

Atención materno-infantil a inmigrantes peruanas en el servicio de salud metropolitano central (SSMC): una aproximación desde la antropología médica.

Andrea Álvarez, Natalia Garrido, Catalina Leiva, Camila Scozia, Silvia Zamorano y Carmen López de las Heras.

Cita:

Andrea Álvarez, Natalia Garrido, Catalina Leiva, Camila Scozia, Silvia Zamorano y Carmen López de las Heras (2010). *Atención materno-infantil a inmigrantes peruanas en el servicio de salud metropolitano central (SSMC): una aproximación desde la antropología médica*. VII Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Pedro de Atacama.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vii.congreso.chileno.de.antropologia/25>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYYc/T3Z>

**SIMPOSIO 6: POBLACIONES EN MOVIMIENTO. MIGRACIONES, MOVILIDADES Y
ETNIFICACIÓN DE LA CIUDAD**
COORDINADORES: ALEJANDRO GARCÉS Y WALTER IMILÁN

Atención materno-infantil a inmigrantes peruanas en el servicio
de salud metropolitano central (SSMC): una aproximación desde
la antropología médica

Andrea Álvarez²⁴⁸
Natalia Garrido²⁴⁹
Catalina Leiva²⁵⁰
Camila Scozia²⁵¹
Silvia Zamorano²⁵²
Carmen López de las Heras²⁵³

RESUMEN

Desde el enfoque de la antropología médica, tuvimos por objetivo indagar en las percepciones recíprocas entre las usuarias inmigrantes peruanas y los funcionarios involucrados en el proceso de atención materno-infantil, en dos consultorios del SSMC. Se utilizó un enfoque cualitativo, y una muestra de carácter no probabilístico, realizándose observación pasiva directa y 26 entrevistas semi-estructuradas. Respecto de los aspectos negativos de la atención que afectan a las inmigrantes peruanas hemos agrupado los resultados obtenidos en dos tipos: trato diferenciado e indiferenciado. Entendemos el primero como resultado de una distinción que los funcionarios llevan a cabo en la atención y cuya base es un prejuicio, mientras que el segundo se produce al darse una atención igualitaria que no considera sus necesidades particulares.

Palabras claves: atención materno-infantil; inmigración peruana femenina; barreras de acceso en la atención.

ABSTRACT

From the perspective of medical anthropology, we aim to study the mutual perceptions between Peruvian immigrant users and functionaries involved in the process of maternal and child care in

²⁴⁸Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Marín 574, Depto. 503. Santiago, Región Metropolitana, Chile E-mail: andrealcar@hotmail

²⁴⁹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Maturana 957, pasaje 3, casa N° 2179, Santiago, Región Metropolitana, Chile. E-mail: ngarridom@ug.uchile.cl

²⁵⁰ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Jorge Quevedo 5285, Macul, Región Metropolitana, Chile. E-mail: cata.lvbz@gmail.com

²⁵¹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile Padre Mariano Chaparro 3870, Macul, Región Metropolitana, Chile. E-mail: kamyko@hotmail.com

²⁵² Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Avenida Salvador 327, Depto 5. Providencia, Región Metropolitana, Chile E-mail: silvia.zf@gmail.com

²⁵³ Universidad Autónoma de Madrid. E-mail: carmendriade@gmail.com

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

two clinics of SSMC. We used a qualitative approach, and a non-probabilistic sample, carrying out direct passive observation and 26 semi-structured interviews. Regarding the negative aspects of care that affect the Peruvian immigrants, we have classified the results into two types: differentiated and undifferentiated treatment. We understand the former as the result of a prejudice-based distinction, while the latter takes place when the functionaries give equal attention, not considering the particular needs of Peruvian immigrant users.

Key words: maternal and child care, female Peruvian immigration, barriers to access care.

Antecedentes

Antecedentes de los movimientos migratorios en la región

La migración es un proceso que ha desarrollado el hombre desde los inicios de su existencia. En ocasiones obligados, en otras orientados por factores sociales, económicos, culturales -entre muchos otros- distintos grupos de personas de variadas características han abandonado su sociedad de origen para establecerse temporal o definitivamente en otro lugar. Dentro de la migración voluntaria, en la época contemporánea, y específicamente durante el último siglo, gracias a diversos factores entre los que cabe considerar el desarrollo industrial de los países del hemisferio norte -a diferencia de los países del hemisferio sur- y la globalización, se han ido configurando patrones específicos de migración. En ese sentido, si bien en un primer momento sucedía que los migrantes circulaban desde un país subdesarrollado hacia uno desarrollado, esta tendencia ha cambiado en las últimas décadas, lo cual da cuenta de una realidad latinoamericana en que los destinos de los migrantes son también sus países fronterizos “donde el destino es una sociedad de mayor cercanía geográfica, social y cultural” (Mora, 2009: 2). Ante todo, la migración es consecuencia del subdesarrollo y la desigualdad de la región, y, a la vez, como señala Ruiz (2008) contribuye a mantenerla. De ese modo, la migración que ha experimentado Chile en los últimos 15 años se inscribe dentro de un patrón migratorio intrarregional (Stefoni 2005).

La migración intrarregional en América Latina y el Caribe presenta un aumento de la migración de personal calificado entre países, concentrados en zonas urbanas y flujos mayoritariamente femeninos (Organización Internacional para la Migración [OIM] Chile 2009).

Fenómeno de la migración en Chile

Con la realización del Censo del año 2002 y su comparación con los datos de 1992 se ha dado cuenta del incremento de la presencia de inmigrantes en Chile durante la segunda mitad de la década de los noventa, época en que se desarrolla la denominada “Nueva Inmigración” (Martínez 2003). En nuestro país la situación migratoria de un extranjero se define de acuerdo a lo señalado en el artículo 4 del Decreto Ley 1.094 (Ministerio del Interior 1975), donde se señala que los extranjeros podrán ingresar a Chile en calidad de Turistas, Residentes, Residentes Oficiales e Inmigrantes. Las visaciones más comunes para los inmigrantes peruanos corresponden a residentes sujetos a contrato y residentes temporarios, los cuales se describirán a continuación:

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

El año 2002 existían en nuestro país 195.320 extranjeros residentes, de los cuales el 25,8% correspondía a inmigrantes argentinos, 20,01% a inmigrantes peruanos y el 5,96% a inmigrantes bolivianos. El flujo migratorio se incrementó en un 75% desde 1992 a 2002. De acuerdo a la clasificación anterior, el Departamento de Extranjería (Gómez 2009) entregó datos respecto de la variación del número de personas según el país de origen y situación legal, como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1: Número de inmigrantes según país de origen y situación legal, años 2006, 2007 y 2008.

País	2006		2007		2008	
	Residentes	Irregulares	Residentes	Irregulares	Residentes	Irregulares
Perú	66.134	13.227	83.352	2.601	107.557	2.601
Argentina	57.738	5.774	59.711	0	59.180	
Bolivia	14.716	1.472	20.214	0	22.227	748
Ecuador	13.252	1.325	14.688	749	17.741	816
Total Nacional	256.829	25.882	290.901	6.763	317.057	7.371

Gómez, 2009.

Estos antecedentes arrojan el particular incremento en la cantidad de inmigrantes peruanos desde 2002 a 2008, correspondiente a un total de 110.158 personas que constituyen el 33,9% del total de los inmigrantes en nuestro país. Esta población migrante se concentra principalmente en las zonas fronterizas y en el denominado “casco antiguo” de la Región Metropolitana, correspondiente a las comunas de Santiago, Renca, Estación Central, Independencia, entre otras (Hidalgo y Torres 2009).

La población peruana en nuestro país se caracteriza por ser un grupo en busca de mejores posibilidades laborales. Según el censo del 2002 se desempeñaban principalmente en: comercio (13,5%), servicios (19,8%) y trabajo doméstico (43%) (Martínez 2003). Cabe destacar que poco más del 60% de los inmigrantes peruanos son mujeres y el 70% de aquellas que se encontraban trabajando, lo hacían en el último sector (Stefoni 2009). La mayoría de estas mujeres son madres; en Chile, un 85% de las migrantes peruanas en servicio doméstico tienen hijos, factor importante al considerar que su desplazamiento hacia el extranjero se vio afectado por una razón económica, influenciadas por una estrategia familiar (Organización de las Naciones Unidas [ONU] 2007).

