

Violencia obstétrica en el acceso a la salud de mujeres migrantes. Etnografía del derecho a la salud en el Servicio de Salud Iquique.

Nanette Liberona Concha.

Cita:

Nanette Liberona Concha (2019). *Violencia obstétrica en el acceso a la salud de mujeres migrantes. Etnografía del derecho a la salud en el Servicio de Salud Iquique. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/56>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/oZS>

Violencia obstétrica en el acceso a la salud de mujeres migrantes. Etnografía del derecho a la salud en el Servicio de Salud Iquique

Nanette Liberona Concha⁹⁰

Resumen: El objetivo de esta ponencia es presentar resultados de la investigación “Relaciones interétnicas y transfronterizas en el marco de las migraciones internacionales actuales” (PAI de Inserción en la Academia N° 79140078). Con el aumento de la inmigración a nivel nacional, la temática ha tomado especial interés en los servicios públicos de salud. Desde el año 2003, el Estado viene desarrollando iniciativas para reconocer el derecho a la salud a ciertas categorías de migrantes. En este contexto, uno de nuestros objetivos fue indagar en cómo las relaciones interétnicas producen obstáculos en el acceso a la atención de salud en el Servicio de Salud Iquique. Mediante una etnografía analizamos los discursos de funcionarios técnico-administrativos y profesionales de la salud sobre las políticas de acceso a la salud de esta población. Descubrimos las asimétricas relaciones de poder a las que son sometidas las migrantes indocumentadas bolivianas, que se caracterizan por su pertenencia a pueblos originarios y son consideradas como parte de la migración transfronteriza de larga data. Y observamos que la construcción de diferencia cultural y la producción de etnicidad se hacen evidentes en los relatos de violencia obstétrica hacia estos cuerpos considerados ajenos e ilegítimos especialmente si son indocumentados.

Palabras clave: Violencia Obstétrica, Migrantes Indocumentadas, Tarapacá, Etnismo

Introducción

Durante los años 90 se vivió en Chile un considerable aumento de la inmigración, pasando de representar un 0,2% el año 1982 a un 1,3% el año 2002. Este crecimiento se produce en momentos de apertura del país al exterior tanto a nivel político -con la proclamación del retorno a

90 Instituto de Estudios Internacionales INTE-UNAP. Correo electrónico: nliberonac@gmail.com.

la democracia- como económico con la firma de diversos tratados de libre comercio que consolidan el modelo neoliberal en el país. Hoy, los datos registran que la población extranjera residente alcanza el 4,35% del total de la población, dando cuenta de la continuidad de la tendencia (Stefoni, 2011b; INE, 2018). Sin embargo, esta realidad es aún lejana a la de los países de la OCDE que cuentan en promedio con un 10% de población inmigrante. No obstante, el aumento sostenido de la inmigración en Chile ha significado que la temática migratoria se vuelva un problema nacional, en particular debido a la obsoleta legislación vigente (Stefoni, 2011a; Bassa Mercado and Torres Villarrubia, 2015; Díaz Tolosa, 2016), pero también a la concentración de inmigrantes en ciertas regiones, ciudades y zonas del país (INE, 2018). La región de Tarapacá, en el extremo norte de Chile, es la primera en cuanto a concentración, al alcanzar un 14% del total de la población regional en 2017. Esto ha significado una mayor visibilización cuantitativa del fenómeno, especialmente en los servicios públicos.

Antecedentes teóricos y empíricos

En este contexto, nos interesó indagar en la manera en que la sociedad de acogida y sus instituciones se hacen cargo de estos “nuevos usuarios” o “sujetos de derecho” de los servicios públicos. Es así como en este trabajo abordamos la problemática en el Servicio de Salud Iquique, enfocándonos inicialmente en el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes (NNA) de familias migrantes, pero al introducirnos en el tema, nos dimos cuenta de que debíamos extender el foco a las mujeres migrantes. Indagamos concretamente en las relaciones interétnicas que ahí se producen, entendiendo el estudio de estas relaciones como el análisis de la producción social de la diferencia étnica y cultural misma y de los procesos socio-históricos en los cuales se enraízan los conflictos y las relaciones de dominación entre los grupos. Por tanto, observamos cómo se refuerzan las fronteras sociales entendidas como los límites que permiten identificar a los grupos étnicos en contacto (Barth, 1976; Streiff-Fénart & Poutignat, 1995). Consideramos que estas fronteras son producidas y reproducidas por sus actores en el marco de interacciones sociales, siendo objeto de manipulaciones por parte de los mismos (De Rudder, Poiret & Vourc’h, 2010). Para el presente trabajo, la teoría interaccionista de las relaciones interétnicas (Barth), se complementa con la propuesta de Wallerstein, para quien la etnicidad es el reflejo de antagonismos económicos; es decir que las fronteras que se erigen en la interacción entre grupos diferenciados son establecidas por las posiciones sociales que ubican a unos y otros en distintos estratos sociales. Una vez construida socialmente la diferencia, nos encontramos con un sistema teórico-político que la reconoce y la valora, generando políticas públicas basadas en lo que se ha llamado el “multiculturalismo neoliberal” (Autor, 2017).

