



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

“Aquí se atienden personas, no nacionalidades”

*Análisis del proceso de atención de salud de mujeres peruanas,
en dos centros de salud pública de la Región Metropolitana.*

Memoria para optar al título de Antropóloga Social

ANDREA ÁLVAREZ CARIMONEY

Profesora Guía: Michelle Sadler

Santiago, mayo 2016

ÍNDICE

Agradecimientos	4
RESUMEN	5
PALABRAS CLAVE.....	5
SOBRE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN	6
1. ANTECEDENTES.	11
1.1 El fenómeno de la migración en Chile.....	11
1.2 Migración y salud pública chilena.	14
Cobertura y acceso a salud para migrados/as en Chile	14
1.3 Caracterización del contexto de estudio.....	19
2. OBJETIVOS.	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos:.....	21
3. MARCO TEÓRICO.....	22
3.1 La construcción de las personas migradas.....	22
Migración, Raza y Género: nuevos escenarios, viejas exclusiones.	24
3.2 Salud/enfermedad/atención desde el punto de vista cultural: Antropología Médica. 30	
Sistemas médicos y biomedicina como sistema cultural.	30
El desafío de la migración e interculturalidad en salud.	33
4. MARCO METODOLÓGICO.....	38
4.1 Sobre la Metodología y el enfoque de estudio.	38
4.2 Proceso de investigación.....	40
4.3 Consideraciones éticas.	46

5. ANÁLISIS.....	47
I. Contextos y procesos locales de atención.....	47
El proceso de atención de salud.....	54
Salud sexual y salud reproductiva.....	60
II. La construcción de las usuarias peruanas desde el personal de salud.....	66
Construcción del personal de salud sobre las mujeres migradas peruanas.....	66
Estereotipos y discriminación a mujeres migradas peruanas.....	69
Estereotipos de género hacia mujeres migradas peruanas.....	71
III. Problemáticas y transformaciones.....	80
IV. El concepto de cultura en la visión de los/as funcionarios/as de salud.....	88
La cultura como <i>otredad: ciencia versus creencia</i>	88
Cultura como set de variables.....	92
6. CONCLUSIONES.....	95
Recomendaciones.....	98
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

Agradecimientos

No es fácil condensar en pocas palabras lo que ha significado el proceso de titulación y todas las personas a quienes debería reconocer como parte de esta etapa.

Agradezco profundamente a mi familia y personas queridas, no sólo por este último tramo sino por todo el cariño y amor que me han regalado en la vida, gracias a ellos y a ellas he aprendido el valor de ir donde uno desee y de enfrentarse a nuevos escenarios a pesar de los miedos, que estar cerca o lejos no hace la diferencia. A mis amigos y amigas, que acompañaron esta travesía. A la profesora Michelle Sadler, por su apoyo constante y crítica certera que me permitió avanzar en esta tarea con ánimo y confianza.

Este trabajo está dedicado especialmente a todas aquellas mujeres que con valentía y esperanza parten de su tierra en busca de nuevos horizontes, mujeres que reinventan la forma de ser familia, de ser madres, de ser trabajadoras, que se pierden y se encuentran a sí mismas en el recorrido, que se descubren luchadoras y dignas. Al personal de salud que es capaz de comprender estos movimientos y que, finalmente, todos estamos en camino.

RESUMEN

Esta investigación cualitativa tiene como objetivo caracterizar y analizar el proceso de atención de salud primaria de mujeres peruanas en términos de problemáticas y transformaciones, con énfasis en comprender cómo opera el concepto de cultura. Para ello se realizaron 13 entrevistas a personal de salud, 12 a usuarias peruanas y observación en los contextos de atención.

Los resultados dan cuenta de la variabilidad de experiencias en los equipos de salud, que responde a condiciones estructurales del sistema y la gestión que cada centro de salud articula para dar respuesta a las mujeres migradas. Existe discriminación y estigmatización, aunque no es generalizada ni reconocida explícitamente por el personal de salud. Desde las usuarias también se invisibiliza la violencia, a la que responden adecuando sus comportamientos para transformarse en “usuarias estándar”. El área más compleja tiene relación con la salud sexual y reproductiva y los estereotipos de género que operan de manera transversal en el proceso de atención. La cultura funciona como una especie de caja negra, donde la salud intercultural es sólo un referente teórico sin articulación práctica y sobre la cual se sostiene un concepto esencialista y reduccionista de la cultura, que exotiza a las mujeres migradas.

PALABRAS CLAVE

Migración peruana, feminización de las migraciones, género, cultura, salud intercultural

SOBRE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

La antropología, como disciplina que forma parte de las ciencias sociales, ha puesto su atención en diversos fenómenos a lo largo de su historia. Dichos fenómenos han constituido un campo de reflexión propio a través de su anclaje con el concepto de cultura y han consagrado a la etnografía como método privilegiado por la antropología para estudiar la cultura desde “adentro” (Aguirre, 1997). Los inicios de la antropología como ciencia estuvieron marcados por el afán colonialista e imperialista que dominaba el ambiente europeo en el s. XIX, donde la figura del “otro” estaba confinada al exotismo.

Con el correr de los años muchas cosas cambiarían este enfoque particularista: por un lado, la historia global mostraría su lado más deprimente de la mano de las dos guerras mundiales y otros tantos conflictos bélicos posteriormente, la economía mundial también daría sus zarpazos, con las bulladas crisis económicas y financieras, los totalitarismos de izquierda y derecha, los conflictos étnicos y raciales. La geopolítica actual es una maraña complejísima donde se entrecruzan aquellos fenómenos micro que, antiguamente, los antropólogos estudiaban a través de la observación participante, dando por sentado que ahí empezaba y terminaba la cultura. Una vez asentado el capitalismo mundial avanzado, la globalización y planetarización de las referencias (Augé, 2014) cambiarían este panorama para siempre¹. La cultura como mundo-significado circunscrito a un espacio geográfico susceptible de ser estudiado nunca más estaría al alcance de un antropólogo.

Por otro lado, las ciencias sociales han debido re-pensarse a partir de los desarrollos teóricos ligados al constructivismo, postmarxismo, posmodernismo y la teoría de género y al mismo tiempo en la antropología, a la crítica sobre el modo en que se comprendía/construía la “otredad” y la capacidad (o incapacidad) de los y las antropólogos/as para “traducir” las culturas o cuando menos, decir algo válido respecto de ellas con los instrumentos y métodos que se tiene a mano, sin hablar de la epistemología de base que opera en las ciencias sociales.

Entonces, ¿qué pervive de la antropología? La cultura, como se entendió en sus comienzos, no existe más. Las culturas “tradicionales” se han sumado, de diversas maneras y en distintos grados, al tren de la sobremodernidad. La antropología se ha diversificado y hoy podemos encontrar antropólogos trabajando en tantas áreas como existen dentro del conocimiento teórico y aplicado. Sin embargo, entre otros puntos, el enfoque sobre la diversidad permanece como una constante en los estudios antropológicos actuales.

En el mundo actual, decíamos, vemos multiplicarse los espacios de circulación, de consumo y comunicación. Lo que comparten aquellos que los frecuentan es una forma de anonimato relativo y provisorio, las condiciones presentes ponen en entredicho las instituciones tradicionales: la sexualidad, la familia, la forma de habitar, la salud/enfermedad, la religión, entre muchos otros fenómenos se ven cuestionados e interpelados por estos movimientos locales y, a la vez, planetarios. Uno de estos fenómenos, y que ocupará el papel central de este trabajo, es la migración.