Inmigrantes y salud pública chilena

Respecto a las investigaciones previas sobre el tema que nos ocupa, el Ministerio del Interior, a través del Departamento de Extranjería e Inmigración dio a conocer en 2008 los principales resultados del estudio “Inmigración, Equidad de Género y Seguridad Pública” realizado en las Regiones I, II y Metropolitana entre 820 inmigrantes provenientes de la Comunidad Andina (Ministerio del Interior 2008b). A partir de él se relevan los siguientes datos:

La mayoría de los inmigrantes acceden a prestaciones de salud a través de FONASA, que en el caso de la población peruana asciende al 60%. Un 4% de estos encuestados accede mediante ISAPRE. Cabe destacar que presentan el mayor porcentaje de población sin ningún tipo de

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

acceso a cobertura de salud (36%). En este caso, uno de cada dos inmigrantes se acerca al servicio de salud pública para acceder a la atención. Distinguiendo por nacionalidad, destaca la población peruana (48,7%), ecuatoriana (48 %) y boliviana (47,8%).

Al momento de evaluar la atención recibida en el sistema público de salud, el 63,4% de los inmigrantes entregan una valoración buena o muy buena. Al establecer la comparación entre los sistemas de salud públicos del país de origen y el chileno, el 80,8% de los inmigrantes consideran que la atención recibida es similar a la de su país de origen. En el caso de los migrantes peruanos la comparación entre los sistemas de salud público del país de origen y el chileno se disgrega de la siguiente manera: 3% Mejor, 75% Igual, 22% Peor.

Otras investigaciones que han trabajado sobre el tema de la salud de los inmigrantes han sido apoyadas y financiadas por la OIM. Una de ellas se centra en la salud global de los inmigrantes en la zona de Santiago y la otra en la salud mental de los inmigrantes en la zona norte de Santiago (OIM 2009).

La investigación acerca de la salud global analiza los determinantes sociales en salud que se dan en la población migrante, tales como la situación de regularidad o irregularidad, las condiciones laborales, los ingresos económicos, las condiciones de vivienda, el acceso a la atención en salud y el bienestar psicosocial. Una de las conclusiones a las que llega el estudio es que el desconocimiento de derechos y deberes, asociado a la complejidad y diversidad crecientes de las poblaciones migratorias en Chile, está creando demandas y presión en algunos consultorios de atención primaria de salud. Asimismo, expresa cómo la población inmigrante no regular genera gasto y no conlleva financiamiento (al no tener cédula de identidad, los consultorios no perciben el pago per cápita por dichas personas), lo cual afecta la estadística nacional de salud, generando un desincentivo por parte del personal de salud para la atención primaria a inmigrantes en situación no regular, una población que tiene mínimas posibilidades de acceso a la atención en los servicios públicos de salud.

La segunda investigación elaborada por el Ministerio de Salud con el apoyo de la OIM realiza un diagnóstico para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte Metropolitana. Este estudio muestra cómo las condiciones sociales en las que se insertan en Chile constituyen un factor de riesgo y vulnerabilidad para su salud mental. Las barreras de acceso a los servicios públicos y la discriminación, entre otros factores, afectan a todos/as los miembros de las familias migrantes y generan alarma en términos de su salud mental. Es por ello que el estudio concluye sugiriendo un plan de sensibilización y capacitación para profesionales, técnicos y funcionarios en áreas de salud y educación y la apertura de espacios de intercambio cultural, así como programas de intervención psicosocial.

El gobierno de Chile ante el nuevo escenario

En lo relativo a la integración y protección social de los inmigrantes se indica que “es deber del Estado de Chile garantizar el ejercicio del derecho (...) a la salud: no se podrá en ningún caso denegar prestaciones de salud a los extranjeros que lo requieran, de acuerdo con su situación previsual” (Ministerio del Interior 2008a).

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

En continuidad con la articulación de una política migratoria se difunde en Junio de 2008 el Ordinario A14 N° 322 (Gobierno de Chile) en el que se establecen una serie de acuerdos con el Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior, dando lugar a las siguientes consideraciones en torno a la población inmigrante:

- “Se proporcionará a todos los niños y niñas menores de 18 años extranjeros atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones de sus pares chilenos. Lo anterior es válido independientemente de su condición migratoria en Chile, y la de sus padres, tutores o representantes legales.

- Mujeres embarazadas en situación irregular: Se ha dispuesto otorgar una visa de residencia temporaria a la mujer que se encuentra en estado de gravidez y que se controla regularmente en Consultorio que corresponde a su domicilio.... Podrán acogerse a este beneficio, aquellas extranjeras, que habiendo tenido una residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar su condición de irregularidad y que son atendidas en los consultorios públicos correspondientes a su domicilio.

- De esta forma este grupo inmigrante tiene la posibilidad de regularizar su situación migratoria de forma expedita con el fin de ser atendida por la red asistencial pública de salud en igualdad de condiciones que sus pares chilenas”.

Aportes teórico-prácticos en torno al ámbito de la salud y las migraciones

La antropología médica es una subdisciplina que surge en los años 60's y que, en pocas palabras, plantea que la salud y la enfermedad son construcciones socioculturales que se dan en contextos específicos. En antropología médica existen ciertos acuerdos básicos que sitúan los principios universales del comportamiento y las nociones médicas en el contexto de la cultura y, en este sentido, se acepta la enfermedad como rasgo universal del hombre y se plantea que todos los grupos humanos desarrollan métodos, creencias, conocimientos y percepciones culturales particulares con el fin de enfrentarla.

Con la idea de conceptualizar la medicina como un producto cultural se han utilizado los conceptos de sistema médico y modelo médico. Pedersen identificó al sistema médico como aquella forma de interpretar, comprender y, por tanto, tratar o manejar la situación salud-enfermedad, que está integrada en un sustrato particular de conceptos y valores pertenecientes a una determinada cultura (citado en Citarella 1995). Mientras, otros autores hacen una distinción que ya se puede intuir en Pedersen. Por un lado, tenemos el modelo médico, un conjunto conceptual con una estructura lógica, que forma parte del marco orientativo cultural y que está conformado por distinciones, definiciones, concepciones y supuestos que utilizan las personas para explicarse a sí mismos la aparición de la enfermedad y para generar estrategias para combatirla. Esta teoría debe ser manejada por los practicantes pero no necesariamente conocida a cabalidad por los usuarios, que sólo deben aceptar la lógica de la teoría como válida. Por otro lado, tenemos el sistema médico, un conjunto institucional organizado de prácticas y procedimientos, elementos materiales, personas y roles, normas, etc. respecto del ámbito de la salud y la enfermedad, que se deriva de las bases conceptuales del modelo médico.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

Por otra parte, la interculturalidad es otro concepto de la antropología médica que sería relevante tratar para esta investigación. Para Millán, la interculturalidad se puede entender como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad, de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para buscar más igualdad para todos. Se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Según Millán la interculturalidad en la salud aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales como una herramienta de consolidación de un sistema más equitativo y participativo (Millán 2004, citado en Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2008).

La migración desde la perspectiva de las ciencias sociales

Ravenstein (1885, citado en Goldberg 2003) planteó un modelo aún vigente que señala que los procesos migratorios se dan, en general, en torno a dos variables, mediante un movimiento centrípeto o de atracción (*pull*), y otro centrífugo o de expulsión (*push*). En general, actualmente los procesos migratorios se circunscriben a la dinámica de “reacomodo de la fuerza de trabajo en el nuevo mercado mundial de trabajo globalizado” (Goldberg 2003:31), desde una perspectiva económica. Tal como señalan autores como Arestis y Rifkin estamos ante una nueva forma flexible de acumulación del capital, en un contexto post-fordista (Goldberg 2003). En el marco de la dialéctica “*push and pull*”, “los mercados de empleo estarían cada vez más determinados por los flujos migratorios y éstos, a su vez, estarían determinados por la demanda de mano de obra de los países receptores” (Goldberg 2003:31).

