

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Salud e inmigración internacional: Un acercamiento a los principales problemas de salud que afectan a los inmigrantes latinoamericanos residentes en Santiago.

Ana Cortez Salas.

Cita:

Ana Cortez Salas. (2001). *Salud e inmigración internacional: Un acercamiento a los principales problemas de salud que afectan a los inmigrantes latinoamericanos residentes en Santiago. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/yz5>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

rior (Artigas, Rivera y Maldonado), 1995, 1997.

PORTILLO, José, 1993.

La medicina: el imperio de lo efímero. En: Medicalización de la Sociedad. Autores varios, Instituto Goethe, Editorial Nordan, Montevideo.

ROMERO GORSKI, Sonia

1993.- Transformaciones en el campo de la salud en Uruguay: ¿una revolución cultural?. En: Medicalización de la Sociedad. Autores varios, Instituto Goethe, Editorial Nordan, Montevideo.

1999.- PERFIL SOCIO-CULTURAL Y MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS. EN: Observatorio Uruguayo de drogas. Junta Nacional de Drogas, Programa FAS-Salud/OPP/BID. Uruguay.

2000.- Actas del 3er. Congreso Chileno de Antropología. Ed. En Santiago de Chile, 2000.

2001. En SIDA y DROGAS. Publicación del MSP y el Instituto IDES.

WACQUANT, LOIC, 1993.

De América como utopía al revés. En: La Misère du Monde, P. Bourdieu, Ed. du Seuil, Paris.

BOURGEOIS, Philippe, 1997.

In search of respect. Selling crack in El Barrio. UCLA, California Press.

OTRAS PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS

DRUGNET, 2000, 2001, números 26 y 28.

Lettre d'Information Bimestrielle de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

SIDA Y DROGAS. Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública. Coordinación de la publicación: Soc. M. Luz Ossimani; Psi. Laura Scarlatta. Programa Nacional de SIDA, MSP y Programa de Investigación del Área de Salud del IDES, Montevideo, 2001.

UN ANALISIS ACERCA DE LOS JOVENES QUE NO TRABAJAN NI ESTUDIAN; Cuadernos de Trabajo, Serie Estudios Sociales sobre la Educación. Vol. VIII; ANEP, Montevideo enero 2001.

Salud e inmigración internacional: Un acercamiento a los principales problemas de salud que afectan a los inmigrantes latinoamericanos residentes en Santiago

Ana Cortez Salas*

Introducción

Chile ha sido tradicionalmente un país de emigrantes. En la actualidad se estima que alrededor de 1.000.000 de chilenos vive y trabaja en el extranjero, constituyendo la 14ª región del país. Si bien un porcentaje corresponde a exiliados políticos del régimen militar, la gran mayoría son emigrantes económicos que partieron en busca de mejores condiciones de vida.

En materia de inmigración internacional, nuestra experiencia se limita sólo a aislados esfuerzos por alentar la inmigración europea en determinados períodos de nuestra historia. Sin embargo, en la década recién pasada han arribado inmigrantes latinoamericanos a nuestro país, planteando distintos desafíos a nuestra sociedad

tanto en materia de políticas de migración, como en materia de acceso a bienes sociales como son la salud y la educación.

La siguiente ponencia constituye un informe de avance de una investigación exploratoria sobre las características de la población inmigrante que se atiende en los consultorios de atención primaria en la comuna de Santiago Centro, así como de los principales problemas de salud que presentan.

La investigación ha sido realizada por Ana Cortez, licenciada en antropología social, y Mauricio Muñoz, egresado en psicología.

* Licenciada en Antropología Social. Universidad de Chile.

1.- Presentación del problema

El tema de la salud de los inmigrantes latinoamericanos en nuestro país, está estrechamente vinculado al tema de su situación legal y laboral. El principal problema de los inmigrantes que viven en Chile es, sin lugar a dudas, las dificultades que encuentran en la regularización de su situación legal. Los inmigrantes latinoamericanos que ingresan a Chile lo hacen con visa de turista, válida por sólo tres meses. Para regularizar su situación ante la oficina de migración requieren de un contrato laboral. Y así se inicia el círculo vicioso: si no hay contrato laboral, no hay carnet de identidad; si no hay carnet de identidad, no hay contrato laboral.