¹ Augé, entre otros, ha señalado cómo la “multiplicación de los espacios anónimos, en los que no parece arraigar ninguna relación social, crea sin embargo, y paradójicamente, nuevas familiaridades. Uno se siente menos perdido, en el otro extremo del mundo, cuando entra en un supermercado. La planetización de las referencias hace alusión a este fenómeno: por un lado la uniformidad mundial, por otro la creciente complejidad e individualización.

Si uno se remite a las enseñanzas de la antropología física actual, puede considerar que las poblaciones humanas han estado siempre en movimiento, aún cuando la sedentarización del neolítico conllevó inmensos desarrollos tecnológicos y sociales. El origen del hombre se confunde con un esfuerzo incesante por dominar el espacio, acondicionándolo, pero también desplazándose por él. A decir de Augé (2014) pese a la ilusión de arraigo y de inmovilidad que suscitan la imagen de las aldeas tradicionales y el apego a su terruño por parte de la población que allí vive, “el movimiento es la verdad de las sociedades humanas” (2014:27).

Las migraciones forman parte de la historia de la humanidad. Desde antiguo el desplazamiento de grupos humanos ha sido interpretado como una conquista del territorio, inclusive cuando éste ya era habitado. Los colonialismos añejos y actuales componen la historia que se construye hasta nuestros días. En la historia del siglo XXI, la cuestión de las migraciones, no se resume ni mucho menos en las relaciones norte y sur. Las migraciones de la miseria y del trabajo no son los únicos movimientos de población a los que asistimos. La élite circula por el mundo entero como si le perteneciera. Las grandes pruebas deportivas o el turismo son actividades a las que la mayoría de los habitantes de la Tierra no tiene acceso, pero que concierne a franjas considerables de la clase media y alta de los países desarrollados y a los individuos más acomodados de los países emergentes. Sus destinos privilegiados a menudo son los países de los que parten los/as migrados/as para encontrar, a veces al precio de sus vidas, trabajo.

La migración que concierne a esta investigación, es la que se ha entendido tradicionalmente como migración internacional, es decir, el movimiento de grupos humanos entre un país y otro. En Chile los datos indican que desde la década de los noventa se ha observado un creciente asentamiento de población proveniente de países fronterizos, en particular, de Bolivia y de Perú (y en los últimos años Colombia). El foco de la presente investigación se concentra en particular en la migración peruana, grupo de población que lidera el alza en las cifras (Departamento de Extranjería, 2014).

El proceso que viven los y las sujetos migrados/as en nuestro país está cobrando importancia en los últimos años, pero su estudio es incipiente. Uno de los fenómenos que ha atraído interés es la relación entre migración y salud, un tema muy poco explorado en Chile (entre los/as investigadores/as están Rivas, 2010; Rojas, 2010; Cumsille, 2010; Cortés, 2001; Cabieses, 2013; Agar y Saffie, 2010; Núñez y Torres, 2007, Avaria 2012). A través de los estudios desarrollados en el ámbito de salud y migraciones, se puede afirmar de forma general que en aquellos países con grandes flujos migratorios, la población autóctona y la migrada tienen diferentes perfiles epidemiológicos y desigual acceso a asistencia médica (European Commission Against Racism, 2000).

Por otra parte, desde el mismo sector de salud, se releva la necesidad de contar con información más profunda y acabada acerca de las relaciones que se dan entre el personal de salud y los/as usuarios/s. En países que han recibido migrados/as (sobre todo en Europa) se ha intentado visibilizar la existencia de barreras que operan obstaculizando el proceso de atención de esto/as usuario/as (Cortés, 2001). En Chile, a pesar de no existir una gran cantidad de estudios, éstos constatan el reducido acceso de la población migrada a servicios de salud en el país de destino con sus consiguientes consecuencias en el estado de salud general. Algunos trabajos señalan que esto se relaciona con la posición social inferior de los y las migradas (ONUSIDA citado en Núñez y Torres, 2007). Sostienen que *“no sólo están expuestos a malas condiciones laborales y de vida, lo que ya es determinante per se de mala salud, sino que también tienen un menor acceso a la asistencia sanitaria por diversas razones políticas, administrativas y culturales que no se aplican necesariamente a la población nativa”* (op.cit, 2007: 67). Las falencias del sistema

de salud chileno se manifiestan en una falta de políticas públicas que permitan la igualdad de acceso a la atención a la población migrada y una falta de sensibilidad respecto a la particularidad de este grupo. Esto se traduce en la baja asistencia a controles de salud por parte de la población migrada, las dificultades en el seguimiento de tratamientos, los problemas de comunicación (Scozia et al, 2014) entre otros puntos, que derivan en estereotipos con los que se manejan los/as funcionarios/as de salud respecto de las usuarias migradas y su forma de enfrentar la atención de salud en Chile.

El presente trabajo se enfoca específicamente en la atención de salud a mujeres migradas peruanas en la atención primaria, dentro del sistema de salud público chileno. Si bien la migración peruana tiene rostro de mujer (Martínez, 2003) pocos trabajos se concentran específicamente en cuáles son las dificultades que las usuarias tienen en el proceso de atención de salud en nuestro país. Resulta imprescindible contar con investigación de tipo cualitativa, que más allá de las cifras de cobertura pueda dar cuenta de cómo el sistema de salud chileno está respondiendo a la demanda básica por acceso y atención de salud al sistema público de la población migrada, caracterizar el proceso de atención dentro de la salud primaria y la construcción que hace el personal de salud de las mujeres peruanas y que podrían operar problemáticamente en este contexto a través de la estereotipación y/o discriminación. Desde la antropología resulta interesante, además, visibilizar cómo se utiliza y aplica la noción de cultura en las relaciones entre usuarias y funcionarios y qué consecuencias puede tener este uso para la misma atención de salud.

Existen trabajos (Scozia et al, 2014) que hacen hincapié en el estereotipo como una barrera señalando como ciertas percepciones, prejuicios, valoraciones (de ambas partes de la relación: mujeres migradas y funcionarios/as de salud) pueden convertirse, eventualmente, en obstáculos para una atención en salud de calidad. A través de esta investigación se da cuenta de las problemáticas que surgen de la construcción de la otredad, pero también del proceso de aprendizaje de los centros de salud en relación a la migración y cómo la relación entre usuarias y personal de salud va transformándose en el tiempo. Por otro lado, muchas de estas percepciones se basan (implícita o explícitamente) en el uso del concepto de cultura en el contexto de atención de salud primaria, y creo necesario re-mirar, revisar y deconstruir qué premisas están en la raíz de este concepto y cómo se está entendiendo qué es la cultura desde los profesionales de salud.

Un concepto clave para abordar este punto es el de salud intercultural. Para Millán (Citado en OPS, 2008) la interculturalidad se define como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad, se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Según Millán (op.cit) 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. Dicha noción de salud intercultural ha sido ampliamente cuestionada pues admite una relación asimétrica, donde la biomedicina tiene la primacía sobre cualquier otro sistema médico. ¿Cómo entender, entonces, la interculturalidad entre prestadores de salud y grupos minoritarios? ¿Tienen las mujeres peruanas otra “cultura”? ¿Son ellas quienes deben “adaptarse al modelo médico chileno”? Como mostraré a través de la investigación, la migración pone en jaque la comprensión tradicional de lo que es la interculturalidad y, por supuesto, también la definición de cultura en el ámbito sanitario.