Violencia obstétrica

El concepto de violencia obstétrica se usó por primera vez en Venezuela, el año 2007, en la “ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, cuya definición la presenta como un tipo de violencia basada en el género que implica:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

A pesar de que el concepto mismo es relativamente reciente, las investigaciones relacionadas a este tipo de violencia tienen una importante trayectoria, desde los estudios que se han referido a la violación de los derechos reproductivos durante la atención del parto, violación de los derechos de las mujeres en el parto a los que se aproximan desde conceptos tales como violencia hacia la mujer en instituciones de salud (Castro and Erviti, 2015). En el caso estudiado, el rechazo y el cobro de la atención también son expresiones de este tipo de violencias según la declaración de la OMS del año 2014, titulada “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Esta señala que en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención entre otros al “rechazo de la admisión en centros de salud [...] y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p.1). Asimismo, señala que esto ocurre de manera “más probable” entre otras, en las mujeres “de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p.1).

Más recientemente, las investigaciones plantean la problemática desde la salud reproductiva con enfoque de género y se habla de violencia obstétrica propiamente tal, en tanto violencia de género (Faneite, Feo & Toro, 2012; Castro and Erviti, 2015). Bellón plantea que “Desde 1960 existe un notable activismo por parte de movimientos por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva” (Bellón Sánchez, 2015, p.94), asimismo, la autora señala que en el contexto español, la violencia obstétrica se entiende como “experiencias negativas en torno al parto”. Estudios con enfoque de género y movimientos feministas han puesto énfasis en que este tipo de violencia se relaciona con el patriarcado y la relación de poder que se establece a través del control del cuerpo de la mujer por la biomedicina, manteniendo vigente el orden social de género (Bellón Sánchez, 2015). Es pertinente entonces asociar también la violencia obstétrica que relatan nuestras interlocutoras al sexismo y al racismo (o etnismo) que, siguiendo una vez más a Wallerstein (1988), son formas que recurren a la biología para definir las posiciones sociales, dando cuenta de un proceso de imposición social -desde la biomedicina- y dominación cultural desde el patriarcado.

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó en la I Región de Tarapacá, Chile, en la ciudad de Iquique y el trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital regional y en los Centros de Atención Primaria CESFAM Videla y CESFAM Sur, en tanto instituciones públicas que forman parte del proceso de inserción de los inmigrantes en Chile. A esto sumamos nuestra presencia durante la firma de un convenio entre FONASA y la congregación religiosa del Buen Pastor, cuya Casa de Acogida

Para Mujeres Migrantes, serviría además como punto informativo para acceder a este sistema previsional. La información ha sido recopilada a través de una etnografía basada en observación participante y entrevistas estructuradas, realizada entre los años 2015 y 2016. Si bien, la etnografía ha sido utilizada como metodología para estudiar la salud de los migrantes en Chile, en este caso, el foco estará puesto en los discursos de los funcionarios técnico-administrativos y profesionales de la salud sobre las políticas de acceso a la salud de la población migrante y sus efectos en las prácticas.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco actores clave del ámbito institucional: un profesional a cargo del tema comunitario del SSI, una enfermera a cargo del área Ciclo Vital y CHCC del SSI, la coordinadora del Consejo Nacional de la Infancia, y el equipo de la OPD; y a dos dirigentes inmigrantes: la relacionadora pública del centro Social y Cultural República del Ecuador y la secretaria de la asociación Embajadores de Colombia. De esta manera obtuvimos información general y de contexto, así como contactos para las entrevistas con mujeres migrante. Posteriormente se realizaron cuatro entrevistas a profesionales de la salud: una matrona y una trabajadora social del equipo del CHCC del hospital, la enfermera jefa del SOME del hospital (Servicio de Orientación Médico Estadístico, que distribuye las horas médicas) y una entrevista grupal a cinco trabajadoras sociales del Cefam Sur. El objetivo era conocer los discursos de los agentes institucionales y sus diferentes puntos de vista sobre el tema de estudio, así como indagar sobre la aplicación de las normativas de salud y migración. Por otra parte, a través de organizaciones de migrantes y que trabajan con migrantes, entrevistamos a tres mujeres inmigrantes que han tenido experiencias conflictivas en el acceso y la atención en salud de ellas y/o de sus hijos/as: una mujer de nacionalidad colombiana y dos ecuatorianas. A cada una de las personas entrevistadas se le presentó un consentimiento informado, el que fue firmado una vez que aceptaron participar en la investigación.

Análisis de resultados y discusión

Políticas chilenas en materia de salud y migración, relativas a niños, niñas, adolescentes (NNA) y gestantes

Para este trabajo recopilamos las diferentes iniciativas que han permitido que, a pesar de existir un marco legislativo migratorio restrictivo (D.L. 1.094 de 1975), los NNA de familias migrantes tengan derechos en salud. El Estado chileno al adherir a convenciones internacionales y firmar acuerdos con otros Estados, ha debido realizar esfuerzos interministeriales por mejorar las políticas públicas dirigidas a esta población. Aquí haremos un repaso de los principales avances en la materia.