Sassen plantea la necesidad de considerar las causas estructurales que generan la inmigración, así como la vinculación de los fenómenos migratorios con las políticas que los producen (1996, citado en Goldberg 2003). En ese sentido, como señala García Canclini desde 1990 se observa, a partir de las políticas neoliberales, un aumento del fenómeno migratorio desde países periféricos a países capitalistas-centrales (1999, citado en Goldberg 2003).

Migración: nuevos desafíos en interculturalidad

Como ya ha sido expuesto, el fenómeno de las migraciones internacionales dista de ser un fenómeno reciente. Los países desarrollados han sido los primeros en recibir constantes oleadas migratorias durante las últimas décadas, lo que ha hecho que la relación establecida entre inmigrantes y la salud pública de los países de acogida, haya sido ampliamente problematizada y estudiada en dichos contextos. Ahora, si bien estas temáticas han sido investigadas, no es posible dar cuenta de una mayor articulación entre las publicaciones o la existencia de una línea de investigación que dé coherencia a los fenómenos involucrados en torno a los procesos que vive la población inmigrante. Por otra parte, las particularidades de los sistemas de salud pública en los diversos países de acogida, sumando al componente político involucrado en la relación que establecen los inmigrantes con el estado y viceversa, ha hecho que en general no se defina una política clara respecto a quién(es) puede(n) o no ser atendidos y bajo qué condiciones, por lo que una serie de estrategias locales han funcionado para dar cobertura a la que se ha entendido como una población particularmente vulnerable en acceso a servicios básicos y el ejercicio de derechos ciudadanos, por lo que las demandas desde el enfoque de los derechos humanos han ido ganando

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

terreno especialmente entre las organizaciones para inmigrantes (Universidad Diego Portales 2005).

Si bien tanto en Chile como en otros países latinoamericanos, diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas han motivado la generación de iniciativas tendientes a desarrollar procesos interculturales en salud, éstas se han orientado casi exclusivamente hacia poblaciones indígenas, haciéndose necesaria la implementación de políticas de salud intercultural en relación a los extendidos procesos migratorios y sus especificidades. En ese sentido, esa necesidad de un enfoque intercultural en salud se hace patente incluso en programas que en su inspiración tienden a un esfuerzo integrador; tal es el caso del programa Chile Crece Contigo, impulsado por el Gobierno donde si bien existe un afán por lograr una perspectiva equitativa y multidisciplinaria, de atención integral a todos los chilenos y chilenas, considerando a los sujetos en sus individualidades étnicas, en la práctica el sujeto migrante se encuentra invisibilizado y no se contempla una asistencia focalizada o la cobertura de las necesidades específicas de ese colectivo que, por sus precarias condiciones de vida, se presenta como particularmente vulnerable.

El Estado de Chile ratificó en 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño, asumiendo el compromiso de asegurar a todos los niños y niñas que habitan en el país los derechos y principios consagrados en la misma, con lo que, por consiguiente, mujeres embarazadas de cualquier nacionalidad podrían atenderse de forma gratuita con todas las prestaciones del sistema en nuestro país. Sin embargo, al no considerar las características particulares de la población inmigrante se presentan barreras culturales que no están siendo abordadas por nuestro sistema de salud, haciéndose necesaria la implementación prioritaria de iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituyan una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. En tal sentido, es posible afirmar que el fenómeno de la inmigración se configura como un problema sociocultural cuyas repercusiones en la salud pública deben ser atendidas.

A continuación, se hará referencia a las tres principales formas en que el sector sanitario de las sociedades receptoras ha abordado la temática de la salud y las migraciones (Meñaca 2004).

a) El hecho mismo de migrar

Uno de los primeros enfoques hacia las migraciones enfatizó el acto mismo de migrar, en el viaje que implica el transporte de agentes patógenos. En algunos casos se ve cómo prima el discurso en torno a la posibilidad de la llegada de “enfermedades parasitarias tropicales” como una amenaza para la salud de la población autóctona, que insta a los profesionales relacionados con este ámbito, y a sus instituciones, a prepararse para esta nueva situación

En ese sentido, los problemas de salud de los migrantes sólo salen a la luz cuando suponen una amenaza a la salud pública general. Según Otero (2006), las enfermedades que han sido mayormente asociadas a la población inmigrante en España son las enfermedades infecciosas: tuberculosis en el 26% de los estudios y VIH-SIDA en el 23% de los mismos. Las enfermedades infecciosas al tener la capacidad de transmitirse, comportan mayor alarma social, y en la mayoría de los casos tienen una estigmatización asociada que se ha ido arraigando históricamente. Así, según Otero, en España, a partir de los estudios científicos sobre el tema, se ha construido a “los

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

inmigrantes” o a la “población inmigrante” como un grupo de riesgo para múltiples problemas de salud: VIH-SIDA, tuberculosis, parasitosis, drogadicciones, interrupciones voluntarias del embarazo, etc.

Otro abordaje que pone el foco de atención en el acto de migrar, es el que plantea los efectos negativos del cambio de contexto sociocultural, aquí la atención se sitúa en los problemas de salud mental que se consideran específicos de los inmigrantes, como el duelo migratorio, el estrés aculturativo, el síndrome de Ulises o la condición migrante.

b) Los factores socioeconómicos

A través de los estudios desarrollados en el ámbito de salud y migraciones, se puede afirmar que en aquellos países con grandes flujos migratorios, la población autóctona y la migrante tienen diferentes perfiles epidemiológicos y desigual acceso a asistencia médica (European Commission Against Racism 2000). En ese sentido, las otras dos formas de abordar la temática de la salud y las migraciones, intentan develar las causas de la desigualdad en salud entre la población autóctona y la migrante. Así, según Meñaca (2004) en un segundo abordaje, se pone el acento en los factores socioeconómicos; la situación de pobreza, marginación y exclusión en que se encuentran los inmigrantes. La mayor parte de los libros generales sobre salud y migraciones destinados al público sanitario reconoce la existencia e influencia de este tipo de factores tanto en las condiciones de salud de los inmigrantes, como en su acceso a los cuidados sanitarios. Sin embargo, una vez admitidos, pierden protagonismo en la búsqueda de soluciones, pues teniendo en cuenta que el modelo biomédico hegemónico centra sus conocimientos, técnicas y prácticas en lo biológico y, en menor medida, en lo psicológico, resulta comprensible que el grueso de los profesionales sanitarios consideren que los factores socioeconómicos forman parte de las condiciones previas a su trabajo, ante las cuales no tienen poder o competencia para actuar.

Otero (2006) destaca la importancia de incluir estos factores en los estudios relacionados con la salud, ya que son determinantes sociales que influyen en los estados de salud-enfermedad de las poblaciones. En concreto, la población inmigrante se encuentra condicionada por una serie de determinantes que no sólo dependen de su estilo de vida sino de otros factores derivados de las condiciones externas que soportan por su condición de migrantes, y de inmigrantes económicos, más específicamente.

c) Las diferencias culturales

A partir de este abordaje se abre el debate sobre si las causas de los diferentes niveles de salud y el desigual acceso a asistencia médica entre autóctonos y migrantes, van o no más allá de las diferencias socioeconómicas. Así, siguiendo a Meñaca, nos introducimos a un tercer enfoque; las diferencias culturales. Aunque el problema en sí, no serían las diferencias culturales, sino la falta de sensibilidad hacia éstas por parte de los involucrados en la relación: los funcionarios médicos y los usuarios inmigrantes. En ese sentido, Alarcón, Vidal y Neira (2003) exponen la necesidad de un desarrollo de procesos interculturales. Así, aún cuando el modelo biomédico se ha planteado mundialmente como el modelo capaz de ofrecer explicación y respuesta si no a todos, a la mayoría de los problemas de salud de la población con independencia de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad, la experiencia de proyectos en salud internacional, dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, dan cuenta de las

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos y desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena. En este contexto, el desafío planteado hoy y en las décadas venideras para el sector salud consiste en crear modelos de salud que en un enfoque intercultural, respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre saberes, planteándose así la interculturalidad como un proceso de acercamiento entre los distintos sistemas médicos.