Tomaré como enfoque teórico la aproximación de la Antropología Médica (AM). La AM es un sub-campo de la antropología social o cultural, que estudia los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención que se dan en los diversos contextos. La AM tiene dos orientaciones principales: la primera se sostiene en los enfoques marxistas de las fuerzas político-económicas para comprender cómo éstas influyen en la salud y la estructura de los sistemas sanitarios; y la segunda, más epistemológica, cuestiona los fundamentos de la teoría y la práctica biomédica contemporánea. Esta orientación está muy influenciada por el pensamiento de Foucault, quien enfatiza la naturaleza social-construccionista de la realidad y las relaciones de poder que se establecen en ciertas instituciones hegemónicas como la biomedicina. Otra perspectiva crucial de este trabajo es el enfoque de género. Al abordar el espacio de atención primaria, uno de los focos se centra en las relaciones entre usuarias y personal de salud, las que están mediadas por la forma en que se representan los cuerpos, los procesos reproductivos, los roles asociados a su condición de mujeres migradas. Las experiencias y los relatos que me proporcionaron los/as entrevistados/as están ligadas a su forma de comprender(se) desde el género, sus valoraciones, cuidados, actitudes y comportamientos pueden ser analizados desde esta perspectiva.

En términos prácticos, para el desarrollo de la investigación de carácter cualitativo, se realizaron observaciones en dos centros de atención de salud pública primaria pertenecientes a la Dirección de Salud Municipal de la comuna de Santiago donde se atiende un porcentaje importante de población migrada (Plan de Salud Municipal de Santiago, 2015), se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 10 funcionarios/as de salud, y 12 mujeres migradas entre los 18-41 años, entre agosto y noviembre del año 2014. Se cambiaron los nombres de todas las personas que participaron voluntariamente de este trabajo con el fin de proteger la confidencialidad. Las observaciones y entrevistas tuvieron como eje indagar en el proceso de atención de salud a estas usuarias.

Tomando un desvío de esta línea argumentativa quisiera plantear un par de cuestiones que me parecen necesarias antes de continuar.

En primer lugar, quisiera transparentar la motivación personal que me ha traído hasta aquí. Cuando tenía 17 años emigré a Buenos Aires y permanecí allí más de un año, trabajando. El lugar al que llegué fue una experiencia de fraternidad, de convivencia de mundos disímiles y de reconocimiento de las diferencias y aunque mi experiencia personal fue positiva, conocí a otros/as para quienes no fue así. Mi abuelo materno, quien construyó su familia en una isla en el archipiélago de las Guaitecas (XI región) tiene sus raíces en Chiloé y a la vez su abuelo en la X región: son descendientes huilliches obligados a desplazarse hacia el sur por la colonización/nacionalización. De alguna manera, yo misma me vi “obligada” a dejar Puerto Montt, mi ciudad natal, en busca, primero, de trabajo y más tarde de estudios. Así fui construyendo, sin ser consciente de ello, una sensibilidad especial hacia la migración y a lo largo de los años de formación como antropóloga, en diversas asignaturas abordé este fenómeno y en particular a la población peruana como materia de investigación.

En segundo lugar, he decidido utilizar el concepto de “migrados/as” en vez de “inmigrantes”. Como señala Delgado (2007) las personas migradas, al contrario de lo que a menudo oímos decir, no se *han de integrar* ni a la sociedad ni a la cultura a la que llegan, sencillamente porque *las integran*. Siguiendo el pensamiento de este autor, la noción de *inmigrante* serviría para dividir a éstos en dos grandes grupos, que mantendrían entre sí relaciones de oposición y de complementariedad: por un lado el llamado *inmigrante*, por el otro el autodenominado *autóctono*,

que no sería otra cosa, en realidad, que un migrado/a más veterano, una persona que llegó antes que él y se asentó en la ciudad.

Por todo esto no sorprende el uso paradójico de un participio activo o en presente “inmigrante” para designar a alguien que no está desplazándose sino que se ha convertido en sedentario, y al que, por tanto, debería aplicarse un participio pasado o pasivo, *inmigrado*. Con la palabra *migrado/a* quiero hacer eco de las palabras de Delgado (2007, 2011), reafirmar una identidad en presente, excluirme de la conceptualización en negativo que se ha hecho de este segmento desde el concepto de inmigrante. ¿Todas las personas provenientes de otros países tienen la calidad de inmigrantes? ¿En quiénes pensamos cuando hablamos de inmigrantes? Con esto quiero decir que se trata de un concepto político cargado de intensidad: alemanes, ingleses, italianos son llamados “colonias”, europeos, norteamericanos y blancos en general son llamados “extranjeros”. Por otra parte, es importante recalcar cómo los conceptos y las formas en que los utilizamos construyen al “otro”. Un punto relevante que refuerza la carga política de este concepto es lo señalado por el sociólogo argelino Abdelmalek Sayad: *“inmigrante es un concepto que sólo se entiende si se le atribuye al Estado el poder de crear identidad, de atribuir pertenencias. Es un concepto administrativo que equivale a no tener Estado y sólo funciona para significar que alguien procede de otro lugar. Y todos procedemos de otros lugares. Sólo cuando el Estado piensa por nosotros, identificamos al otro como inmigrante”* (1999:105).

Señalar, por último, la naturaleza violenta de la migración como movimiento en respuesta al orden económico mundial, donde grupos de personas se ven obligadas a salir de sus países en busca de mejorar sus condiciones de vida e incluso, sólo de sobrevivir. Otro enfoque que también visibiliza la violencia implícita en el término es que se utiliza para referir de manera unívoca a una teoría demográfica de sujetos, generalizando y encubriendo las diferencias, haciéndonos creer que se trata de una masa homogénea, de un grupo que comparte una gran parte de sus características, sino todas. Cuando estas características (impuestas) son negativas, podemos vislumbrar hacia dónde nos lleva el equívoco.

1. ANTECEDENTES.

1.1 El fenómeno de la migración en Chile.

La migración es un fenómeno 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, debido 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.

A mediados de la década de los 80 Latinoamérica experimentó un aumento en el flujo migratorio. Esto debido a la inestabilidad política producida por las dictaduras militares de los años 70's, las guerras civiles de Centro América en los 80' (Cano y Soffia, 2009) y la implantación de la economía de libre mercado que quebrantó el bienestar social, disminuyendo el rol del Estado. La instalación del neoliberalismo y la suma de los países latinoamericanos a la globalización acarrearón un aumento de la desigualdad en la región, generando un aumento de las brechas sociales entre ricos y pobres. Desde una perspectiva económica, el desarrollo de la economía global ha significado una concentración de capitales en determinados sectores y un creciente desempleo e incremento en los niveles de pobreza en otros, cuestión que ha actuado como uno de los motores principales para que se produzcan movimientos masivos de población.