Un primer paso fue la elaboración en 2003 del Oficio Circular N° 6232, que instruye sobre la atención en Salud Primaria de mujeres en situación irregular embarazadas, con el fin de otorgar protección desde la gestación. El año 2005 Chile ratifica la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, lo que conllevó a que en 2007, la Subsecretaría de Redes Asistenciales elaborara el ordinario N° 2284

que manifiesta el derecho a la salud para extranjeros y refugiados con situación regularizada, en igualdad de condiciones que los nacionales. Estipula además el derecho a inscribirse en Fondo Nacional de Salud (FONASA) en el caso de los inmigrantes regularizados y el derecho de los irregulares a atención en servicios de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los Servicios de Salud, o a optar por la atención privada. Ese mismo año, los Ministerios del Interior y de Salud realizan un Convenio de Colaboración que explicita la decisión gubernamental de otorgar atención en salud particularmente a los menores de 18 años extranjeros, cualquiera sea su situación administrativa, la de sus padres, tutores o representantes legales. Deja en claro además, que los gastos no considerados por estas atenciones, se irán corrigiendo periódicamente en la asignación del per cápita comunal. Señala que la inscripción de los NNA en un establecimiento de salud permitirá solicitar un permiso de permanencia temporaria. En septiembre de 2008 se emite la Resolución Exenta que formaliza la constitución del equipo asesor en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud (MINSAL) y se publica el Instructivo Presidencial N°9 sobre la nueva Política Migratoria, dirigido a los distintos órganos de la administración del Estado. En este documento, la presidenta proclama a Chile como “País de acogida”. En base a lo anterior, en junio de 2009, se emite el Ordinario N° 2551 que instruye sobre la mantención de los beneficios en salud en caso de vencimiento de cédula de identidad a los inmigrantes inscritos en FONASA y con permiso de residencia en trámite. El año 2014, FONASA y el Ministerio del Interior establecen un Convenio de Colaboración que busca reducir los tiempos de espera para la atención en salud mientras se tramita la visa. En 2015, el MINSAL emite claras instrucciones en la Circular A 15 N° 6 sobre atención de salud de personas inmigrantes, orientando a los equipos de salud a desligar la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, reconociendo que esto ha operado como barrera de acceso, para que los derechos asegurados “se puedan ejercer en los casos de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia”. Esta circular tiene la particularidad de señalar los casos en que se brindarán atenciones y prestaciones de salud a inmigrantes que carezcan de recursos, en los siguientes casos: 1) Mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses desde éste; 2) Niños hasta los 18 años de edad; 3) Casos de urgencia médica; 4) Prestaciones de salud pública. Al año siguiente, el Decreto N° 67 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 10 de marzo de 2016, modifica el decreto de calificación de derechos de las personas migrantes sin permiso oficial de residencia, en el que se incorpora la causal de carencia de recursos. El procedimiento de acreditación para inmigrantes sin residencia está contenido en la resolución exenta N° 1439 de 28 de marzo de 2016 de FONASA. Por último, lo más reciente en la materia es la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, firmada en octubre de 2017 por la entonces Ministra de Salud y cuyo propósito es “contribuir al máximo estado en salud de los migrantes internacionales con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos” (p.53).

Como podemos apreciar, esta serie de iniciativas ha tenido como una de las principales preocupaciones otorgar atención en salud a los NNA desde la gestación, otorgando derechos a las mujeres gestantes en situación irregular. Asimismo, y desde sus inicios, en la primera década de los 2000, se otorga el derecho a atención en servicios de urgencia a las personas en situación administrativa irregular. Sin embargo, se hizo necesario en 2015 una circular que indicara expresamente que se debía desligar la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia y en la misma, se especifica que estos derechos los tienen las mujeres durante el embarazo, el

parto y post parto hasta los 12 meses para evitar que se reiteren los problemas de acceso. Vemos que en el transcurso de los años, se fueron sumando iniciativas que respondían a los problemas que en la práctica no estaban siendo resueltos, como por ejemplo el tema del financiamiento a través de la mantención de los beneficios en salud en caso de vencimiento de cédula de identidad a los inmigrantes inscritos en FONASA. Junto a esta decisión se suma la modificación del decreto de calificación de derechos de FONASA en 2016, en el que se incorpora la causal de carencia de recursos que se presume como consecuencia de la irregularidad administrativa, que es entendida como determinante social de la salud. Por último, y a modo de broche de oro, se firma la Política de Salud dirigida a la población migrante, con esto el Estado viene a formalizar de la manera más institucional posible, los derechos de esta población. Mas, nos preguntamos ¿por qué se producen problemas de acceso a la salud si desde el año 2003 se han establecido mecanismos que lo facilitan? y en el mismo sentido, ¿cuál es el rol del enfoque de derechos en la estrategia institucional de formalizar la política de salud y migración?

