar 24]. Available from: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
 31. Chile Crece Contigo | Ministerio de Desarrollo Social [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
 32. Asesor E. política de salud de migrantes internacionales [internet]. [cited 2019 mar 24]. available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.politica-de-salud-de-migrantes.pdf>
 33. ¿Cómo acceden a los beneficios sociales y de salud gestantes y niños(as) migrantes? | Chile Crece Contigo [Internet]. [cited 2019 Mar 27]. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/faqs/como-acceden-a-los-beneficios-sociales-y-de-salud-gestantes-y-ninosas-migrantes/>
 34. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. Cad Saude Publica [Internet]. 2002 Aug [cited 2017 Dec 29];18(4):1053–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400011&Ing=es&tlng=es
 35. OMS | Determinantes sociales de la salud. WHO [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 20]; Available from: https://www.who.int/social_determinants/es/
 36. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. JM, García de Olalla P. Gaceta sanitaria [Internet]. Vol. 18, Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2004 [cited 2018 Dec 4]. 207–213 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400033
 37. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. World Hosp Health Serv [Internet]. 2010 [cited 2017 Dec 29];46(3):5–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155421>
 38. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
 39. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Diagnóstico de población migrante : Anexo N°3. 2018;2016–9.
 40. Cabieses B / Bernales M / McIntyre AM [Internet]. [cited 2017 Dec 29]. Available from: [http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1461/International migration as a social determinant of health in Chile_ Executive](http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1461/International%20migration%20as%20a%20social%20determinant%20of%20health%20in%20Chile_Executive)

- summary040417.pdf?sequence=3
41. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013;34(1):68–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24006023>
 42. Vanthuyne K, Meloni F, Ruiz-Casares M, Rousseau C, Ricard-Guay A. Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege? *Soc Sci Med* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 29];93:78–85. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0277953613003389/1-s2.0-S0277953613003389-main.pdf?_tid=66276bf2-ecbb-11e7-9922-00000aab0f6b&acdnat=1514567708_e8fe1a1939f0e120fe08f3b2d02e4538
 43. INMIGRANTES Principales Resultados (versión extendida) [Internet]. [cited 2018 Aug 1]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Casen_2015_Inmigrantes_21122016_Extendida_Publicada.Pdf
 44. Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 2]. Available from: <http://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
 45. Sociales E, Piloto P, Colaboración U. Programa de en Salud [Internet]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: [http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1902/Plan Atención Inicial Migrantes - Febrero 2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1902/Plan%20Atencion%20Inicial%20Migrantes%20-%20Febrero%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 46. Castellano DG, Jimena Heinzen D. Entre las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo: continuidades y ¿cambios? 1 [Internet]. [cited 2019 Jul 23]. Available from: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Ni%C3%B3n-Castellano-Heinzen.pdf>
 47. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2005 Dec [cited 2019 Jul 23];39(4):375–82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400002&lng=es&tling=es
 48. Sadler M. Una aproximación a la antropología de la reproducción. In 2013. p. 19–25.
 49. Bogdan-Lovis E, De Vries R. Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe. Vol. 17, *Medical Anthropology Quarterly*. 2003. 514–515 p.
 50. David-Floyd RE. Los rituales de nacimiento en los hospitales estadounidenses [Internet]. [cited 2019 Apr 4]. Available from: <http://www.davis-floyd.com/>
 51. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2006 [cited 2019 Jul 21];23(1):22–32. Available from:

- <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf>
52. Ruiz-Azarola A, Escudero Carretero M, Andrés López-Fernández L, Gil García E, Carles March Cerdà J, López Jaramillo D. La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. 2018 [cited 2019 Mar 27]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>
 53. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín M. J, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Mar 27];29(4):244–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111500062X>
 54. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten Primaria*. 2016;48(3):149–58.
 55. Almeida, L.M., Casanova, C., Caldas, J. et al. *J Immigrant Minority Health* (2014) 16: 719. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9834-4>
 56. Programa Estudios Sociales en Salud U del D y D de AP de SIM de S. Proyecto Piloto: Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. [cited 2019 Mar 27]. Available from: [http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1902/Plan Atención Inicial Migrantes - Febrero 2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1902/Plan%20Atencion%20Inicial%20Migrantes%20-%20Febrero%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 57. Bobenrieth-Astete M. I. Los fundamentos. Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud. 2012. 426 p.
 58. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, del Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la investigación, 5ta Ed [Internet]. [cited 2019 Apr 2]. Available from: www.FreeLibros.com
 59. Delgado JM, Gutiérrez J. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido en métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid [Internet]. [cited 2018 Aug 1]. Available from: [http://bibliotecapsicologia.org/Investigacion/-Metodos y tecnicas cualitativas en las ciencias sociales.pdf](http://bibliotecapsicologia.org/Investigacion/-Metodos%20y%20tecnicas%20cualitativas%20en%20las%20ciencias%20sociales.pdf)

IX. ANEXOS

Anexo N° 1: Guion temático de las entrevistas semiestructuradas a mujeres en estudio

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA MUJERES INMIGRANTES:

Datos personales:

- Edad
- Número de hijos
- Edad del hijo menor
- Actividad
- Educación formal
- Nivel de ingresos
- Tipo de familia

- Seguro de Salud (nivel)
- Tiempo que lleva viviendo en Chile

Experiencia de migrar:

- ¿Cuáles fueron sus motivaciones para migrar a Chile?
- ¿Cómo ha sido su experiencia de migrar a Chile?
- ¿Ha vivido en algún otro país distinto al de origen? ¿Cuál? ¿Por cuánto tiempo?