Este panorama provocó un cambio en lo que a migración se refiere en Latinoamérica: de ser una región receptora de migrados durante el siglo XIX y parte del siglo XX, pasó a ser emisora de flujos migratorios desde 1990 (Araujo, Legua y Ossandón, 2002), planteando nuevos desafíos para afrontar esta realidad tanto del Estado receptor como del emisor. El flujo migratorio de un país a otro tiene su principal motivación en la búsqueda de mayor estabilidad política y principalmente económica. Es debido a este aumento migratorio que los países tradicionalmente receptores de migrados/as latinoamericanos (EEUU, España) han implementado políticas migratorias cada vez más restrictivas. Esto ha provocado que los flujos de migrados piensen otras alternativas dentro de la misma Latinoamérica, indicando como focos de inmigración a países como Chile. La migración en nuestro país se enmarca dentro del proceso de inserción en la economía de libre mercado, su consecuencia más visible ha sido el abastecimiento constante de mano de obra barata y especializada. La migración intrarregional en América Latina y el Caribe -migración sur-sur- presenta como distintivo, además de la feminización de los flujos, una mayor concentración en zonas urbanas, un aumento de la migración de personal calificado entre países y una menor incidencia de carencias habitacionales entre los/as migrados/as nacidos en la región en comparación con los nacionales de los países de destino (Organización Internacional para la Migración [OIM] Chile, 2009). Ante todo, la migración es consecuencia del subdesarrollo y la desigualdad de la región, y, a la vez, como señala Ruiz, contribuye a mantenerla (2008).

Chile ha surgido como destino emergente para los/as migrados/as andinos, ya que presenta estabilidad política y económica, la cercanía geográfica con éstos juega un papel importante, junto con los bajos costos en traslado y el acceso al mismo. Para el caso de Chile, la migración presenta nuevas características no sólo cuantitativa sino más bien a nivel cualitativo. Para el

año 2014 se estima, según cifras oficiales del Departamento de Extranjería y Migración, que estaríamos en presencia de 441.529 residentes en Chile nacidos en el extranjero en su gran mayoría provenientes de Latinoamérica. Si bien la población de migrados/as representa un porcentaje mínimo en términos de población nacional (2,5% aprox.)², el ingreso de migrados/as ha tenido un aumento sostenido a lo largo de los últimos quince años, instalando el tema en el debate social y generando nuevas problemáticas en términos de integración, ciudadanía e igualdad. En el caso de la población peruana, primera mayoría de este tipo de migración en nuestro país, a pesar de constituir una baja cifra con respecto a la población nacional, su visibilización se debe principalmente a que se concentran en ciertas comunas y nichos laborales que impactan cualitativamente en diversos ámbitos de la vida social. En la actualidad se suma la fuerte representación de la población colombiana, haitiana y dominicana que se ha incrementado desde el 2000 en el primer caso y desde el 2010 para las otras dos nacionalidades. Algunos datos que nos pueden ayudar a visualizar y caracterizar a la población migrada a nuestro país: del Departamento de Extranjería (2014)³ el promedio de años de escolaridad entre los migrados es de 12,3 años y el de nacionales de 10,5 años; el promedio de hijos por mujer: migradas 1,6 hijos mientras que chilenos es un 2 hijos promedio, la población económicamente activa entre los migrados alcanza el 70,8% mientras que entre los chilenos es del orden del 51,4%. Estos porcentajes indican el tipo de migración que estamos teniendo: joven, económicamente activa, en edad reproductiva y escolarizada.

Las cifras muestran que Perú se mantiene la cabecera de la migración intrarregional:

País de origen	2010		2011		2012		2013		TOTAL por país
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Perú	16.703	13.624	17.241	15.285	19.768	18.860	19.568	19.682	140.731
Colombia	4.085	3.383	7.002	5.666	9.842	7.994	14.251	12.376	64.797
Bolivia	3.132	3.136	3.913	3.688	6.953	6.610	14.350	12.511	54.293
Argentina	1.490	2.628	1.563	2.550	1.907	3.000	2.195	3.779	19.112
TOTALES por año	25.410	22.771	29.719	27.189	38.470	36.464	50.364	48.348	278.735
	48.181		56.908		74.934		98.712		

Elaboración propia en base a datos del Informe anual sobre DDHH en Chile (2014) con cifras del Departamento de Extranjería.

Si observamos los datos, podemos apreciar que la migración peruana en nuestro país se mantiene como el flujo más importante y tiende a permanecer constante en los últimos años. También se aprecia el notorio aumento de la migración colombiana y boliviana durante el último año. Filtrando el tipo de visado y la nacionalidad (enfocándonos sólo en la peruana), exceptuando los permisos de residencia temporal los que se mantienen al alza⁴ las

² Es importante tener a la vista este dato: que la migración sea más significativa a nivel cualitativo que cuantitativo es clave para comprender la visibilidad que la migración andina ha tenido en nuestro país, con portadas en los medios de comunicación y frases alarmistas que contribuyen a construir los mitos en torno a la inmigración.

³ Estas cifras corresponden a la población migrada que ha obtenido la visa de residencia, el visado de estudiante y laboral no entra en esta categoría; tampoco se contabiliza dentro del sistema los ingresos al país como turistas.

⁴ Este visado es un paso inicial en el proceso de regularización de los extranjeros en nuestro país, que en los últimos años se ha agilizado notablemente. Bien puede suceder que personas que se hallaban de forma irregular lograron acceder a este tipo de visado, aún cuando llevan varios años en el país.

permanencias definitivas han disminuido en los últimos años, sin embargo ambos tipos de visados se mantienen en el orden del 30% del total de visados otorgados a extranjeros durante el año 2013, lo que demuestra que la población peruana en nuestro país (con respecto a los demás extranjeros) es la más alta.

AÑO	PERMANENCIAS DEFINITIVAS	Porcentaje en relación al total	PERMISOS DE RESIDENCIA TEMPORAL	Porcentaje en relación al total
2013	9.264	35,6 %	39.251	29,7 %
2012	11.026	40,3 %	36.736	36,7 %
2011	8.117	43,1 %	30.699	40,2 %
2010	7.736	45,2 %	27.714	43,3 %
2009	28.203	65,5 %	27.582	48,3 %

Elaboración propia en base a datos del Departamento de Extranjería, consultado en enero de 2015

La tendencia de la migración peruana en Chile es consistente con la llamada inmigración intrarregional, que se caracteriza por conformarse de personas en edad laboral, la progresiva urbanización de los/as migrados/as, y el creciente porcentaje de mujeres que emigran para trabajar, llamado *feminización* del flujo migratorio. (Stefoni, 2001; Martínez, 2003; Departamento de Extranjería, 2014). La población migrada boliviana se concentra principalmente en las zonas fronterizas, en particular en el Norte Grande. En el caso del flujo peruano reside principalmente en el denominado “casco antiguo” de la Región Metropolitana (Agar y Saffie, 2010) representando un 63,9% del total de migrados/as correspondiente a las comunas de Santiago, Recoleta, Renca, Estación Central e Independencia (Hidalgo y Torres, 2009) lo que podría explicar en parte la percepción de un gran número de extranjeros andinos en el territorio, pues se agrupan en lugares delimitados.