1. Etnografía de la administración del derecho a la salud

Nuestra etnografía tuvo lugar en las oficinas y/o salas de reuniones del Servicio de Salud Iquique, de los Centros de Salud Primaria, del Hospital, en charlas, capacitaciones y talleres en los que los funcionarios de salud eran convocados. ¿Qué buscamos? conocer cómo abordan la temática migratoria y las políticas de acceso a la salud de usuarios inmigrantes los y las funcionarias técnico-administrativos de la red de salud.

La producción social de la diferencia cultural

Podríamos catalogar al contexto en el que realizamos la etnografía como un período en el que las y los funcionarios recibieron mucha información, concentrado entre los años 2015 y 2016, en los que se realizaron un sinnúmero de capacitaciones, charlas y otras actividades de sensibilización respecto al tema migrante. Sin embargo, lo que nos llamó la atención fue que en sus discursos respecto al acceso a la salud de éstos, aparecían frecuentemente frases que daban cuenta de un conflicto interétnico latente, basado en supuestas diferencias, producidas por la naturalización de la cultura de origen, pero también en un sentimiento de injusticia, al reconocer a los usuarios migrantes en tanto carga económica para el Sistema Público de Salud. Ambas dimensiones ya eran conocidas para nosotros, sin embargo, el discurso del enfoque de derechos abrió una interrogante que intentaremos responder en este texto.

En nuestra participación como observadores en una de las reuniones realizada el 11 de marzo de 2016 en el SSI, una de las participantes, profesional del Hospital Regional comenta: “En otros países no es tan fácil para los migrantes, ¿por qué tenemos que atenderlos?”. Asimismo, en una entrevista realizada en el Hospital con el equipo pluridisciplinario del programa Chile Crece Contigo (CHCC), la matrona y la trabajadora social plantean que “se les da preferencia a los extranjeros”, es decir que sería más flexible el acceso a la salud de esta población que el de

la población chilena y que, a pesar de ello, las inmigrantes no cumplen el deber de regularizar su situación administrativa: “Tienen muchas ventajas y no se regularizan”.

En otra reunión también aparece el tema, las funcionarias presentes lamentan que la normativa llama a que se les dé un “trato igualitario”, pero que en la práctica sólo ellos tengan esta posibilidad. Entendemos, por tanto, que la medida que incorpora la causal “carentes de recursos” es percibida como negativa, porque además generaría un efecto llamada, tal como lo señala el equipo del programa ChCC: “Con lo del artículo 110 sobre carentes de recursos, va a haber un aumento” (entrevista realizada el 13 de abril de 2016). En la misma entrevista indagamos respecto al tema de los partos, e inmediatamente la trabajadora social abrió sus registros informando que hubo 267 nacimientos en marzo de 2016 (de 264 usuarias, tres gemelares) de los cuales 95 fueron partos de usuarias extranjeras (35,9%) y de esas, 30 estaban en situación irregular (11%). De las extranjeras, 62 son bolivianas (65%), 27 peruanas (28%), 2 ecuatorianas, 2 dominicanas y 2 colombianas (2% c/u), luego comentaron: “Antes eran más peruanas y ahora más bolivianas”, y enseguida manifestaron: “ahora hay más chipe libre”, dando cuenta de que este nuevo escenario se comprende como una laxitud del sistema.

Observamos que existe un sentimiento de injusticia cruzado por “lo nacional”, tal como se expresa en la siguiente frase que apela a la colectividad de usuarios de origen chileno: “También queda la duda y el cuestionamiento de los chilenos. La gente chilena también demuestra su descontento. No tiene los mismos beneficios” (Equipo Chile Crece Contigo, entrevista realizada el 13 de abril de 2016). Se trata de un sentimiento de amenaza generado por una demanda que es entendida como “nueva”, que altera el funcionamiento del servicio público y que se enfoca en la injusticia que implica el no pago de las atenciones cuando pueden ingresar como carentes de recurso.

El discurso de los derechos es inmediatamente acompañado de un juicio hacia esta población, en especial hacia las madres inmigrantes. Esto lo pudimos apreciar claramente en la entrevista al Equipo del programa ChCC al referirse a su crianza “tienen una crianza más desprendida”; su irregularidad en los controles prenatales “mal controladas, con un solo control”; y su manera de relacionarse con el servicio: “conductas negligentes, la mayoría”. De esta manera, las entrevistadas establecen una diferenciación entre las madres chilenas y extranjeras. La idea de que las extranjeras no son buenas madres quedó más claramente establecida al momento de hablar de prioridades, “tienen que hacer sus cosas y dejan sus niños ahí”; así como al momento de referirse a ellas como personas que no entienden lo que se les indica, “las mamás no cachan una (extranjeras y bolivianas, sobre todo)”, por lo tanto, se infiere falta de educación, “como que no hay una educación de priorizar lo que es más importante”. Esto les causa particularmente disgusto, porque como equipo consideran que realizan un esfuerzo informando y educándolas y ellas no tienen la voluntad de cambiar sus malas conductas, como por ejemplo, regularizar su situación migratoria, “Población que fue orientada y educada, repiten las conductas” (entrevista realizada el 13 de abril de 2016).