En segundo lugar, son pocos los trabajadores inmigrantes que aún teniendo sus documentos al día, tienen un contrato laboral. Por otra parte, toma tiempo interiorizarse acerca del funcionamiento del sistema de salud público, por lo que muchos, a la hora de enfermar, no saben dónde acudir.

En una encuesta realizada entre los inmigrantes peruanos¹ el 61,8% declaró no haber recibido nunca atención de salud, a pesar de haberse sentido enfermo. De los que declararon haber acudido a los servicios de emergencia de hospitales, sólo el 16,4% fue atendido. Sin duda la población inmigrante es una población fundamentalmente sana, ya que se trata de una población joven que viene a trabajar. Sin embargo, y como detallaremos más adelante, las condiciones de explotación laboral a las que generalmente se ven sometidos, el hacinamiento y la mala alimentación van en desmedro de su estado de salud. Si a esto le agregamos un, por decir lo menos, difícil acceso a los sistemas de salud pública, el panorama no se ve muy alentador.

2.- Políticas públicas en materia de salud e inmigración

El 9 de Enero de 1998, el Ministerio de Salud emitió una circular relativa a la atención de salud de los extranjeros.² En ella se establece claramente que los extranjeros deben ser atendidos por los servicios de atención pública, ya que en la Constitución Política de la República (art.19 n°9) el Estado protege el libre e igualitario acceso a la salud, sin distinción alguna, y por ende, sin consideración de su nacionalidad.

Sin embargo, hay algunos factores que dificultan el cumplimiento de esta normativa. En primer lugar, el desconocimiento de esta normativa por parte de los mismos inmigrantes. Como no la conocen, no pueden exi-

gir su aplicación. En segundo lugar, esta circular ha sido interpretada de diversas formas según la autoridad del consultorio en cuestión. En el transcurso de esta investigación, hemos conocido desde consultorios que atienden a todos los inmigrantes que llegan, hasta otros que se niegan abiertamente a atender a la población inmigrante. A modo de ilustración, quisiera citar a la asistente social de un consultorio, quien afirmó que allí no se atendía a las peruanas a menos que llegaran desangrándose. Sin lugar a dudas que el tema del acceso a la salud de los inmigrantes se ve cruzado por la discriminación racial.

Porque la salud de una población no puede depender de la buena o mala disposición del director del consultorio, o del humor de una funcionaria del Some, hace falta voluntad política para proponer una política pública clara al respecto, así como la voluntad de hacerla respetar.

3.- Metodología

Los objetivos que nos fijamos en esta investigación son: caracterizar a la población inmigrante latinoamericana que se atiende en los consultorios de atención primaria de la comuna de Santiago Centro, así como identificar los principales problemas de salud que los afectan.

Para llevar a cabo esta investigación, recogimos datos de dos consultorios de la comuna de Santiago Centro: el primero un consultorio municipal y el segundo ministerial. En el primero revisamos 2.000 Encuestas de Calificación de Derecho (único lugar donde se consigna la nacionalidad de los pacientes en caso de que éstos sean extranjeros), con el fin de caracterizar a la población inmigrante que se atiende en el consultorio. Posteriormente, revisamos las fichas clínicas de estos pacientes para recoger los respectivos diagnósticos. Por último, realizamos entrevistas a informantes claves con el objeto de recabar mayor información sobre esta población.