Un estudio realizado por la Unión Europea en Chile en 2010 (Informe de DDHH en Chile, 2014) dio cuenta de la inclinación regional hacia la feminización de los grupos migratorios, la que se caracteriza por un significativo aumento de desplazamiento de mujeres jefas de hogar que inician un proyecto migratorio con independencia de sus parejas o familias, con el objetivo de enviar remesas a su país de origen y, en lo posible, traer a sus familias a vivir al país, o bien, reunir el capital necesario para realizar un emprendimiento que les permita sostenerse de mejor forma cuando regresen a su tierra. Lo anterior ilustra otra característica esencial de la migración hacia Chile. Las mujeres son actoras relevantes en la complementariedad del mercado de trabajo y las relaciones personales, por lo que la migración en Chile no puede mirarse sin considerar aspectos de género. El fenómeno migratorio que se extiende hasta nuestros días, denominada por el gobierno “Nueva Inmigración”, se compone en su mayoría por mujeres que se desempeñan, en el caso peruano, en trabajo doméstico. Según el censo del 2002, poco más del 60% de estas migradas eran mujeres y el 70% de aquellas que se encontraban trabajando, lo hacían en este sector (Stefoni, 2009).

El acceso de las mujeres a las mismas oportunidades laborales, económicas y educacionales que los hombres se ve obstaculizada por la discriminación social, étnica y de género en las propias comunidades de origen de los y las migradas (Comisión Económica para América Latina y El Caribe [CEPAL], 2007). En este contexto, la pobreza afecta de manera más drástica a las mujeres, con una participación laboral más baja en comparación con los hombres, una inserción en el mundo del trabajo bastante más precaria (situación que se refleja en las cifras, pues suelen ser ellas quienes trabajan de forma ilegal y no regularizan su situación migratoria) y, además, muy determinada por los oficios típicamente femeninos; los cuales se caracterizan por su baja productividad e ingresos, alrededor del salario mínimo. Desde esta perspectiva no llama la

atención el alto porcentaje de feminización del flujo migratorio. La mayoría de estas mujeres son madres; “en Chile, un 85% de las migradas 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” (Mora en CEPAL, 2007: 55).

1.2 Migración y salud pública chilena.

En este apartado daré cuenta de los datos sobre la migración y el sistema de salud chileno, incluyendo una visión comparativa entre Chile y los principales países de los cuales provienen las migradas que ingresan al sistema de salud público chileno. En un segundo punto se recogen de los principales estudios en relación a la migración y la salud pública en Chile.

Cobertura y acceso a salud para migrados/as en Chile

Cifras del Departamento de Extranjería (2013) indican que del total de migrados/as, un 58,4% se afilia al sistema de pensiones (AFP), un 42,5% se acoge al sistema de previsión social público FONASA (Fondo Nacional de Salud) y un 15,6% lo hace a una Isapre (sistema privado). Por otro lado, en un estudio de Cumsille y Valdebenito (2010) un 69,5% de la población migrada afirma sentirse satisfecho/a con su estado de salud, calificándolo con nota entre 6-7 (versus un 62,1% que representa la población nacional). Estos datos nos muestran que una parte de los y las migradas tienen acceso al sistema de salud, al menos en el papel.

Respecto al comportamiento de la población migrada en salud no existen datos que se hayan recogido a nivel país, para poder comparar su situación con la población chilena. Sí existen datos manejados por los mismos centros de salud y/o la red asistencial, como Servicios de Salud y Direcciones de Salud Municipales y algunos estudios acotados que trabajaron con segmentos de población y muestras. El Ministerio del Interior (2008)⁵, a través del Departamento de Extranjería e Inmigración dio a conocer los principales resultados del estudio “Inmigración, Equidad De Género y Seguridad Pública” realizado en las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Metropolitana entre 820 migradas provenientes de la Comunidad Andina. A partir de él se relevan los siguientes datos:

- Esta población presenta el mayor porcentaje sin ningún tipo de acceso a cobertura de salud (36%). En este caso, sin cobertura de salud, uno de cada dos migrados/as se acerca al servicio de salud pública para acceder a la atención:
- Distinguiendo por nacionalidad, destaca la población peruana (48,2%), ecuatoriana (28%) y boliviana (23,8%). Al momento de evaluar la atención recibida en el sistema público de salud, el 63,4% de los migrados/as 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/as migrados/as consideran que la atención recibida es similar a la de su país de origen. En el caso de los/as peruanos/as la comparación entre los sistemas de salud público del país de origen y el chileno se disgrega de la siguiente manera: 3% considera al sistema de salud de origen mejor que el chileno, un 75% igual al chileno y un 22% considera peor al sistema peruano que al chileno.

⁵ Este estudio es del año 2008, sin embargo no se encontraron datos más recientes sobre este tema en particular.

Desde las políticas públicas en salud se ha evidenciado la importancia de conocer mejor el estado de salud de las personas migradas. Primeramente, interesan los derechos humanos de estas personas, siendo el acceso a una salud digna una piedra fundamental. Otra variable de peso, es el mejoramiento y cuando menos mantenimiento de los indicadores y de buenos niveles en las tasas de morbilidad y mortalidad entre la población chilena, lo que ha significado décadas de arduo trabajo en salud pública que involucran esfuerzos conjuntos del Ministerio de Salud y el Gobierno a través de las directrices de las metas sanitarias. En la investigación realizada por Rojas, Castro y Fritsch (2010) en la zona norte de Santiago (Recoleta, Independencia y Conchalí) los prestadores de salud afirman que los índices de calidad de atención del consultorio habrían empeorado desde que atienden población migrada, ya que las mujeres embarazadas migradas tienen un ingreso tardío al primer control de embarazo, lo que dificulta que el consultorio cumpla determinadas metas en relación a la salud materno-infantil. Asimismo otros indicadores habrían mejorado gracias a la atención a esta población, porque las mismas mujeres embarazadas presentan índices menores de sobrepeso que sus pares chilenas. El acento en la percepción es marcadamente negativo y constituye un primer obstáculo que repercute directamente en los sueldos de los funcionarios que ganan bonos de desempeño de acuerdo con el cumplimiento de las metas y compromisos de gestión.

En lo relativo a la integración y protección social de los y las migradas 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 previsional” (Ministerio del Interior, 2008:54). 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.⁶ En noviembre de 2014, la directora del Fondo Nacional de Salud (FONASA)⁷ Jeanette Vega, y el subsecretario del Interior, Mahmud Aleuy, firmaron un convenio que permite a los/as migrados/as residentes en Chile acceder desde el primer día a la atención de salud oportuna que ofrece en la Red Pública de Salud, mientras completan sus trámites de inmigración. Esto constituye un paso importante en hacer cumplir las garantías en las prestaciones de salud para los extranjeros, ya que previamente debían esperar la tramitación completa de la visa -aproximadamente cuatro meses, en los mejores casos- para poder acceder a una serie de servicios que el Estado provee, entre ellos los de salud, generando una situación de vulnerabilidad a más de 45 mil personas, según estimaciones del Departamento de Extranjería. Esta medida, junto con hacer justicia del punto de vista de los derechos, es una medida de prevención de salud pública, debido a que permite que niños, niñas y embarazadas y todos quienes lo necesiten con urgencia, realicen sus respectivos controles médico a tiempo.

⁶ “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 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” (Gobierno de Chile, 2008 Ordinario A14 N° 322)

⁷ El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarios. FONASA es la alternativa pública al sistema privado de salud, representado por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres)

El estudio de las migraciones y la salud en Chile.