Percibimos además que se produce una jerarquización de los grupos inmigrantes de acuerdo a la nacionalidad, demostrando mayor rechazo hacia la población boliviana. Nos parece

interesante señalar que este rechazo es histórico en la región, como presenta con gran elocuencia Fernández, en un estudio sobre la violencia discursiva de la época del salitre: “Las referencias de prensa obrera constantemente nos hablan de ‘epidemias de indios bolivianos’” (2018, p.298).

Mediante estos discursos podemos dilucidar cómo se construye la diferencia étnica y cultural que representan principalmente las mujeres migrantes en el Sistema Público de Salud. Uno de los paradigmas de la etnicidad es la construcción de grupos étnicos basados en una “atribución categórica” (Streiff-Fénart & Poutignat, 1995), la que refleja el poder del grupo mayoritario o dominante de nombrar al grupo minoritario o subordinado, con el fin de instalar jerarquías sociales. Esto es lo que sucede cuando se nombran “nuevos usuarios”, en el Sistema Público de Salud. Con esto, no nos referimos solamente a la jerarquización económica sino a la idea de la lógica de la inferiorización que junto con la de la diferenciación constituyen según Wieviorka (Wieviorka, 1994), las lógicas propias del racismo.

De Rudder et al. (2010) introducen el concepto de etnismo, que junto al racismo se tratarían de procesos de alterización, es decir de producción de diferencias constitutivas de una alteridad colectiva que surge en el seno de las relaciones. Los autores explican que se habla de etnismo cuando la cultura del otro es presentada como un rasgo susceptible de cambio, y de racismo cuando además de referirse a la naturaleza biológica del otro, se esencializan o reifican rasgos culturales que se le atribuyen en tanto “segunda naturaleza” heredada intergeneracionalmente. Ambos procesos se expresan desde la hostilidad y el rechazo, no obstante, el etnismo separa al otro fuera del grupo (comunidad, nación), salvo si se asimila y desaparece su diferencia. En cambio, el racismo “arroja al racializado a otro mundo no completamente humano” (p.82), no desea ni considera posible su conversión. La hostilidad y el rechazo que expresan los discursos nos indican que a pesar de que las conductas de las usuarias son consideradas inapropiadas, se espera una “conversión”, mediante la educación y el traspaso de información.

Etnicización de la violencia obstétrica

Una de nuestras informantes clave, enfermera que cumple funciones técnico-administrativas en el programa Ciclo vital y en el CHCC, nos invitó a una reunión denominada “Videoconferencia de Casos Complejos” (VCC), que fue clave para conocer a más miembros de la red, pero sobre todo para tener acceso a información crucial. Se trataba de una reunión entre el equipo de salud local (compuesto por enfermeras, matronas y trabajadoras sociales) y expertas en el tema del MINSAL, que se conectaron desde el nivel central (Santiago) para responder a las inquietudes del equipo. Entre otros puntos, se conversó sobre un caso complejo de atención obstétrica de una mujer boliviana en situación administrativa irregular y posteriormente de la atención médica y dental a sus hijos. Durante la videoconferencia, las funcionarias expresaron sus inquietudes abiertamente y pudimos observar que se enjuiciaba fácilmente a esta paciente, con frases de este tipo: “No hacía mucho caso”; o bien, “es un tema cultural, las bolivianas son muy reservadas”. Además, nos llamó la atención que cuando se mencionó la situación de hacinamiento en la que vivía la mujer, se señaló que convivía con 21 personas y esto causó risa.

Las representantes del MINSAL explicaron primero los convenios y decretos recientemente actualizados y la presunción de “carencia de recursos”, incluida en la modificación del decreto de calificación de derechos de FONASA. De las afirmaciones manifestadas, dos nos parecieron particularmente reveladoras del conflicto: “No debería haber una barrera administrativa a la atención en toda la red”; “Anteponer el tema del pago, eso no debería existir” (Representante Minsal nivel central, VCC, realizada el 11 de marzo de 2016).

Luego, el equipo de “cabecera” del Cesfam Sur presentó el caso, en el que el tema del “no pago” -o del cobro- de la atención se vincula a la violencia obstétrica. Se trata de una mujer boliviana que decide huir de la violencia, física, sexual, económica y psicológica que le proporcionaba su marido y cruza la frontera entre Bolivia y Chile en enero de 2016 con sus tres hijos (de 8, 7 y 3 años) y con un embarazo de término. Nueve días después acude al Cesfam Sur donde es atendida y derivada al hospital por múltiples factores de riesgo. La mujer no puede asistir a la citación por diversas dificultades, pero a los días tiene fuertes dolores -como contracciones- y acude a Urgencias de Maternidad del Hospital, donde se le niega la atención debido a su situación migratoria irregular. Le solicitan el pago de forma privada y al no contar con dinero para pagar la consulta, se va. Días después es atendida de urgencia en el Cesfam Sur, ocasión en que se coordina la ecografía directamente con una matrona del hospital. La ecografía revela una complicación, por lo que es hospitalizada de urgencia. Su hijo nace por cesárea y queda hospitalizado por diversas complicaciones. A los ocho días la mujer va al Cesfam por molestias en la herida. Al constatar problemas en la cicatrización es derivada al hospital, donde nuevamente no es atendida por no contar con recursos para pagar la consulta. Desde el Cesfam coordinan con el equipo del CHCC para evitar el cobro de la atención en Urgencias de Maternidad, en esta ocasión le realizan curaciones, pero ella manifiesta haber recibido un trato no adecuado. Como no cicatrizaba la herida y seguía con molestias y dolores, vuelve a acudir al hospital y una vez más se rechaza su atención. Ante estas barreras decide curarse ella misma con alcohol y povidona, ya que dice no estar dispuesta a recibir más malos tratos.