Según European Commission Against Racism (2000) la extensa literatura sobre la influencia de los prejuicios de los funcionarios médicos en las desigualdades de salud y de acceso a atención médica entre migrantes y autóctonos, afirma que las diferencias socioeconómicas no pueden ser la única explicación para estas realidades y subraya el hecho de cómo en algunos casos la discriminación y el racismo hacia las minorías étnicas puede ser decisivo. Lo difícil es llegar a conocer específicamente cómo y en qué magnitud el racismo afecta la salud de las minorías étnicas o de las culturas diferentes de la dominante. Así, considerando la complejidad de variables implicadas en el tema, muchas perspectivas deben ser tomadas en consideración; la médica, psicológica, y socio-antropológica. Pero más allá de una postura extrema como el racismo, el problema de las diferencias culturales, según Meñaca (2004) reside en gran parte en el proceso de comunicación entre funcionarios y usuarios. A este respecto, el autor se refiere al concepto de *competencia cultural* desarrollado en Estados Unidos con el objetivo de garantizar que todo usuario del sistema de salud reciba un tratamiento efectivo e igualitario de una manera cultural y lingüísticamente apropiada (2004).

Pero no se trata de un problema de tratamiento simple, pues cabe advertir que con la sensibilización hacia el inmigrante, en vez de eliminarse los estereotipos, éstos se refuerzan. Según Meñaca (ibid.) si bien se ha intentado dar información y educación sobre la diversidad cultural, usualmente se ha insistido en reducir la información cultural de los inmigrantes a sus culturas tradicionales, que aparecen estereotipadas y exotizadas, a la vez que se ha dado excesiva importancia a los componentes religiosos de las mismas en detrimento de otros tipos de saberes, prácticas y valores. En este sentido, se ha hecho uso de un concepto de cultura esencialista; un conjunto de conocimientos, valores y creencias inflexibles y rígidas. De esa manera, en lugar de resultar buenas herramientas para el profesional sanitario, muchas veces le han podido llevar a malentendidos y a ser más rígido que los propios migrantes en la interpretación de sus normas y tabúes culturales. A la vez, Meñaca afirma que se dibuja una situación comunicativa desigual, entre unos inmigrantes con cultura tradicional, exótica y rígida, y profesionales portadores de conocimientos no culturales, científicos y racionales (2004). Respecto a las críticas que se han hecho a ese concepto esencialista de cultura que se maneja en el sector biosanitario, van Dijk (1998, citado en Meñaca 2004) plantea que es necesario un concepto de cultura dinámico y situacional que permita incorporar los cambios culturales que el mismo proceso migratorio implica. Paralelamente, Comelles y Allué (2001, citado en Meñaca 2004) plantean la importancia de no exotizar a los pacientes inmigrantes, considerando necesario hacer ver a los profesionales del sector salud que lo cultural está presente en el contacto con todo usuario del sistema sanitario, sea o no inmigrante. Por otra parte, Meñaca plantea que también se ha propuesto a los profesionales de la medicina trabajar habilidades como la empatía, la sensibilidad cultural y la

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

reflexión acerca de sus propios valores culturales como un ejercicio necesario para traspasar las barreras culturales (2004). Estos han sido los enfoques interculturales, que buscan la solución en el diálogo, la implicación y colaboración entre profesionales médicos e inmigrantes, en un proceso conjunto de aprendizaje que no deberían reducirse a momentos puntuales entre determinados profesionales del sector salud y unos muy concretos inmigrantes.

Problematización, justificación y objetivos

La migración, en el escenario tanto mundial como nacional, aparece como un problema sociocultural con repercusiones significativas en la salud pública, y en ese sentido, es importante destacar cómo esos extendidos fenómenos migratorios plantean nuevos desafíos en interculturalidad. De este modo, es preciso explicitar la necesidad de explotar este postergado campo de estudio con el fin de visibilizar las demandas específicas que plantea un sector que por sus, en general, precarias condiciones de vida se perfila como un grupo particularmente vulnerable en el acceso a los servicios básicos, de donde emerge la relevancia social de garantizar o por lo menos facilitar su acceso a la atención médica en contextos donde puede existir desigualdad en salud entre la población autóctona y la migrante.

La identificación del fenómeno migratorio como un eje de interés en la implementación de medidas sanitarias semejantes es muy relevante en tanto es claro que la población migrante plantea demandas sumamente específicas que deben ser atendidas con urgencia. Recogiendo el desafío de Alarcón, Vidal y Neira (2003), sobre crear modelos de salud intercultural que respondan a las expectativas materiales y culturales de los usuarios, es necesario indagar acerca de cuáles son las situaciones del sistema sanitario y cuáles son las situaciones sociales particulares de las migrantes en las sociedades de destino.

La elección sobre la población peruana femenina, tiene relación con los requerimientos del propio Servicio de Salud, que ve como un desafío mejorar la calidad de atención y el mejor cumplimiento de las metas sanitarias, ya que se percibe que esta parte de la población muestra un alto porcentaje de adherencia tardía a controles prenatales en gestantes. Esta situación nos conduce a profundizar los factores que permiten esta tendencia, factores que parecieran no obedecer sólo a condiciones socioeconómicas de las inmigrantes.

En síntesis, en el contexto de las inmigraciones internacionales que han tenido reciente auge en nuestro país, mayoritariamente peruana y femenina, nuevas relaciones entre este grupo particular de población y el sistema de salud pública han surgido. La presente investigación se realiza en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central, como núcleos donde se atiende un importante contingente de población peruana. En ese sentido, el indagar en las prácticas de las mujeres migrantes dentro y fuera del sistema sanitario chileno implica examinar también las prácticas de otros actores que intervienen e interactúan en el contexto de estudio, tales como los funcionarios directivos, los funcionarios administrativos, el personal sanitario, las asistentes sociales, las matronas, así como las usuarias inmigrantes.

En ese sentido, en el marco de una investigación exploratorio-descriptiva, interesa aproximarse a las barreras de acceso al sistema de atención formal percibidas tanto por el personal de salud como por las propias usuarias, propósito orientado bajo la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las percepciones y conductas de y hacia las inmigrantes peruanas involucradas en su

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

proceso de atención de salud materno infantil en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central?

Objetivo General:

Indagar en las percepciones y conductas de y hacia las inmigrantes peruanas involucradas en su proceso de atención de salud materno-infantil en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Objetivos Específicos:

Indagar en las percepciones y conductas de las inmigrantes peruanas involucradas en el proceso de atención materno infantil en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Indagar en las percepciones y conductas hacia las inmigrantes peruanas involucradas en el proceso de atención de salud materno infantil en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Metodología y procedimientos

Para obtener la información que nos permitiera dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación, se decidió utilizar un enfoque cualitativo y un diseño exploratorio, no-experimental y transeccional. En un primer momento se utilizó un enfoque transeccional de carácter exploratorio, en tanto permitía una “inmersión inicial en el campo” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio 2004), sin embargo, luego derivamos en un estudio transeccional descriptivo para “categorizar y proporcionar una visión de la comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación” (ibid.: 273)

Las técnicas de producción de datos utilizadas fueron observación pasiva directa; análisis de datos primarios y secundarios de información, y entrevistas semi-estructuradas de preguntas abiertas.

La muestra utilizada es de carácter no probabilístico, de “casos típicos” correspondiente a 13 usuarias de atención materno-infantil inmigrantes y a 13 funcionarios de ambos consultorios. La investigación fue de carácter sincrónico en la medida que las técnicas fueron aplicadas en un momento único, a las personas que cumplieran con los siguientes criterios:

Tabla 2: Criterios de selección de la muestra

Atributos	Consultorio A	Consultorio B
- Inmigrante peruana. - Madre: En gestación o postnatal - Usuaria de uno de los consultorios en estudio	6	7
- Profesional o técnico de atención de salud- materno infantil	4	9

Fuente: elaboración propia.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

Cabe destacar que debido a las aprensiones que los inmigrantes en general manifiestan respecto al registro de sus datos personales -y particularmente entre los inmigrantes que no han regularizado su situación migratoria- sumado al hecho de que los contextos en los que recolectamos datos de las inmigrantes no propiciaban una entrevista altamente estructurada, resolvimos dar a conocer los términos y condiciones dentro de los cuales las personas aceptaban participar del estudio de manera oral, mediante consentimiento verbal, de modo que la presente investigación se mantuviese dentro de los marco éticos correspondientes, sin que para ello fuese necesario un consentimiento formalizado por escrito.