La llegada de usuarios/as migrados/as al sistema de salud público ha supuesto numerosos desafíos tanto para la población extranjera como para la nacional y se ha posicionado como un tema que merece ser analizado desde distintas perspectivas. Han surgido estudios desde diversos ámbitos que hacen un esfuerzo por comprender la relación que los y las extranjeros/as han establecido con el sistema médico chileno (Ministerio del Interior, 2008; Ministerio de Salud, 2008; Rojas, 2010; Demoscópica, 2009; Agar, 2010; Avaria, 2012, entre otros). Estos estudios dan cuenta de una población migrada que accede mayoritariamente al sistema público de salud a través de FONASA. Algunos puntos en que se han enfocado estas investigaciones son: las dimensiones a considerar en el tratamiento de las personas migradas, la situación de legalidad y/o documentación, su relación con el acceso a la atención y el financiamiento de ésta; las condiciones sociales en las que los y las migradas se insertan; y el desconocimiento generalizado de los derechos y deberes que los y las migradas tienen garantizados. Una perspectiva que se destaca es la aproximación a los y las extranjeras conceptualizándolos como sujetos de derechos. Las investigaciones recientes sobre el tema se pueden sintetizar en dos elementos centrales:

Por una parte se releva el nivel de acceso al sistema de salud (público y privado). En investigaciones que se centran en el Servicio de Salud Metropolitano Norte (Demoscópica, 2009) el 73,4% de la población migrada menor de 15 años no se encontraba inscrita en los consultorios, mientras que el 45,5% de sus padres tampoco estarían inscritos. Según la encuesta realizada el año 2009 (op.cit) a 130 familias de migrados/as de las comunas de Recoleta e Independencia, se constató que un 57,7% de la muestra se encontraba afiliada al sistema público de salud. Dos puntos a tener en consideración; las causas podrían estar en la situación legal de los migrados –ya que sin estar regularizados no podían acceder al RUT y por lo tanto no podían acceder a los sistemas establecidos⁸- y por otro lado, desconocimiento respecto a las leyes que intervienen a favor en distintos casos, aunque presenten una situación migratoria irregular.

Por otro lado, se visibiliza a los/as usuarios/as como sujetos de discriminación por parte del personal de salud: “Existe un reporte reciente en nuestro país que da cuenta de situaciones concretas de discriminación hacia la población migrada en consultorios y hospitales, expresadas en aspectos tales como la negación de la atención e incurrencia en tratos discriminatorios por parte de personal administrativo en dichos servicios” (Rivas, 2010:70). Este sentido cabe destacar del estudio de Demoscópica (Cumsille y Valdebenito, 2010) que se resalta la falta de cuidado para informar adecuadamente a los y las migrados/as sobre sus derechos y deberes. “La población irregular posee mínimas posibilidades de acceso a la atención en los servicios públicos de salud, sumándose un prejuicio de parte del personal de salud de atención primaria, lo que deriva en una mala disposición de atender a migrados/as en situación no regular” (Cumsille y Valdebenito, 2010: 108).

⁸ Actualmente (y desde hace muy poco, noviembre 2014 –por lo que no se verá reflejado en esta investigación-) los y las migrados/as pueden acceder a la prestación de salud desde que comienzan a tramitar el visado, el mecanismo, sin embargo, sólo sirve para éste propósito, quedando demás derechos sociales sin cobertura (cotizaciones en AFP, seguro de cesantía, poder firmar un contrato de trabajo: todas situaciones en las que se requiere tener un RUT).

En Chile el acceso a los sistemas de salud está fuertemente condicionado a la obtención de un empleo estable, o a ingresos estables y elevados, sobre todo en el caso de las Isapres. Para paliar esta situación FONASA cuenta con un programa de gratuidad para aquellas personas que se encuentran en situación de precariedad económica. No obstante, el sistema de FONASA A, para indigentes, sólo cubre atención primaria, siendo el acceso restringido para atención de especialidades y el sistema FONASA de libre elección, situación que afecta de igual manera a migrados/as y chilenos/as. Retomando el estudio de Cumsille y Valdebenito (2010), otra dificultad son los extensos horarios de trabajo y los horarios de atención en los consultorios y centros de atención pública, así como la lejanía de sus lugares de trabajo que suelen ubicarse en comunas periféricas de mejores ingresos económicos. Como señala Carrasco (2010), “los inmigrantes que sufren problemas de salud se enfrentan a barreras de acceso al sistema de atención y a distintas culturas profesionales que dificultan el seguimiento, el diagnóstico precoz de las enfermedades, la rehabilitación y la continuidad de los tratamientos (...) Las expectativas frente a los servicios en función de su experiencia previa, la capacidad de movilizarse dentro de la red de sistema de atención, el acceso a la atención y las barreras administrativas, pueden transformarse en reales obstáculos” (Carrasco, 2010:14) La identificación de ese tipo de problemas, difícil de catastrar, hace que los esfuerzos de proponer políticas sanitarias específicas para estos grupos sea una labor necesaria y de alto impacto en la salud pública. Si bien, en general, el problema del acceso a la salud es reconocido como uno de los problemas más acuciantes de la inmigración peruana, en el caso de los/as indocumentados/as éste adquiere ribetes dramáticos. El acceso a los sistemas de salud pública, sumado a las condiciones de explotación laboral, el hacinamiento y la mala alimentación, dejan a este grupo en una situación de total desprotección lo que atenta contra su salud y contra los derechos fundamentales básicos de toda persona. Los datos indican que en la población migrada no se detectan enfermedades distintas o de mayor gravedad que las sufridas por los/as chilenos/as en determinadas épocas del año. Lo que sí se ha establecido es la dificultad que tienen los/as migrados/as para superar las enfermedades, debido principalmente a la falta de recursos.

En el año 2002, Araujo, Legua y Ossandón publicaron una investigación sobre las condiciones de atención de las personas migradas, en ese estudio, aunque hacen más de 10 años, se afirmaba que los/as migrados/as son recibidos en los centros de salud por “razones de humanidad” o solidaridad. Pero la percepción de que se trata de un acto humanitario y no de un derecho lleva a que los/as encargados/as actúen en función de su voluntad y criterio personal. Según los autores se registran numerosas quejas de abusos y maltratos en los servicios de salud. Comentarios negativos y despectivos respecto a la nacionalidad de los/as solicitantes hechos en voz alta y en su presencia, han sido reportados con frecuencia. En la misma investigación se señala que existen médicos en algunos servicios que tienen por principio no atender a personas de nacionalidad peruana aun cuando se encuentren con sus papeles en regla. Esto refleja que el problema de la salud de los/as migrados/as se cruza con el problema de la discriminación racial, la xenofobia y el clasismo, entre otros. Al parecer esta realidad cambió muy poco, en el año 2010 un estudio en un consultorio de la comuna de Independencia de la RM, realizado por Rojas, Castro y Fritsch, (2010) mostró que los prestadores de salud describen a los/as migrados/as como policonsultantes, demandantes y exigentes, ya que insisten en ser atendidos pese a no cumplir los requisitos administrativos indispensables lo que genera malestar y rechazo entre los funcionarios del consultorio. Esto manifiesta la necesidad de informar a los prestadores sobre la legislación existente, lo que les provoca conflicto, ya que ciertas prestaciones son conceptualizadas como excepciones, favores, y no como derechos. La desinformación y la percepción errada del otro y el estrés de los funcionarios se convierten en una barrera para una buena atención. Cabe indicar que a pesar de que el Gobierno, a través

del Ministerio de Salud, ha establecido normativas para asegurar la atención de todos/as los/as extranjeros/as en los servicios de salud pública, en la práctica el cumplimiento de esta normativa es difícil. Dentro de los factores que dificultan la efectividad de estas normas, está el propio desconocimiento que tienen los/as migrados/as respecto a éstas, como la falta de iniciativas del Gobierno por difundirlas.