En el segundo consultorio hemos revisado 7.000 Encuestas de Calificación de Derecho correspondientes a las solicitudes hechas en los años 1998, 1999, 2000 y el primer semestre del 2001 que nos permitieron caracterizar a la población que atiende ese consultorio, así como conocer cuáles son los servicios más requeridos por la población inmigrante. Queda pendiente aún la revisión de los diagnósticos y las entrevistas a informantes claves en ese consultorio, por lo que aún no estamos en condiciones de comparar esa información. Por otra parte, estas encuestas de calificación de dere-

cho recogen datos distintos en ambos consultorios, por lo que éstos no siempre son comparables. Además, se aplican en forma distinta: mientras en el consultorio ministerial todas las atenciones primarias son gratuitas y sólo se requiere de algún tipo de previsión cuando los pacientes son derivados a un Centro de Atención Secundaria o Terciaria, en el consultorio municipal se requiere de algún tipo de previsión o en su defecto de la tarjeta de gratuidad para la atención en el mismo consultorio.

Por último, queremos señalar que las limitaciones de esta investigación se desprenden de la misma metodología utilizada. El único lugar donde se menciona la nacionalidad de los pacientes en caso de que éstos sean extranjeros, son las Encuestas de Calificación de Derecho. Estas encuestas son aplicadas a aquellos pacientes que no tienen previsión, por lo que queda fuera de este estudio la población inmigrante que se atiende por Fonasa.

2.- Resultados preliminares

2.1. Características generales de la población inmigrante atendida

2.1.1 Con respecto a la cantidad de población inmigrante atendida:

Con respecto a la cantidad de población inmigrante atendida, sólo estamos en condiciones de estimar la cantidad de población que se atiende con tarjeta de gratuidad, ya que éste es el único lugar donde se menciona esta variable. En el consultorio municipal, el porcentaje de población inmigrante que se atiende con tarjeta de gratuidad es de 5,8%.

En el caso del consultorio ministerial, el porcentaje de población inmigrante que solicitó este beneficio, asciende al 12, 7%.

2.1.1. Con respecto a la variable nacionalidad

Pais de origen	Consultorio Municipal	Consultorio Ministerial
Perú	91,3%	89,6%
Ecuador	2,5%	3,5%
Bolivia	0,8%	1,4%
Argentina	0,8%	2,4%
Uruguay	0,8%	0,5%
Venezuela	0,8%	0,3%
Colombia	0,8%	1,0%
Cuba	0,8%	0,7%
Brasil	0,0%	0,7%

En ambos consultorios los pacientes de nacionalidad peruana son mayoritarios dentro de la población inmigrante, lo que guarda relación con las características del flujo migratorio arribado a Chile en la última década.

2.1.2. Con respecto a la situación jurídica de residencia:

Esta variable ilustra claramente las distintas políticas de ambos consultorios respecto de la atención de la población inmigrante. Mientras el consultorio municipal recibe solamente a quienes tengan su situación legal al día (salvo algunos casos de consideración), el consultorio ministerial no pone mayores trabas a quienes se encuentran indocumentados. Cabe señalar que tanto el Ministerio del Interior como las organizaciones que trabajan con inmigrantes, afirman que el 60% de esta población se encuentra actualmente indocumentada.

Esta situación tiene claras repercusiones en la calidad de la atención de la población inmigrante. En este estudio pudimos constatar que el ingreso al control prenatal en el consultorio municipal es tardío (un promedio de 5,6 meses de embarazo al momento del ingreso), situación inexistente en el consultorio ministerial.

Situación jurídica	Consultorio Municipal	Consultorio Ministerial
Pasaporte	7%	67,1%
R.U.T.	93%	32,9%

2.1.3. Con respecto a la variable sexo:

Sexo	Consultorio Municipal	Consultorio Ministerial
Femenino	88% (Perú)	83,3%
Masculino	13% (Perú)	16,7%

La presencia mayoritaria de mujeres en esta variable tiene que ver con varios factores. En primer lugar, con la marcada preponderancia femenina que tiene la migración peruana, mayoritaria en nuestro país. Estudios en distintas partes del mundo tienden a resaltar esta feminización de los flujos migratorios, ya que serían las mujeres quienes en la actualidad tienen mayores posibilidades de encontrar trabajo en los países de acogida, ya sea en el servicio doméstico, y en menor medida, en actividades ligadas al trabajo sexual.³

En segundo lugar, la marcada presencia femenina en el consultorio municipal tiene también que ver con los criterios para otorgar el beneficio de la tarjeta de gratuidad. Estos criterios privilegian el acceso de las mujeres embarazadas, las madres solteras y otros grupos de riesgo social a este beneficio. Al respecto podemos señalar que entre los motivos de solicitud de este beneficio, además de la precaria situación económica, un 32% declaró estar embarazada, y un 25% declaró tener un niño menor de cuatro años enfermo.