Creencias y significados de salud materno infantil:

- ¿Qué sabe o entiende por salud materno infantil?
- ¿Cuál ha sido su experiencia en torno a la salud materno infantil?
- En el caso de que haya estado embarazada o haya tenido un parto en su país de origen :
 - ¿Cómo se realizan los cuidados de salud de las embarazadas en su país?
 - ¿Cómo se realizan los cuidados de salud de los niños/as en su país?
 - ¿Como se vivencian los partos y cuidados post parto en su país?
- ¿Considera importante la salud materno infantil? ¿Por qué?

- ¿Qué ha significado para usted estar embarazada y/o haber tenido un hijo/a en este país?

Experiencia y Percepciones en relación a la atención de salud materno infantil

- ¿Cómo llegó a atenderse a este centro de salud?
- ¿Cómo ha sido su experiencia en general en el centro de salud?
- ¿Cuál ha sido su experiencia en los controles de embarazo y/o de su hijo/a?
- ¿Cómo percibe las atenciones de salud en el embarazo y/o controles de su hijo/a, recibidas dentro del centro de salud?

Anexo N°2: Aprobación Por Parte Comité De Ética Servicio De Salud Metropolitano Occidente



Comité de Ética
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

1/2

CARTA N°: 36

REF.: Solicitud de Revisión Proyecto de Investigación de D. Natalia Padilla

MAT: Remite resultado de la revisión del proyecto de investigación realizada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

SANTIAGO, 13 de agosto del 2019.

D. Natalia Padilla
D. Alex Alarcón

Junto con saludar, por medio de la presente el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, informa a UD, que en la sesión de fecha 13.08.2019 se resuelve la revisión del estudio que se individualiza a continuación:

“Percepciones y experiencias en salud materno infantil de la población migrante internacional perteneciente al Programa Chile Crece Contigo del CESFAM Violeta Parra en la Comuna de Pudahuel, 2019”.

El proyecto de investigación Tenido a la vista, tiene registro de ingreso N°21/2019 y cumple con los requisitos de revisión del Comité.

Conforme a la misma, atendiendo el Artículo 22, numeral 2, del Reglamento Interno del Comité, aprobado por R.E. N°38 del 10.01.2018 y contando con la asistencia de los siguientes integrantes:

D. Mirza Retamal M. D.
D. Jorge Mena O.
D. Jimena Pichinao H.

D. Herman Würth C.
D. Felipe Flores D.



Comité de Ética
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

2/2

El Comité ha el Comité ha decidido:

APROBAR LA REVISIÓN PROPUESTA

Como parte del seguimiento que se realiza de todo protocolo llevado a cabo en esta red de salud, este Comité requiere que usted envíe informe final del proyecto una vez ejecutado.

En la eventualidad de querer incorporar nuevas modificaciones, como, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, personal responsable, procedimientos especificados en el protocolo aprobado, u otros, el investigador deberá notificarlo al Comité para ser sometido a una nueva evaluación, antes de que el investigador ejecute esos cambios.

Quedando a su entera disposición, se despiden cordialmente

DRA. MIRZA RETAMAL MORAGA
VICE - PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE



D. JORGE MENA ORDOÑEZ
SECRETARIO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

DISTRIBUCIÓN:

- Destinatario
- Archivo CEC Occ.

Anexo N°3: Consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

Santiago, _____ 2019.

Estimada _____

Me encuentro realizando una investigación respecto a las percepciones y experiencias en salud materno infantil de la población migrante internacional del CESFAM Violeta Parra, para mi tesis de Magister en Salud Pública, de la Universidad de Chile. Por ello, quisiera invitarla a participar, con el objetivo de conversar respecto sus experiencias y atenciones de salud, durante su embarazo, parto, post parto y de su hijo/a durante el primer año de nacido/a, previas y las recibidas dentro del CESFAM Violeta Parra, a través de una entrevista individual, cuyo audio será grabado, con una duración aproximadamente entre 30 a 45 minutos.

Su participación es voluntaria y los datos entregados serán absolutamente confidenciales, por lo cual se resguardará su anonimato. Además, usted tiene la libertad de retirarse, si así lo quiere, en cualquier momento durante la entrevista.

Si desea participar, por favor complete la siguiente autorización: "He sido invitada a participar en una entrevista acerca de mis percepciones y experiencias en salud materno infantil, para la tesis de grado de magister, sobre las percepciones y experiencias en salud materno infantil de la población migrante internacional, perteneciente al Programa Chile Crece Contigo del CESFAM Violeta Parra, realizada por Natalia Padilla. Entiendo que mi participación en la entrevista será grabada (sólo el audio, sin video) y que lo autorizo a firmar este documento de consentimiento informado. He tenido el tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente, no tengo ninguna duda al respecto. Por lo tanto, acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento."



Firma

Natalia Padilla Betrán

Contacto: Natypadi@gmail.com 9933969916

Dr. Luis Araya Cortés

Presidente Comité de ético científico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Contacto: comiteeticassmocc@redsalud.gob.cl