El análisis de datos se realizó en base a información reducida mediante la codificación de las entrevistas a partir de criterios temáticos, que luego fueron contabilizados y jerarquizados según la frecuencia y potencial interpretativo. Los datos obtenidos fueron triangulados con los antecedentes recopilados, nuestra experiencia y la observación en el campo.

Análisis de resultados

Entendiendo que resulta fundamental aproximarse a las barreras de acceso al sistema de atención de salud materno-infantil que funcionan en relación a las inmigrantes peruanas, hemos elaborado un esquema para el análisis y organización de los resultados que clasifica los *aspectos negativos de la atención* que afectan a estas usuarias. Estos aspectos negativos a los que nos referimos se relacionan con la interacción de los diferentes involucrados en el proceso de atención y no con elementos relativos al funcionamiento u organización del sistema en sí. Esto pues nuestra investigación se centró desde un principio en las percepciones y conductas involucradas en el proceso de atención de las inmigrantes, es decir, en el ámbito más relacional y cotidiano del problema que generan las barreras de acceso. Sin embargo, hemos elaborado un pequeño apartado al final de nuestro análisis que se refiere a los problemas estructurales del sistema de atención detectados principalmente en el ámbito de la circulación de la información.

Nuestro esquema clasifica los aspectos negativos de la atención que afectan a las inmigrantes peruanas en dos categorías:

- 1) Los aspectos negativos que afectan a los usuarios en general.
- 2) Los aspectos negativos de la atención que afectan específicamente a las inmigrantes peruanas. Al interior de esta categoría existen dos grupos. a) El primero agrupa los aspectos negativos que consisten en un trato diferenciado. Entendemos el trato diferenciado como resultado de una distinción que los funcionarios llevan a cabo en la atención y cuya base es un prejuicio. b) El segundo agrupa a los aspectos negativos que consisten en un trato indiferenciado. Entendemos que el trato indiferenciado se produce cuando, debido a una falta de conciencia de las diferencias socioculturales, se ignora una distinción pertinente entre usuarias chilenas y peruanas, de manera tal que, al darse una atención igualitaria que no considera sus necesidades particulares, se termina perjudicando a las peruanas.

A partir de este esquema ordenaremos las concepciones y percepciones de los diversos actores involucrados en el proceso de atención materno-infantil de las inmigrantes peruanas.

Aspectos negativos de la atención materno-infantil que afectan a las inmigrantes peruanas

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

En las entrevistas a inmigrantes se puede observar que éstas no generalizan los aspectos negativos de la atención al consultorio, a los servicios que éste presta o a la totalidad de sus funcionarios, sino que especifican ciertas áreas problemáticas (como por ejemplo el área de dación de horas) y ciertos funcionarios, en particular los funcionarios administrativos, que son identificados como problemáticos no sólo por las usuarias sino también por algunos funcionarios.

“En la atención, que ahorita, como le digo la atención de la matrona, es, ahí estamos, ¿no?, ni tan bien, ni tan mal, le repito que hay gente buena y mala, no podemos generalizar a todos tampoco... ojala la gente se dé cuenta...” (I-2 C-B)

“...Hay cierta, cierta parte, que son los reclamos reiterativos, esa es la palabra, que es la parte de la farmacia y la parte del SOME, yo creo, que ahí hay un choque...” (F. Administrativo 2 C-B)

1. Aspectos negativos que afectan a los usuarios en general.

En las entrevistas a inmigrantes se pueden recoger opiniones muy matizadas, donde éstas manifiestan entender que muchos de los aspectos negativos de la atención afectan a todos los usuarios y no son sólo resultado de una discriminación hacia ellas. Las inmigrantes dicen comprender también que las condiciones en que operan los funcionarios de los consultorios pueden tener repercusiones en sus disposiciones y su trato hacia la generalidad de los usuarios.

“Como que demora mucho, claro, porque hay mucha gente, muchos pacientes... por eso, pero después... No, todo está bien, si...” (I-4 C-A)

2. Aspectos negativos que afectan específicamente a las usuarias inmigrantes.

a) Trato diferenciado.

Al hacer una comparación entre los sistemas de salud chileno y peruano, las usuarias inmigrantes enfatizan por sobre los servicios prestados, el trato recibido. Éste se percibe como discriminatorio por su condición de inmigrantes.

Desde las entrevistas de inmigrantes se pueden obtener muchos ejemplos del trato diferenciado del que son objeto. Uno de ellos es el relato de una de las entrevistadas que comentaba los dichos de un funcionario dirigidos hacia ella: *“Que son fáciles las peruanas para tener hijos” (I-1-C-B)*. La siguiente cita también es ejemplificadora; además se debe notar en ella que la funcionaria que lleva a cabo el trato diferenciado es una funcionaria administrativa, mientras que la que resuelve la situación es una funcionaria de salud.

“Yo tenía una amiguita que su bebé estaba grave, tenía bronconeumonía, ya casi 40 de fiebre y le dijeron no hay hora, no querían atenderla, entonces, vete de aquí, ella lo que hizo fue irse a la doctora allá arriba, y meterse cuando sale otra paciente, tuvo que llorar, y la doctora dijo, pero cómo, la doctora misma la atendió y la retaron a la chica del SOME, las que dan las horas”. (I-4 C-B)

Otro ejemplo de una forma que toma el trato diferenciado hacia las inmigrantes es que son cuestionadas en su capacidad para procurar el cuidado y la higiene adecuada a sus hijos.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

“-No es capaz ni siquiera de tener tranquilo a su hijo- , todo lo que sucede es culpa mía... si el niño llora, o se mueve” (I-1 C-B)

Por otra parte, desde la perspectiva de los funcionarios podemos observar como funcionan estas distinciones que hacen entre usuarias chilenas y usuarias peruanas. La condición de prejuicio de la distinción es inconsciente para los funcionarios, es decir, los juicios se emiten como verdades. Un ejemplo de esto es que se constató que algunos funcionarios llevaban a cabo estas distinciones, sin embargo se consideraban a sí mismos como personas que se caracterizaban por no discriminar. Asimismo, los funcionarios, al reconocer el trato discriminatorio, nunca lo hacían en la forma de una autocrítica, sino siempre adjudicándolo a otros funcionarios.

“No, no, no, no todos están bien informados... en el tema de la dación de horas e inscripciones ahí se pierde un poco la información, aunque uno les diga como que no, no sé si no la captan... o...” (F. Asistente social C-B)

Algunas distinciones que salen a la luz en las entrevistas de los funcionarios son; la “lentitud” como algo característico de los peruanos derivado de su bajo nivel educacional; que son “groseros”, “atrevidos”, “prepotentes” y “agresivos”; que son “sucios” y no cuidan su higiene ni la de sus hijos; que son “sumisos”, “tranquilos”, “respetuosos”, “obedientes” y “siguen las indicaciones y normas”.

“No, ellos son tremendamente, tremendamente respetuosos, ellos son muy respetuosos, son gente respetuosa per se o sea, no porque sean ellos, o sea son extranjeros y, a mi modo de ver, los veo gente muy respetuosa, que acatan las normas, las indicaciones, ellos se dirigen bien acá a la gente” (N C-A)

“Porque, porque son... son... como dije delante, influye mucho la parte educacional, entonces y, y entienden... mal ¿me entiendes? No, no, no, cuando tú les das la información, ellos como que no retienen la información, entonces, “ah, señorita”, “¿pero no vino antes ayer al médico?”, “sí señorita, pero es que no le dije a la doctora que me dolía el dedo”, es un ejemplo... “pero cómo si yo le dí hora el lunes”, “sí, pero es que se me olvidó decirle a la señorita que me dolía el pie y le dije solamente que me dolía la cabeza y lo que más me molesta es el pie” ¿me entiendes?, entonces se van repitiendo, se van repitiendo...” (F. administrativo 1 – C-A)

b) Trato indiferenciado.

El trato indiferenciado se lleva a cabo cuando se ignoran ciertos aspectos importantes de las migrantes peruanas que las diferencian del resto de los usuarios. Los funcionarios no son conscientes de cómo su situación de migrantes genera temor, confusión, inhibición y la adopción de una actitud de sumisión. Cuando los funcionarios no generan estas distinciones, llevan a cabo un trato indiferenciado que vimos reflejado principalmente en el ámbito de la circulación de la información.