2.1.4. Con respecto a la variable edad

En cuanto a la edad, en el consultorio municipal el 66% de los solicitantes tiene menos de 32 años, y el 83% menos de 37 años. Por otra parte, en el consultorio ministerial, el 5,3% es menor de 18 años, el 72,5% tiene entre 18 y 34 años.

A partir de estos datos podemos constatar que se trata de personas, fundamentalmente mujeres, en plena edad laboral y reproductiva. Los estudios en migración y salud señalan que en general las mujeres inmigrantes, sobre todo las indocumentadas, tienen un acceso precario a la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, es una población que está más expuesta a embarazos no deseados, a contraer E.T.S. o VIH/SIDA por la separación familiar y cultural, por la escasa información sobre prevención.⁴

2.1.5. Con respecto a la escolaridad

Esta variable sólo era consignada en el consultorio ministerial, y sus resultados muestran la alta escolaridad de los inmigrantes latinoamericanos que se encuentran trabajando en Chile. El 17,6% tiene secundaria incompleta (7º básico a 4º medio), mientras que el 49,5% tiene la secundaria completa (4º medio). El porcentaje de personas con algún nivel de estudios superiores es de 25,5%.

Si bien no manejamos información cuantificada respecto del tipo de trabajo al que acceden, los informantes claves declararon que se trataba en su gran mayoría de mujeres que trabajaban en el servicio doméstico, y de hombres que se desempeñan en oficios menores, lo que nos lleva a concluir que se trata de personas sobrecualificadas para estos oficios.

2.1.6. Vivienda y redes de apoyo

El hacinamiento y las precarias condiciones de vida, así como la mala situación económica son mencionados por los profesionales de la salud como un escollo para la mejoría de los pacientes inmigrantes. Si bien ésta no es la situación de la totalidad de los inmigrantes peruanos en Chile, si es el caso de la población que habita en los alrededores de estos consultorios. Se trata de viviendas antiguas, cuyas piezas han sido subdivididas para sacarles un mayor provecho económico en desmedro de la calidad de vida de sus habitantes. Al respecto podemos señalar que el 61,9% de los solicitantes declaró estar viviendo en una pieza, y el 14,5% declaró estar de "allegado" (sin posibilidad de pagar el alquiler) en la pieza de algún amigo, lo que nos da un porcentaje acumulado del 76,4% de personas viviendo en piezas. Por otra parte, debemos señalar que sólo el 6,7% declara estar viviendo solo, mientras que el 75,3% vive en grupos de 2 a 4 personas.

Por último, los profesionales de la salud señalan que la mala situación económica les impide comprar los medicamentos requeridos para su mejoría. Al parecer no serían pocos los casos de las personas que logran atenderse, pero si los remedios no se encuentran disponibles en la farmacia del consultorio, o ellos no tienen derecho a la farmacia por estar indocumentados, no los compran por carecer de dinero para adquirirlos.

3.- Salud y origen étnico o nacional

Al comenzar esta investigación, nos dimos cuenta del peligro que entrañaba vincular algún tipo de enfermedad a la inmigración latinoamericana. Temimos una mayor estigmatización de la población, ya bastante golpeada por la discriminación racial cotidiana, si llegáramos a poner en evidencia una mayor frecuencia de algún tipo de enfermedad. Por otra parte, no queríamos caer en la trampa de vincular determinadas enfermedades a la población inmigrante sólo por ser el hecho de ser inmigrante, y no por la desmedrada posición social que actualmente ocupa.