Una investigación realizada el año 2009 con usuarias y funcionarios/as de salud de dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) (Scozia, et al, 2014) los resultados obtenidos en relación a las percepciones de las usuarias migradas relevan tres tópicos recurrentes en el discurso: 1) la empatía como factor fundamental en la relación funcionario-migrada, la que condiciona y posibilita el intercambio de información y comprensión de las indicaciones médicas; 2) el trato hostil o falta de interés de algunos funcionarios conlleva a actitudes de sumisión, malentendidos en la comprensión de la información y un círculo vicioso de confrontación entre el o la funcionario/a y la usuaria; 3) al efectuar comparaciones con el Sistema de Salud del país de origen, la valoración de la calidad de la atención del servicio es, en general, positiva. Como conclusión de este estudio exploratorio se pone de relieve la necesidad de generar medidas con un enfoque intercultural-internacional de salud, sensibilizando a los funcionarios y funcionarias y mejorando los mecanismos de información que garanticen y/o faciliten el acceso al sistema de atención a las usuarias migradas. Algunas investigaciones sugieren que las migradas pueden tener relativamente buena salud a pesar de vivir en condiciones precarias a su llegada al país receptor lo que se ha llamado efecto de “inmigrante saludable” (Cabieses et al, 2013a), mientras otra evidencia indica un rápido deterioro de la salud de los/as migrados/as una vez que se encuentran en el país receptor⁹ (Cabieses et al, 2013^a), debido a factores como nivel socioeconómico (NSE), aislamiento social, e infrautilización de los servicios de salud.

En cuanto a los estudios de carácter cuantitativo, Cabieses ha publicado una serie de artículos donde analiza las diferencias demográficas y socioeconómicas (Cabieses et al, 2012; Cabieses et al, 2013a, Cabieses et al, 2013b) entre migrados/as y chilenos/as, encontrando significativas divergencias entre ambos grupos, además de una complejidad y heterogeneidad entre las personas migradas, aspectos que contribuyen a los llamados “nuevos patrones” de inmigración (emergencia de un grupo que tiene movilidad social, pequeños empresarios, clase profesional); destaca el nivel socioeconómico, educación, etnicidad, entre otros. Para ello utilizó el análisis de grupos (cluster analysis) con la base de datos de la Encuesta CASEN 2006 (caracterización socioeconómica nacional) para identificar a este segmento que está enmascarado por una “nube de variabilidad individual” en sus atributos. Esto es, que los y las migradas pueden tener simultáneamente diferentes indicadores socioeconómicos como alto nivel de educación pero con bajos ingresos. Como resultado quienes se ubican en el grupo de menor NSE emergieron claramente como quienes necesitan mayor protección y atención en Chile. Este estudio promueve la importancia de la comprensión de las condiciones de vida y trabajo de los/as migrados/as internacionales en Chile. Todos estos estudios afirman la relevancia de analizar el proceso de atención, desde los mismos sujetos migrados/as y desde los/as funcionarios/as de salud.

⁹ En el estudio de Cabieses (2013a) el efecto del inmigrante saludable también ha desaparecido entre migrantes que han vivido por más de 20 años en Chile. Esto ha sido observado por la literatura internacional en el pasado. En lo que se llamó “la paradoja de la asimilación”, el periodo de tiempo que un inmigrante reside en un país extranjero tiene una correlación con el riesgo de presentar diversos problemas de salud que va aumentando conforme el tiempo de estadía aumenta. En algunos casos, los porcentajes de mala salud pueden sobrepasar las tasas locales y los/as migrados/as devienen en una población severamente enferma.

1.3 Caracterización del contexto de estudio.

Considerar las características del contexto donde se realizó esta investigación puede ayudar a la comprensión del fenómeno *in situ* y a acercarse a la complejidad de las prácticas en el espacio de atención de salud. La población de la comuna de Santiago era de 156.049 habitantes en el año 2013 (Plan de salud comunal, 2014). Esta cifra indica que la población ha crecido con respecto a años anteriores, tanto por el desarrollo inmobiliario de edificios en altura, como por un fenómeno migratorio de población joven y de extranjeros, la mayoría atraídos por la búsqueda de casas de estudio superiores como por nuevas expectativas laborales y económicas respectivamente. Un reflejo de esto lo dan cifras de la CASEN 2009, que ya informaba a ese año que la población migrante se aproximaba a un 9% del total de la población comunal. De acuerdo al Plan de Salud comunal 2014, la comuna de Santiago presenta una tasa natalidad y una tasa de mortalidad general por sobre la tasa nacional, lo que puede estar relacionado con la alta proporción de población adulta mayor y en edad joven que reside en la comuna¹⁰. Las tasas de mortalidad materna y neonatal son de las más altas de la RM, indicando, según la recomendación de la Dirección de Salud Municipal, la necesidad de mejorar las coberturas de gestantes durante las primeras semanas antes y después del parto (Plan de Salud comunal, 2014). Estas tasas fueron calculadas con la población comunal estimada para el año 2011, sin embargo no consideran los movimientos ni de gentrificación de la comuna, ni de migración (nacional e internacional), problema que se traduce en la estimación errónea de dotación de equipos médicos y suministros, los que se hacen insuficientes. La red de Salud Municipal de Santiago se estructura actualmente en 4 polos de atención, cada polo está constituido a su vez por un establecimiento de salud, ya sea un Centro de Salud (CES) o Centro de salud familiar (CESFAM) y por un grupo de Estaciones Médicas de Barrio (EMB).

El desarrollo del terreno se realizó en el Polo Domeyko, en el cual el año 2000 se inició el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitario. Ya en 2001 comenzó la creación de las Estaciones Médicas de Barrio, como una estrategia de acercamiento de la salud a los vecinos, también con énfasis familiar y comunitario. Los Centros de Salud elegidos para esta investigación son el CESFAM Domeyko (con sus tres sectores: 32.323 usuarios validados por FONASA al año 2012) y la EMB Balmaceda (5.927 usuarios) que abarcan los sectores geográficos de Pza. Yungay, Matucana, Catedral, Manuel Rodríguez y Balmaceda.

Las cifras anuales a diciembre de 2014 de la Dirección de Salud Municipal (proporcionadas por la Unidad de Estadística del Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información) muestran que las usuarias peruanas, en la atención ginecológica, superan en número a las usuarias chilenas en el Polo Domeyko, de hecho, fueron atendidas 203 de las 248 usuarias migradas de toda la red (los 4 polos).

La siguiente tabla muestra dichos datos con las 4 poblaciones extranjeras con mayor representatividad:

¹⁰ Proporción adultos mayores: 11% comunal, 8.5% regional y 9% país; personas entre 25 y 34 años: 25% comunal y 14% regional, 13% país. (Plan de Salud comunal, 2014).