El equipo de trabajadoras sociales del Cesfam Sur nos relató en una entrevista grupal que la principal barrera en el acceso es la vinculación del estatus migratorio irregular al no pago en la atención. Ellas manifiestan sus frustraciones cuando se impone esta barrera en el hospital a gestantes inmigrantes:

Lo que pasaba también que cuando llegaban al hospital, los que cobraban decían ‘pero señora porqué está usted en Chile, si usted no tiene plata, vuelva a su país señora’, y qué hacía, se ponía una ropa grande y cruzaba la frontera. (Entrevista grupal, Cesfam Sur, realizada el 5 de mayo de 2016)

Observamos que, aunque las trabajadoras sociales no se refieren a la nacionalidad de la inmigrante embarazada, se podría tratar de una mujer boliviana, porque son las más susceptibles de cruzar la frontera rápidamente en esta región. Esta entrevista también reveló que este tipo de rechazos a la atención ha provocado diversas formas de violencia, ante las cuales se hacen gestiones desde la atención primaria para facilitar la derivación e intentar amenguar los problemas de acceso y atención:

Si, nosotros tenemos un caso, bueno confidencial obviamente, en que ella perdió a su bebé porque viajó, porque de acá la rechazaron. Entonces, ella después de dos años volvió de nuevo a Chile embarazada y está con todos los miedos de nuevo, entonces nosotros ahora le gestionamos el número y bajo todas las condiciones de que con el tema de que me trataron mal, de que me miraron mal y me gritaron también, entonces toda la violencia obstétrica que ocurre allá [en el hospital] también.... (Entrevista grupal, Cesfam Sur, realizada el 5 de mayo de 2016)

En estos discursos observamos otra faceta de los procesos sociales antes mencionados, aquí el problema se centra en la negación de la atención en tanto orden o discurso que los directivos traspasan al personal o en tanto acto arbitrario de funcionarios administrativos, pero en ambos casos, quienes hablan imputan la negación de la atención a terceros. Asimismo, el problema radica en la controversia entre el no pago de la atención por parte de las inmigrantes indocumentadas y en el desconocimiento de la normativa y de los lineamientos del MINSAL que expresamente manifiestan el derecho que ellas tienen a atenciones gineco-obstetras libres de pago.

Ambos elementos nos llevan a pensar en las formas en que se expresan las relaciones interétnicas, ya que estos discursos son hechos sociales que forman parte de la realidad que contribuyen a moldear (De Rudder, et al.). Encontramos, por tanto, discursos sobre las interacciones que se inscriben en el orden estructurante de las relaciones interétnicas, que participan en la ineficacia de la política, porque resultan de la historia regional, nacional y colonial. Y, por tanto, el inmigrante sudamericano de apariencia indígena, en este caso, es rechazado, como lo ha sido históricamente (Walsh, 2009). Pero, De Rudder et al. afirman que las relaciones no son solo étnicas, sino también económicas y sociales, en ese sentido, el no pago representa la situación de pobreza económica en la que se encontraría la población inmigrante, posición social que es utilizada como identificación cultural (“no quieren aprender”). El no pago y la negación de la atención se presentan a su vez como manifestaciones de la etnicidad, en tanto reflejo de antagonismos económicos, como lo plantea (Wallerstein & Balibar, 1988). Para el autor, el concepto “eticidad” es uno de los rasgos estructurales de la economía-mundo capitalista, junto a los conceptos de “raza” y de “nación”; cada uno representa un aspecto de la repartición desigual de la fuerza del trabajo. En su análisis, la etnicidad representa la jerarquía ocupacional. Esto quiere decir que la posición económica y social subalterna de las migrantes es confrontada a la posición económica y social de los funcionarios administrativos que ven esta relación como una oportunidad de posicionamiento superior, por pertenecer al conjunto nacional. La pertenencia al conjunto nacional implica una posición privilegiada en la jerarquía, la que permite una relación de dominación en la que la violencia obstétrica hacia la persona subordinada también es posible.

Conclusiones

Este trabajo nos llevó a indagar y reflexionar sobre las repercusiones de las políticas de salud y migración que se han llevado a cabo en el país desde los años 2000, en las relaciones interétnicas que se dan en el marco de la movilidad y la migración fronteriza y transfronteriza en la región de Tarapacá, en el norte Chile.