Sin embargo, como plantea Fassin⁵, el precio de este silencio es altísimo: primero, en la ausencia de datos concretos que oponer, los discursos xenófobos florecen en este ámbito⁶; las autoridades sanitarias se ven en la imposibilidad de diseñar políticas adecuadas en materia de salud; personalmente agregaría que las organizaciones sociales de inmigrantes se ven en la imposibilidad de exigir sus derechos, al carecer de diagnósticos que los respalden.

No obstante, quisiera recalcar que los datos que voy a presentar a continuación sólo corresponden al primer consultorio municipal, por lo que creemos prematuro aventurar conclusiones definitivas al respecto.

3.1 Programa de la Mujer

Sin lugar a dudas que el Programa de la Mujer es el que más población inmigrante atiende. Esto debido a dos razones fundamentales: la primera, que la presencia de mujeres es mayoritaria dentro de los inmigrantes peruanos; la segunda debido a los requisitos en la entrega de tarjetas de gratuidad que favorece a mujeres embarazadas y madres solteras.

La gran mayoría de estas mujeres se desempeña en el servicio doméstico, donde enfrentan largas jornadas laborales a cambio de bajos sueldos. Es ampliamente conocido, por quienes trabajan con inmigrantes, que su precaria situación legal (sobre todo la de los indocumentados), el desconocimiento de la legislación laboral, así como la carencia de redes de apoyo, facilitan la explotación de los trabajadores y las trabajadoras inmigrantes.

Por otra parte, debemos señalar que los inmigrantes en general tratan de ahorrar a costa de su propia manutención, con el fin único de poder mandar dinero a sus familiares radicados en el país de origen. No son pocas las

mujeres peruanas que parten dejando a sus hijos al cuidado de abuelas, hermanas o tías, constituyendo lo que Gregorio-Gil denomina grupos domésticos transnacionales.⁷ La obligación de enviar periódicamente remesas a sus familiares, o de ahorrar en pos de un eventual retorno, va directamente en desmedro de su salud, ya que ahorran a costa de su propia alimentación. Al respecto, uno de los problemas que detectamos entre las embarazadas inmigrantes, y peruanas en particular, es el bajo peso. Tanto la matrona como la nutricionista afirmaron que esta es una situación que rara vez logran revertir, debido a que una mejor alimentación requiere necesariamente de mejores ingresos. Además, estas mujeres son generalmente despedidas de sus trabajos al momento de embarazarse, y como no cuentan con el apoyo de sus familiares, se ven en la necesidad de vivir de allegadas en casa de amigas sin ningún ingreso propio.

El otro problema de las embarazadas inmigrantes es su ingreso tardío al control prenatal. Un ingreso precoz en la población chilena es de menos de 12 semanas; sin embargo, ya hemos señalado que el promedio de semanas con que ingresan al control prenatal las pacientes inmigrantes es de 22 semanas. Sin lugar a dudas que el requisito de tener una situación legal al día influye en estos ingresos tardíos (en el otro consultorio no se da esta situación). Pero creemos que además influye la misma condición de inmigrante económico, cuyo eje fundamental es el trabajo y la búsqueda de mejores ingresos. Una situación delicada viven las mujeres inmigrantes indocumentadas al momento del parto, ya que debido a que no tienen carnet de identidad, no reciben su certificado de parto que acredita su maternidad. Esos niños legalmente no existen hasta que la madre logra regularizar su situación.

Por último, debemos señalar que son pocas las mujeres que después del parto continúan en el programa de planificación familiar. De la muestra tomada sólo el 0,6% consultó por planificación familiar. Sin embargo, la matrona entrevistada afirmó que las inmigrantes en general están familiarizadas con los métodos anticonceptivos, aunque estarían más acostumbradas a usar una inyección hormonal. Este método no tuvo mayor aceptación entre las chilenas, porque impedía el flujo menstrual.