En cuanto a la forma en que circula la información, tanto administrativa como de salud, las inmigrantes manifiestan cierto descontento. Esto estaría dado por una relación poco empática y lejana que impide que éstas se acerquen a realizar consultas.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

“¿y cómo fue en el trabajo, cuando supieron que estaba embarazada? Yo supe y quería volver, yo dije, no, yo me voy a mi país, no me quedo acá, después alguien me dijo, no, no te vayas si acá te ayudan, no te pueden botar del trabajo... y así fue, yo me fui al trabajo con mucha vergüenza, como si hubiera hecho algo malo... y me trataron bien, me dieron mis beneficios” (I-2 C-B)

“A veces uno se siente así porque hay gente que trata mal, pero hay que seguir no más, luchando, porque no toda la gente es mala, hay gente que te hace a la conversación, son buenos, te aconsejan, te explican bien las cosas, porque yo creo, señorita, que igual uno no paga, pero para eso estudian ellos para que te informen bien, hay que tener paciencia no más” (I-2 C-B)

“... bueno acá mi parto me salió costando porque yo no estaba informada, señorita, sobre FONASA, estaba nula acá, y si no es por una persona que yo a veces pregunto, me informo... porque después acá no te dicen nada...” (I-2 C-B)

“La primera vez yo decía cómo me van a atender cuando quedé embarazada. Pasé hasta los dos meses sin consultar, casi hasta los tres meses sin consultar. Después me dijeron tienes que irte a controlar, porque el bebé puede estar mal y vine”. (I-5 C-A)

Por otra parte, existe de parte de las inmigrantes cierta desconfianza de la información formal, por razones como la discriminación e ilegalidad muchas inmigrantes desconfían que la información dada coincida con lo que ocurre en la práctica, particularmente en cuanto al acceso a la atención para las embarazadas en situación de ilegalidad.

“Yo tengo entendido que aquí a los inmigrantes ilegales no los atienden por más que ponen ahí, coloquen avisos, diferentes carteles, pero yo tengo entendido que no los atienden y ponen dificultades, si a mí no más me atienden por la guagua...” (I-7 C-B)

“No lo hacen valer, si no tiene rut no la atienden (...) Yo creo que no estamos bien informados, que lo que está puesto ahí no se cumple” (I-7 C-B)

Un aspecto que fue abordado frecuentemente por los funcionarios entrevistados fue el de las condiciones de vivienda de los inmigrantes peruanos, aludiendo al déficit que presenta en su infraestructura y el hacinamiento al que obliga a sus habitantes, lo que repercute directamente en las condiciones sanitarias y la salud de las inmigrantes y sus familias.

“Bueno, ahí la cosa es un poco más complicada para ellos, porque como viven en, en cuartos, en piezas, no tienen en esas piezas un lavamanos, tienen cocinas comunes, en esas casas donde viven, cuando hacemos las visitas lo podemos ver, tienen un baño común, una cocina común, entonces difícilmente pueden tener higiene como nosotros quisiéramos, ehh, una llave para lavarse las manos cada vez que mudan el niño o... tener una llave donde poder lavar sus mamaderas, esterilizarlas bien, etc., o sea, en eso, ellos están un poco mal, por las condiciones de la vivienda que tienen...” (N C-A)

A este respecto debemos afirmar que existe conocimiento en gran parte de los funcionarios entrevistados de las condiciones de vida de las inmigrantes y como éstas las limitan. Sin embargo, se nota en general una falta de reflexión sobre los aspectos y las implicancias culturales, sociales y psicológicas, tendiendo la reflexión a lo sanitario y económico. Esto da

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

cuenta de la falta de consciencia de los funcionarios de las diferencias socioculturales, los choques culturales que produce la migración y todos los procesos asociados. Cabe señalar, cómo, si bien los funcionarios están en general conscientes de las precarias condiciones de vida de los inmigrantes, en muchos casos no son comprensivos respecto de cómo éstas inevitablemente afectan ciertas prácticas de dichos sujetos en relación a tratamientos médicos prescritos. Es decir, están en conocimiento que dados los frecuentes viajes que realizan estas usuarias se les dificulta la asistencia regular a controles, pero no pueden dejar de percibir ese hecho como un elemento que perjudica el cumplimiento de sus metas sanitarias y, por tanto, el ejercicio de su profesión. Sensación que también influye en su disposición hacia estas usuarias en particular.

“Vienen muchos, son bastante demandantes y les cuesta adaptarse a las normativas del consultorio. Llegan tarde, en las consultas si pasan 20 minutos y la persona no está no se le atiende y ellos exigen la atención. No respetan mucho las normas internas. Las normas se les explican bien, el problema es que faltan mucho. Permanentemente van yendo a su país, faltan a los controles y no avisan que no van a estar con tiempo”. (F. AD-CA)

Uno de los ámbitos en los cuales se puede constatar el trato indiferenciado por parte de los funcionarios es el de la circulación de la información. Desde la perspectiva de los funcionarios, generalmente las inmigrantes se encuentran muy bien informadas. Y desde la perspectiva más específica de los funcionarios administrativos, cuyo rol está más estrechamente relacionado con el sistema de información que el de los funcionarios de salud, la información sobre atención materno-infantil es de fácil acceso para las inmigrantes, quienes aprovechan los beneficios sin grandes dificultades. Sin embargo existe poca consciencia de la situación psicológica de la inmigrante, de los temores que la llevan a adoptar una actitud pasiva y sumisa, de la necesidad de una mayor empatía y el desarrollo de una relación cercana y de confianza. Los funcionarios juzgan la facilidad del acceso a la información sin hacer estas distinciones, lo cual los lleva a tener un trato indiferenciado. Así, puede que los funcionarios no consideren necesario dar explicaciones complementarias a una inmigrante, quienes a la vez se conforman con informaciones insuficientes y poco claras sin atreverse a pedir mayores explicaciones.

Un círculo vicioso de confrontación.

Las disposiciones y conductas de los diferentes actores se entrelazan y retroalimentan, lo que significa que las expectativas y juicios que funcionarios y usuarias tienen respecto del otro inciden en sus conductas y disposiciones, las que alimentan y refuerzan los prejuicios. En suma, se genera un círculo vicioso de confrontación entre funcionarios e inmigrantes, en el cual resulta complejo señalar culpables o víctimas.

Las inmigrantes son caracterizadas por algunos funcionarios como prepotentes en comparación a usuarios chilenos. Desde la perspectiva de los funcionarios las peruanas se encuentran mejor informadas y, por lo tanto, están más atentas a exigir sus derechos. Por otra parte, existe cierta molestia desde los funcionarios hacia las inmigrantes pues consideran que éstas no se adecuan a las normas del consultorio, por ejemplo, en el caso de la asistencia irregular a los controles y la exigencia de atención una vez que se ha perdido la hora por retraso. Lo anterior desencadenaría la disposición desfavorable por parte de los funcionarios, que ha sido retratada por las inmigrantes.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

“...el problema a mi manera de pensar es que hay un choque ahí entre el usuario con el funcionario, porque el usuario también es muy prepotente, si usted llega con prepotencia el funcionario ya queda con mala disposición y siempre el que sufre es el funcionario, porque el que tiene la razón es el usuario, siempre va a tener la verdad el usuario, entonces hacen reclamos continuamente contra el SOME y la farmacia” (F. Administrativo 2 C-B)

“Hay discriminación y eso no se puede negar, hay discriminación por parte de los funcionarios, más que todo porque llegan muchos inmigrantes con un nivel educacional alto, entonces ellos saben a lo que tienen derechos, y como que a ellos les molesta un poco que ellos sepan, o sea, exigen, pero en realidad es parte, digamos, de su derecho de salud” (F. Asistente Social C-B)

Así, un tópico recurrente en el discurso de las usuarias fue el trato diferenciado y la falta de disposición de los funcionarios en la entrega de la información, situación que genera temor, confusión, y la adopción de una actitud pasiva, resignada y sumisa en las inmigrantes, que reflejaría de cierto modo, una sensación de no estar en su lugar y sentir que tienen que callar por la incómoda sensación de estar cobrando beneficios que no les corresponden. Esta situación generaría malentendidos en la comprensión de la información por parte de las usuarias. A esto podemos sumar la prepotencia de las usuarias que los funcionarios relatan en las entrevistas; aunque estas actitudes de las usuarias puedan parecer contradictorias, podemos atribuir las a diferencias en los caracteres de las inmigrantes (variabilidad que se da en todo grupo humano, lo que cuestiona la existencia de un “carácter nacional”). Cabe señalar que en muchos casos, la actitud de sumisión es superada y las usuarias logran exigir sus beneficios y hacer valer sus derechos (por la misma precariedad de su situación). Un factor relevante en el proceso señalado anteriormente, son las redes sociales de acogida que orientan y animan a las inmigrantes.