En el transcurso de la investigación tuvimos que ir modificando los objetivos inicialmente planteados, constatando la complejidad de la realidad estudiada. Comenzamos estudiando los derechos de acceso y atención de salud de los niños, niñas y adolescentes migrantes, pero una vez iniciada la investigación, vimos que las normativas aseguran la protección de su salud desde la gestación, por lo que incluimos en el estudio a las mujeres migrantes. También partimos hablando de migrantes en general, pero observamos que el foco estaba en las usuarias bolivianas principalmente.

Observamos cómo los discursos del personal de salud establecen una diferenciación cultural y étnica respecto a las usuarias migrantes, alterizando especialmente a las bolivianas, población con la que se ha tenido una mayor intensidad de interacciones a lo largo de la historia. Analizamos cómo esta diferenciación está asociada a la inferiorización que representan en la jerarquía social, dando cuenta de procesos tales como el racismo y el etnismo.

Vimos como el no pago de la atención en salud y las barreras en el acceso a la misma son manifestaciones de la etnicidad, marcada por la posición socio-económica de la población migrante en el país. Esto da cuenta además del orden estructurante de las relaciones interétnicas, en tanto relaciones de dominación y subordinación cuyo resultado es también la violencia obstétrica.

Por último, concluimos que el enfoque de derechos en el que se basa la política de salud y migración es producto del multiculturalismo neoliberal, que reconoce y valora la diferencia cultural, pero restringiendo su campo de acción a un discurso que no se acompaña de una implementación clara y concreta de la política, convirtiéndolo en un sinsentido. A esto se suma el no reconocimiento en las políticas de salud y migración de las dificultades que presenta la regularización migratoria impuesta por el marco legislativo vigente y por la institucionalidad migratoria, que condicionan la prestación de servicios, como lo vimos en los casos aquí expuestos.

Referencias bibliográficas

- Araujo, K., Legua, M. C. and Ossandón, L. (2002). Migrantes Andinas En Chile. El Caso De La Migración Peruana. *Fundación Instituto de la Mujer*, 1-47.
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bassa Mercado, J. & Torres Villarrubia, F. (2015). Desafíos para el ordenamiento jurídico chileno ante el crecimiento sostenido de los flujos migratorios. *Estudios Constitucionales*, 13(2), 103–124. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-52002015000200004&script=sci_arttext.
- Becerra, M. & Altimir, L. (2012). *El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental, Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile: Avances y desafíos*, pp. 191–216.
- Becerra, M. & Altimir, L. (2013). *Nuevas prácticas inclusivas en salud mental y migración: Programa PRISMA. ALAS 2013 GT 08- Desigualdad, vulnerabilidad y exclusión social*, 1–9.
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93–111. Recuperado de : <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
- Cabieses, B. et al. (2016). Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile.
- Cano, M., Contrucci, M. & Martínez, J. (2009). *Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio*. Santiago : CEPAL. Recuperado de : <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7228-conocer-legislar-hacer-politica-desafios-chile-un-nuevo-escenario-migratorio>.
- Castro, R. & Erviti, J. (2015). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37–42. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/630>.
- Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(2), 57–96. Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/1738/1619>.
- Cortéz, A. (2007). *Migración internacional: un desafío para las políticas públicas de Chile en niñas y niños migrantes. Políticas públicas, integración e interculturalidad*. Santiago: Ediciones Colectivo Sin Fronteras, 105–118.
- Cortéz, A., Reyes, G. C. & Reyes, M. S. (2010). Salud sexual y reproductiva y migración latinoamericana en Chile. Una aproximación cualitativa a las situaciones de riesgos y conductas de prevención del VIH-SIDA. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 50(4), 322–339.
- Díaz Tolosa, R. I. (2016). Ingreso y permanencia de las personas migrantes en Chile: Compatibilidad de la normativa chilena con los estándares internacionales. *Estudios Constitucionales*, 14(1), 179–220. Recuperado de : <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estconst/v14n1/art06.pdf>.
- Faneite, J., Feo, A. & Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev obstetricia ginecología Venezuela*, 72(1), 4-12. Recuperado de : http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttext.
- Gavilán, V. & Tapia Ladino, M. (2006). Diagnóstico de los procesos migratorios en el norte de Chile. *Revista Electrónica Parinas*, 11(2).