3.2. Otros diagnósticos significativos

Aquí quisiera reiterar que es fundamental tener en cuenta la situación social en la que vive esta población. La

mayoría de las enfermedades que presentan los pacientes inmigrantes son las que comúnmente presenta también la población en general en determinadas épocas del año, como las gripes y los cuadros bronco pulmonares en invierno. Sin embargo, el carácter crónico de algunos cuadros nos obliga a recordar las palabras de nuestros informantes claves, quienes señalaron categóricamente que el principal impedimento para la mejoría de estos pacientes es su precaria situación social, graficada en términos de hacinamiento, mala alimentación, falta de recursos para comprar medicamentos, etc.

Por otra parte, no debemos olvidar que se trata de la población que se atiende con la tarjeta de gratuidad, por lo que sin lugar a dudas se encuentra en una situación de precariedad aun mayor.

En cuanto a los resultados obtenidos, del total de personas que solicitaron el beneficio de la tarjeta de gratuidad, sólo el 75% se atendió por lo menos una vez. El 25% restante no lo hizo nunca.

La mayoría de los diagnósticos se distribuye entre las enfermedades bronco pulmonares, ginecológicas, traumatológicas y dermatológicas. Entre las bronco pulmonares hay que destacar cuadros severos y crónicos, que se repiten en una persona a lo largo de varias consultas, por lo que se presume no logran mejorarse del todo. Entre las traumatológicas se encuentran los lumbagos y dolores a la columna en general, mientras que entre las ginecológicas sobresalen las I.T.U. y las infecciones vaginales. Por último, entre las dermatológicas se encuentran distintos tipos de dermatitis que también aparecen reiteradas en varias consultas por los mismos pacientes.

Con respecto a la sobre dimensionada tuberculosis, las opiniones no son unánimes. Por una parte, hay médicos que afirman que en Chile se está viviendo un rebrote de esta enfermedad que no tiene vinculación alguna con la inmigración. Por otra parte, hay quienes afirman que los índices de tuberculosis en el consultorio son altos debido a la marcada presencia de población inmigrante que se atiende.

Nuestro estudio está lejos de poder determinar la prevalencia de tuberculosis entre la población inmigrante. Sin embargo, creemos que el problema es otro.

Al parecer, efectivamente la prevalencia de tuberculosis en el Perú, sobre todo en la zona norte del Perú donde proviene la mayoría de los inmigrantes, es mayor. No obstante, recordamos que la población inmigrante que se encuentra en Chile es una población joven, fundamentalmente sana. El problema radicaría en las deterioradas condiciones de vida en que viven al-

gunos inmigrantes, sumado a su difícil acceso a la salud, lo que impediría el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

3.4.- Discriminación racial y calidad de atención

No podemos terminar esta ponencia sin hacer referencia a la discriminación racial, que sin lugar a dudas se manifiesta cotidianamente en distintas esferas de nuestra sociedad.

¿Qué poder de negociación tiene una persona que se encuentra indocumentada, que desconoce sus derechos fundamentales y el funcionamiento del sistema de salud pública nacional, que debido a la lejanía de su familia y cultura se encuentra inestable, y que, además, siente el rechazo xenofóbico del personal médico o administrativo?⁷

Los efectos de la discriminación racial en el acceso a la salud y en la calidad de atención de la población inmigrante son difíciles de medir. Nos falta indagar en la percepción que tienen los propios inmigrantes de su calidad de atención en los consultorios.

Sin embargo, los mismos funcionarios reconocen que existe rechazo hacia la población inmigrante, sobre todo hacia la población peruana. Describen a la población inmigrante, y a los peruanos en particular como tímidos y prepotentes, como dóciles y demandantes, como introvertidos e impacientes. ¿Cuando esperan "pacientemente" que se les atienda son tímidos? ¿Cuando demandan un trato igualitario son demandantes? La directora del consultorio califica la actitud de los funcionarios como "sectaria" y poco "solidaria" con los inmigrantes. Reconoce que no son pocos los comentarios mal intencionados que se hacen en relación a los inmigrantes, y que en general el personal no tolera que los inmigrantes exijan lo que les corresponde.