Aspectos de la atención valorados positivamente por las inmigrantes.

A pesar de estas críticas negativas, la mayoría de las inmigrantes consideran que el sistema del consultorio en general debe ser bien evaluado, en términos de su eficacia en los tratamientos médicos y los beneficios que éste presta a la comunidad.

“No, acá es mejor. En qué aspecto, señorita, en lo económico, que acá todo es gratis, análisis, tratamientos, en cambio allá en Perú... cuando yo salí en estado, todo tenía que pagar, hasta lo mínimo y acá lo que tienen es que todo le sacan a los bebés, que las caderitas, todo, y es gratuito, no pagas, en sí eso es lo que me gusta de acá, porque a veces uno se queda sin trabajo, sin plata... y así... es la vida... acá en Chile... con mi bebé acá” (I-2 C-B)

Como podemos ver, en la comparación que las usuarias realizan entre el sistema de salud chileno y peruano, nuestro sistema de salud se valora positivamente desde una perspectiva racional y económica, es decir, haciendo énfasis en los beneficios y eficacia entregados. Sin embargo, nuestro sistema se evalúa de forma desfavorable al referirse a la dimensión relacionada con el trato y la discriminación.

Problemas estructurales del sistema de atención de salud: Circulación de la información

Se trate de las entrevistas a usuarias inmigrantes o de las realizadas a funcionarios, éstas reflejan la importancia de las redes sociales como principal canal de circulación de la información acerca

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

de las prestaciones y beneficios médicos a los que dichas usuarias pueden optar. Así, mientras los funcionarios reconocen como un hecho el que la información es recibida por los inmigrantes fundamentalmente a través de un medio informal, es decir, de parte de conocidos y/o amigos, en las entrevistas a inmigrantes esto se puede constatar.

“¿Y para informarse, hay algún lugar donde acudir, o quizás por sus amigos? Sí, o sea, los que me han ayudado son del trabajo mío donde estoy, ellos me han contado de FONASA, me dieron licencia ahora por mi bebé que tiene reflujo.” (I-3 C-B)

Por otro lado, si en algo difieren los registros de ambos grupos de hablantes es en lo que reflejan en relación al manejo de dicha información por parte de las usuarias. En ese sentido, una funcionaria de salud sostuvo que las usuarias inmigrantes:

“tienen todo muy claro sobre los beneficios que tienen, saben perfectamente... y ellas saben que si se embarazan aquí tienen todos los beneficios como mujer embarazada, como cualquiera, todos, todos, todos... sin excepción” (Ma-2 C-B)

Así, desde la perspectiva de los funcionarios, generalmente las inmigrantes se encuentran muy bien informadas. En contraste, desde la perspectiva de las inmigrantes, las opiniones sobre la calidad del propio manejo de la información son variables. Algunas usuarias manifiestan no reconocer dificultades en cuanto al acceso a la información (“basta con preguntar”) y se sienten bien informadas; otras, en cambio, no sólo dicen no sentirse lo suficientemente informadas sino que afirman la existencia de una contradicción profunda en la información circulante. Por otro lado, independientemente de las opiniones de las inmigrantes, se constata desinformación en la mayoría de ellas. Por ejemplo, de las entrevistadas de uno de los consultorios, no todas tienen conocimiento de la existencia de un panel informativo no muy visible dirigido a usuarios inmigrantes que se encuentra en el primer piso.

Como conclusión, creemos que cualquier entidad debe tener un rol activo en la difusión de información que se refiera a su mismo sistema de acceso y atención. La condición de inmigrante implica cierto grado de desconocimiento relativo a estos procedimientos y, por lo tanto, una desventaja mayor en cuanto a la información que debiera ser considerada y suplida por el sistema. En este sentido, desde la perspectiva de las inmigrantes, el servicio de salud no pareciera tener un rol lo suficientemente activo en la difusión de información.

Conclusiones: reflexiones y propuestas

A partir de las percepciones de los diferentes actores y nuestras observaciones podemos señalar en primera instancia, que no aparecieron en el discurso de las usuarias inmigrantes ideas que vinculen concepciones de medicina y proceso reproductivo con particularidades culturales, aspecto que se hizo patente al momento de pedirles comparar los sistemas de salud de ambos países. Surgieron más bien alusiones a factores económicos o instrumentales como ejes de comparación, apareciendo el sistema chileno como mejor evaluado en lo que respecta a la prestación de servicios y asignación de beneficios, no así en aspectos interaccionales.

Al respecto cabe señalar la posibilidad de que la información otorgada por las usuarias no manifieste la totalidad de sus opiniones y/o experiencias, ya que dadas las circunstancias en las

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

que se desarrollaron las entrevistas, en contextos de salas de espera y con tiempos limitados, no se logró una confianza mayor con las entrevistadas o bien se subentendía que la presente investigación era desarrollada por el consultorio.

Dentro de los hallazgos hechos a través de esta investigación se puede mencionar que, en muchos casos, el trato de los funcionarios hacia las usuarias inmigrantes es diferenciado y, en ese sentido, está signado por distinciones basadas en prejuicios. Pero tampoco se debe perder de vista que se trata de pacientes con características y necesidades muy específicas, por lo que efectuar un trato indiferenciado podría resultar para ellas igualmente perjudicial, acentuando las dificultades de acceso a la atención médica ya existentes. Esto se observó, por ejemplo, en el discurso de las usuarias que decían sentirse desinformadas y debían recurrir, en mayor medida, a fuentes de información informales. La iniciativa de revertir la “inadecuación” de las usuarias, evidentemente menos socializadas respecto de los mecanismos de funcionamiento de los centros de salud, no era asumida a través de medios formales que debieran hacerse cargo de las diferencias socioculturales que originan estas dificultades. En tal caso pensamos que, atendiendo a sus innegables particularidades socioculturales, existen distinciones pertinentes y necesarias que convendría incorporar de parte de todos los funcionarios en la atención.

Considerando que el trato diferenciado existente hacia estas usuarias, se sustenta con frecuencia en percepciones que responden más bien a estereotipos, principalmente en el personal administrativo, sostenemos la hipótesis que dado el carácter procedimental del trabajo que ejerce este personal, mantienen una relación que no considera las particularidades de las usuarias migrantes en torno a las necesidades de información complementaria y acceso a salud, a diferencia de la interacción entre algunos funcionarios de salud y del área social de los consultorios. En este sentido, la presencia de funcionarios del área social contribuye a generar conciencia en el centro asistencial sobre la relación entre el cumplimiento de las prácticas médicas y las singularidades de estas usuarias, como el caso de la asistente social, quien manifiesta una mayor comprensión, mientras la mayoría tiene una idea acerca de sus condiciones de vida pero sin tomarle el peso a sus implicancias en el proceso.

Cabe señalar que las dificultades aquí detectadas están directamente relacionadas con aspectos de la organización burocrática del sistema de salud, y su vinculación con la política migratoria chilena. La escasa coordinación entre estos organismos incide en las disposiciones y actitudes que funcionarios y usuarios manifiestan al momento de interactuar. Frente a usuarios que no han regularizado su situación migratoria y la orientación hacia metas per cápita, la práctica sanitaria resulta inviable, salvo en el caso de las embarazadas que estén al tanto de la información de manera oportuna, desencadenándose un círculo de confrontación entre los sujetos involucrados.