- INE (2018) 2da entrega resultados definitivos CENSO 2017. Recuperado de : www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2018/05/presentacion_de_la_segunda_entrega_de_resultados_censo2017.pdf.
- Lahoz Ubacha, S. & Fornas Santacana, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas individuo y sociedad*, 15(1), 17–28. Recuperado de : <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/613>.
- Leiva, S. & Ross Orellana, C. (2016). Migración circular y trabajo de cuidado: fragmentación de trayectorias laborales de migrantes bolivianas en Tarapacá. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 101–111. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/766>.
- Lube-Guizardi, M. and Garcés, A. (2013). Circuitos migrantes. Itinerarios y formación de redes migratorias entre Perú, Bolivia, Chile y Argentina en el norte grande chileno. *Papeles de Población*, 19(78), 65–110. Recuperado de : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000400005.
- Marín, J. (2014). *Hijos(as) de inmigrantes en el norte de Chile: Hacia la construcción de una Escuela Intercultural*. Universidad de Tarapacá.
- Martínez, J. (2003) *El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002*. Recuperado de: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/14312/lcl2046-P.pdf>.
- Mesa Técnica Específica Infancia Migrante (2014) *Los niños, niñas y adolescentes migrantes: “Entre derechos y exclusiones”*, Región de Tarapacá. Iquique.
- Núñez, L. and Stefoni, C. (2004). Migrantes Andinos en Chile: ¿Transnacionales o Sobrevivientes? *Revista Enfoques*, 2(3), 103–123. Recuperado de : <http://www.revistaenfoques.cl/index.php/revista-uno/article/view/275>.
- Núñez, N. & Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Instituto de la Mujer.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración de la OMS, 6–9.
- Pavéz, I. (2012). Inmigración y racismo: Experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile, *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 12(1), 75–99. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-09482012000100004.
- Pavéz, I. (2013). Los significados de “ser niña y niño migrante”: conceptualizaciones desde la infancia peruana en Chile, *Polis*, 35, 1–19. Recuperado de : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682013000200009.
- De Rudder, V., Poiret, C. & Vourc’h, F. (2010). *La desigualdad racista. Precisiones conceptuales y propuestas teóricas, Estudiar el racismo. Textos y herramientas*. México: Cuaderno de trabajo AFRODESC/ EURESCL No 8, 73–101.
- Salinas Polanco, N. (2007). *Informe de práctica II. Infancia y migración. El caso de los niños y niñas inmigrantes e hijos de inmigrantes en la ciudad de Iquique*. Recuperado de : https://issuu.com/opdiqq/docs/5116152-infancia-migrante-iquique__1_.
- Solimano, A. & Tokman, V. E. (2006). *Migraciones internacionales en un contexto de crecimiento económico: el caso de Chile*. CEPAL.
- Stefoni, C. (2003). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración*. Editorial Universitaria.

- Stefoni, C. (2005).** *Inmigrantes Transnacionales: La Formación De Comunidades Y La Transformación En Ciudadanos*, FLACSO-Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 43, 21. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Chile/flacso-cl/20120914100858/artstef.pdf>.
- Stefoni, C. (2011a).** *Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante, La construcción social del sujeto migrante en América Latina. Prácticas, representaciones y categorías*, 79–110. Recuperado de: www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/39537.pdf.
- Stefoni, C. (2011b).** *Perfil Migratorio de Chile*. OIM. Recuperado de : <http://incami.cl/perfil-migratorio-de-chile/>.
- Streiff-Fénart, J. & Poutignat, P. (1995).** *Théories de l'ethnicité*. Presses Universitaires de France.
- Tapia Ladino, M. (2012).** Frontera y migración en el norte de Chile a partir del análisis de los censos de población. Siglos XIX- XXI 1, *Revista de Geografía Norte Grande*, 53, 177–198. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022012000300011.
- Tapia Ladino, M. (2014).** *Extranjeros fronterizos en las regiones extremas de Chile: entre migración y circulación. 1990-2014, Migración y trabajo. Estudio y propuestas para la inclusión sociolaboral de migrantes en Arica*. Santiago: OIM.
- Tapia Ladino, M. (2015).** Frontera, movilidad y circulación reciente de peruanos y bolivianos en el norte de Chile, *Estudios Atacameños*, 50, 195–213. Recuperado de : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432015000100010.
- Tapia Ladino, M. & Ramos Rodríguez, R. (2013).** Mujeres migrantes fronterizas en Tarapacá a principios del siglo XXI: El cruce de las fronteras y las redes de apoyo, *Polis (Santiago)*, 12(35), 229–257. Recuperado de : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682013000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Tijoux, M. E. (2002).** Morderse la lengua y salir adelante. La dificultad de ser peruano en Chile, *Amérique Latine Histoire et Mémoire*, (5). Recuperado de : <https://journals.openedition.org/alhim/639>.
- Tijoux, M. E. (2013).** Niños (as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias, *Convergencia*, 61, 83–104. Recuperado de : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352013000100004.
- Tijoux, M. E. & Palominos, S. (2015).** Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile, *Polis*, 14(42), 247–275. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Wallerstein, I. (1988).** *La construcción des peuples: racisme, nationalisme, ethnicité, Race, nation, classe. Les identités ambiguës*. Paris : Editions La Découverte.
- Wallerstein, I. & Balibar, É. (1988).** *Raza, nación y clase*. Madrid : IEPALA.
- Walsh, C. (2009).** *Interculturalidad, estado, sociedad. Luchas De(coloniales) de nuestra época*. Quito: Abya Yala.
- Wieviorka, M. (1994).** Racismo y exclusión, *Estudios Sociológicos*, XII(34), 37–47. Recuperado de: estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/download/997/997.