¿Qué actitud cabe esperar de una persona que advierte que por el sólo hecho de ser peruana, se le haga esperar más de la cuenta? ¿O que perciba que se la trata con desprecio, debido a su nacionalidad o color de piel?

Este problema sobrepasa con creces el ámbito de la salud, pero sin lugar a dudas tiene repercusiones en la calidad de atención en salud que está recibiendo la población inmigrante.

Pero, como advierte un médico ecuatoriano que trabaja en el consultorio, el problema es nuestro, porque la migración siempre ha existido. Además, agregaría que nuestro problema tiene que ver con el tipo de sociedad estamos construyendo.

4.- Preguntas más que respuestas

Al cerrar esta ponencia, tenemos más preguntas que conclusiones certeras. Este trabajo constituye un primer esfuerzo por acercarnos a la realidad de la población inmigrante en materia de salud. Sin embargo, aún quedan muchas dudas por resolver.

Nuestra única certeza es que en la actualidad carecemos de una política clara al respecto, lo que propicia abusos y va en desmedro de la calidad de atención en salud que recibe esta población.

No se trata de un acto de caridad ni de humanidad, sino tan sólo del derecho ciudadano que a cada trabajador y trabajadora inmigrante le corresponde.

Construcciones sociales sobre Salud/ enfermedad, entre los Inuits (Canadá) y los Mapuches (Patagonia Argentina - Chilena), Estudio Comparativo

Beatriz Carbonell*

La enfermedad es una realidad construida y el enfermo un sujeto social.

Instituir el cuerpo como el único espacio de salud/dolencia, puede resultar un error.

La enfermedad es un hecho sociológico, por lo tanto cualquier acción de prevención, de tratamiento o planeamiento de salud, deberá tomar en cuenta valores, actitudes y creencias de la población a la que está destinada.

Si nos remitimos a la etnógenesís: poblaciones en Patagonia (mapuches) establecían antes de la llegada de los españoles redes de intercambio entre grupos de etnias y culturas distintas.

En el otro extremo ártico (los inuits) establecieron relaciones de interetnicidad.

Estas sociedades ágrafas elaboran discursos (modo de narrar historias) y modos de fijar la memoria, tomando como expresión de memoria, el mito, el ritual, la enfermedad, los espacios, la persona, la toponimia, la cosmovisión y otros.

Establecieron así regímenes distintos de historicidad, el cuerpo, sus cicatrices, sus enfermedades, los ritos de curación, la música, sirven de memoria social e individual y pueden mediante ellos, controlar los poderes que emanan de la Naturaleza.

"Toda Cultura es un proceso puramente de construcción, desconstrucción y reconstrucción..." "Duys Cuche (1966:64)

En este devenir pueblos sin historia han mantenido su cultura más allá de la dominación occidental que los ha sacudido, modificado, descompuesto, insertándolos en ritmos unificadores, forzándolos a la "aculturación".

Toda sociedad necesita preservar su Saber, si intereses vitales están en juego, entonces dará a las técnicas utilizadas las mejores garantías de ejercicio, nunca las más débiles.

Ejercita así las condiciones sociales reales de conservación y de uso.

De esta manera estas dos culturas, mapuche e inuits, mantienen las prácticas y cuerpo de creencias sobre Salud/Enfermedad, más allá de la solidez o fragilidad de las técnicas empleadas.

Existen estrategias de resistencia desarrolladas por ambos pueblos (mapuches e inuits) y la voluntad de recuperación del control cultural.

Sin embargo en el ámbito de la salud y el desarrollo los sistemas oficiales, dominantes y con prestigio, se oponen a los conceptos de medicinas de pueblos originarios.

A esta subordinación, se suman políticas no favorables, modelos exógenos de desarrollo, traducido en brechas o fallas de condiciones de vida y salud en poblaciones indígenas comparadas al resto de las poblaciones no indígenas.

Así resulta que en mortalidad infantil, en áreas de territorialidad indígena, las cifras llegan al doble que en el

* Profesora Universidad Faosta (Extensión Universitaria) - Argentina