Para superar las barreras identificadas en la interacción entre las usuarias inmigrantes y el personal de salud, tanto funcionarios profesionales como administrativos, consideramos pertinente efectuar algunas propuestas. En primer lugar, resulta fundamental establecer algún mecanismo de sensibilización hacia las diferencias culturales, a través de jornadas de capacitación. Estas jornadas debiesen orientarse hacia la distinción de los ejes percibidos como problemáticos en el proceso de atención, desmitificando su origen exclusivamente asociado a la condición extranjera, considerando como aquí se ha expuesto, las condiciones de vida, redes de socialización, condiciones laborales, acceso a la información, entre otros aspectos. Esta

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

sensibilización debiera cuidar además el hecho de presentar las diferencias con un carácter estático, esencialista o conducente al refuerzo de los estereotipos existentes.

Frente a las múltiples informaciones y procedimientos hacia migrantes detectados en ambos centros de salud, recomendamos uniformar estos mecanismos para evitar las confusiones, disposiciones conflictivas, dificultades en el acceso y la atención tardía de las usuarias.

Creemos pertinente, además, que para superar el hecho crítico de la entrega de información podrían habilitarse dos mecanismos: a) Capacitar y/o sensibilizar a los funcionarios administrativos respecto a las necesidades de información complementaria de parte de estas usuarias, y b) Implementar un sistema de facilitadores culturales, al modo de otras experiencias de salud intercultural como el caso aymara y mapuche. En el último caso, inmigrantes que llevaran en Chile un periodo prolongado de tiempo y tengan la experiencia previa de la relación con los sistemas de salud, puedan hacer entrega de la información desde una posición simétrica.

Nuestra recomendación es que estas jornadas de capacitación y sensibilización se realicen para la totalidad de los funcionarios de los consultorios que atienden al mayor contingente de usuarias migrantes, y funcionase como experiencia piloto, para consultorios y centros de salud familiar de otras comunas y/o regiones del país.

Finalmente, proponemos una intervención con el colectivo migrante en torno a dos ejes:

- a) Socialización, por parte de un agente mediador, del funcionamiento del sistema de salud pública y las particularidades que implica en el sistema, la atención a migrantes según su situación migratoria, y
- b) Recolección de inquietudes y propuestas de soluciones desde su perspectiva.

De esta manera, se propone un trabajo que integre a los actores involucrados en el proceso de atención a nivel agencial, a la vez que apelamos a reformas y/o mejoras en la coordinación de los organismos implicados a nivel institucional.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional.

Agradecemos a la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, por la contribución que nos han brindado a través del Fondo de Apoyo a Actividades de Extensión.

Agradecemos también a los funcionarios y directores de los consultorios, a las inmigrantes-usuarias, por posibilitar la realización de esta investigación.

Finalmente, agradecemos a la profesora Michelle Sadler por la constante motivación, apoyo, críticas y comentarios que posibilitaron y mejoraron nuestro trabajo.

Referencias citadas

ALARCÓN, A., A. VIDAL y J. NEIRA, 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chile* 131: 1061-1065.

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

CANALES, M. (Ed.), 2006. *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. LOM Ediciones, Santiago de Chile.

CENTRO ALTERNATIVAS & OIM (Organización Internacional para las Migraciones), 2008. *Migración y desarraigo*. [en línea] <<http://www.oimchile.cl/documentos/pdf%20alternativas.pdf>> [consulta: 07 de Octubre de 2010]

CENTRO DE DERECHOS HUMANOS, 2005. *Derechos humanos de las personas inmigrantes*. Recuperado el 10 de octubre de 2010, del sitio web del *Centro de Derechos Humanos* de la Universidad Diego Portales: http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp-content/uploads/2009/07/derechos_inm.pdf

CITARELLA, L.(Ed.), 1995. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Editorial Sudamericana, Santiago, Chile.

EUROPEAN COMMISSION AGAINST RACISM, 2000. Health For All? Inequalities, Discriminations and Health Care For Migrants. En *European Experiences on Health Care for Migrants*, P. Vulpiani, J. M. Comelles, E. V. Dongen y P. Vulpiani (Eds.). Cidis/Alisci.

GIL, J. y E. García, 1999. *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe, Málaga, España.

GOBIERNO DE CHILE, 2008. *Ordinario A14 N° 322*. Recuperado el 08 de Octubre de 2010, del sitio Web del Ministerio de Salud. <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71821af88f80fda7e04001011f0164f3.pdf>>

GOLDBERG, A., 2003. *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*. Tesis para optar por el título de Doctor en Antropología Social y Cultural, Facultad de Letras, Universitat Rovira I Virgili.

GÓMEZ, U., 2009. Nanas dominicanas y estudiantes haitianos conforman la nueva oleada de inmigrantes. *El Mercurio* 11 de Octubre, pp. C-13. Santiago, Chile.

HERNÁNDEZ, R., C. FERNÁNDEZ y P. BAPTISTA, 2004. *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill, México D.F.

HIDALGO, A. y R. TORRES, 2009. Los peruanos en Santiago de Chile: transformaciones urbanas y percepción de los inmigrantes. *Polis* 8(22): 307-326.

MARTÍNEZ, J, 2003. *El encanto de los datos, sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002*. Naciones Unidas, Santiago, Chile.

MEÑACA, A., 2004. Salud y Migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En G. F. Juárez, Salud e interculturalidad en América Latina. *Perspectivas antropológicas* 56: 53-64). Quito- Ecuador: Ediciones Abya-Yala

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

MINISTERIO DEL INTERIOR, 1975. *Decreto ley 1094 establece normas sobre extranjeros en Chile*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago, Chile.

MINISTERIO DEL INTERIOR, 2008a. *Instrucciones sobre la “política nacional migratoria”*. Recuperado el 09 de Octubre de 2010, del sitio Web del Ministerio del Interior del gobierno de Chile <http://www.interior.gov.cl/filesapp/Politica_Nacional_Migratoria.pdf>

MINISTERIO DEL INTERIOR, 2008b. *Política nacional migratoria*. Recuperado el 09 de Octubre de 2010, del sitio Web del Ministerio del Interior del gobierno de Chile <http://www.interior.gov.cl/filesapp/Presentacion_Sub_Interior.pdf>

MORA, C. 2009. *Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria latinoamericana*. Recuperado el 09 de Octubre de 2010, del sitio Web del Departamento de Sociología de la Universidad Alberto Hurtado <http://sociologia.uahurtado.cl/publicaciones/Estratificacion_social_y_migracion_intrarregional_algunas_caracterizaciones_de_la_experiencia_migratoria_en_latinoamerica.pdf>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) Chile, 2009. *Los desafíos de las migraciones en Chile 2008*. Recuperado el 09 de Octubre de 2010, de <<http://www.oimchile.cl/documentos/OIMPublicacion2009.pdf>>

ONU (Organización de las Naciones Unidas), 2007. *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y Caribe*. Naciones Unidas, Santiago Chile.

ONUSIDA (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida), 2002. *El derecho de los migrantes a la salud*. [en línea] <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_es.pdf> [consulta: 09 de Octubre de 2010]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2008. *Una visión de salud intercultural*.

OTERO, L., 2006. *La salud de la población inmigrante desde el discurso científico biomédico*. [en línea] <<http://www.universidaddelasalud.es/pdf/investigacionysalud/pdf/LA%20SALUD%20DE%20LA%20POBLACION%20INMIGRANTE%20DESDE%20EL%20DISCURSO%20CIENTIFICO%20BIOMEDICO.pdf>> [consulta: 07 de Octubre de 2010]

RUIZ, E., 2008. *Migración y desarrollo en América latina: ¿círculo vicioso o círculo virtuoso? Pensamiento Iberoamericano*. Recuperado de <<http://www.pensamientoiberoamericano.org/xnumeros/0/pdf/pensamientoIberoamericano-25.pdf>>

SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA. *Chile Crece Contigo*. [en línea] <<http://www.crececontigo.cl/especialistas/pagina.php?id=2>> [consulta: 07 de Octubre de 2010]

STEFONI, C., 2005. *Migración en Chile. Colección ideas*. Año 6 n° 59

TOMO I – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

STEFONI, C., 2009. *Inmigrantes en Chile. Una integración diferenciada al mercado laboral*. Recuperado el 09 de Octubre de 2010, del sitio Web del Departamento de Sociología de la Universidad Alberto Hurtado
<http://sociologia.uahurtado.cl/publicaciones/C.Stefoni_Inmigrantes_en_Chile_Una_integracion_diferenciada_al_mercado_laboral.pdf>