USUARIAS ATENCIÓN GINECOLÓGICA (matrona) Red de Salud Municipal de Santiago, año 2014						
	CHILENAS	PERUANAS	COLOMBIANAS	DOMINICANAS	BOLIVIANAS	TOTAL
POLO DOMEYKO	172	203	26	11	8	435
TOTAL (4 polos)	360	248	38	17	10	695

Revisando en detalle la población que accede a los centros elegidos, en ambos casos las usuarias peruanas superan a las usuarias chilenas:

Centro de salud, año 2014	CHILENAS	PERUANAS
CESFAM Domeyko	108	126
EMB Balmaceda	17	21
TOTAL POLO	172	203

Respecto al Plan de Salud de las usuarias peruanas en ambos centros de atención, con datos proporcionados por la misma fuente desde el sistema OMI, desde el año 2011 a diciembre de 2014, el número de usuarias cubiertas disminuye desde el tramo A de FONASA a la Isapre, es decir, la mayor parte de las usuarias peruanas se concentran en el tramo A de FONASA (indigentes) y un porcentaje muy mínimo cuenta con un plan de salud particular¹¹:

PLAN DE SALUD – USUARIAS PERUANAS 2011 a dic 2014							
TOTAL DE ATENCIONES	MUJERES	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	ISAPRE	PARTICULAR (sin previsión)
5.904	3977	1419	1102	653	344	2	90

¹¹ Es interesante, si hacemos este mismo ejercicio con los hombres registrados, cómo aumentan las cifras. Es decir, menos hombres tienen cobertura A, “indigentes” y van subiendo la cantidad según el tramo, lo que indica una estructura desigual brutal en los niveles de ingresos de migrados v/s migradas peruanas.

2. OBJETIVOS.

Objetivo general.

Caracterizar el proceso de atención de salud de mujeres migradas peruanas y los usos del concepto de cultura implicados en este proceso, en dos centros de salud pública de la RM.

Objetivos específicos:

1. Describir el proceso de atención de salud de mujeres migradas peruanas en la atención primaria, desde sus propias perspectivas y la de funcionarios/as de salud, analizando sus problemáticas y transformaciones.
2. Caracterizar la construcción que hace el personal de salud de la usuaria migrada peruana en el contexto de atención primaria del sistema de salud público chileno.
3. Problematizar los usos del concepto de cultura implicados en el proceso de atención de usuarias migradas peruanas y cómo inciden en la comprensión de la interculturalidad en salud.

3. MARCO TEÓRICO.

En este apartado profundizaré dos temáticas relevantes para el abordaje de esta investigación. En primer lugar me enfocaré en la discriminación y los estereotipos que tienen lugar en el trato de atención a las personas migradas en Chile, en particular a la migración peruana. Esta dimensión es clave para poder contar con conceptos e ideas-fuerza que puedan profundizar y visibilizar cómo operan los estereotipos en la práctica, es decir, en las interacciones de la vida cotidiana, así como a lograr una comprensión profunda respecto al origen y alcance de la discriminación en nuestro país. En segundo lugar abordaré conceptos claves de la Antropología Médica, disciplina aplicada de la Antropología de la que me valí para establecer un marco conceptual y teórico por medio del cual aproximarme al tema de estudio en su esfera sanitaria. Comenzaré dando cuenta de conceptos básicos como sistema biomédico, para seguir hacia los aspectos más particulares que ocupan este estudio: la relación entre cultura y salud, las diferencias culturales en la atención de salud biomédica, interculturalidad y sus implicancias para el abordaje en salud.

3.1 La construcción de las personas migradas.

El fenómeno de las migraciones internacionales –movimiento de personas que se asientan en países diversos al que nacieron- dista de ser un evento reciente, sin embargo la migración andina que hemos caracterizado anteriormente es un hecho relativamente nuevo en la historia de nuestro país. La principal causa de la migración suele ser el intento de mejorar las condiciones de vida, motivación principal de la migración que nos ocupa, definida como *laboral* (Martinez, 2003) ya que es a través de la actividad productiva que las personas migradas intentan encontrar nuevos nichos de desarrollo y ascenso social, empezando prácticamente de cero en un país diferente al que nacieron. En este contexto los/as sujetos migrados/as suelen ser una población vulnerable económicamente en la sociedad de destino, cuya existencia cotidiana se ve marcada por la precariedad, la exclusión social y la marginación, a lo que se debe sumar, en una parte importante de los casos, la situación de irregularidad.

La migración, como he descrito, pone en juego la confrontación entre un otro y un nosotros, ¿Cómo se llega a tal diferenciación? ¿Es meramente geográfica? Manuel Delgado, antropólogo español, ha reflexionado sobre la migración y las características que pueden hacer de alguien un “inmigrante”. La ciudad contemporánea se ha poblado gracias a sucesivas oleadas de migrados/as, la subsistencia de la urbe se basa en su capacidad de agenciarse nuevos habitantes. La heterogeneidad de la ciudad post-capitalista es uno de sus rasgos distintivos, siguiendo a Delgado (1999), la metrópolis es caníbal y debe serlo para asegurar su prolongación en el tiempo. En este sentido, la migración se define como la materia prima del cosmopolitismo (en tanto aporta la diversidad necesaria para construir un espacio heterogéneo, pero también porque es materia prima, clase netamente laboral, que sostiene económicamente la ciudad y hace posible la emergencia de clases acomodadas). Todo ciudadano debería reconocerse a sí mismo como el resultado más o menos directo de una migración, entonces ¿qué es lo que nos permite designar a alguien como “inmigrante”, mientras que se dispensa a otros, que lo merecerían plenamente, de tal calificativo? ¿Quién, en la ciudad, merece ser designado como

migrado o migrada? ¿Y por cuánto tiempo? Para Delgado, el “inmigrante” es un personaje imaginario, es decir, ficticio.

Y así como la persona migrada es, en cierto modo, ficticia, el imaginario que sitúa a la ciudad en el pasado, donde todo era esplendoroso, también lo es. Es cierto que hay personas migradas, pero aquello que hace de alguien un “inmigrante” no es una cualidad, sino un atributo, y un atributo que se le aplica desde fuera, como un estigma y un principio negativo. Señala Delgado (1999) que la persona migrada ha de ser considerada, de entrada, extranjera, “de otro lugar”. Además, de alguna forma es un/a intruso/a, ya que se entiende que no ha sido invitado/a. Con esto se invita a olvidar que si el llamado “inmigrante” ha venido, no ha sido, como se pretende, por causa de alguna catástrofe demográfica o por la miseria reinante en su país, sino sobre todo por las necesidades de nuestro propio sistema económico y de mercado de disponer de un ejército de trabajadores no calificados y dispuestos a trabajar en cualquier cosa y a cualquier precio. El o la migrada, por lo tanto, ha de ser pobre.

Debe de ser “inferior” por el lugar que ocupa en el sistema de estratificación social, el migrado/a lo es por consecuencia en el plano cultural, puesto que procede de una sociedad menos modernizada. Es, por tanto, un atrasado, civilizatoriamente hablando. Finalmente, el migrado o migrada es también peligroso, pues se le asocia con toda clase de amenazas para la integridad y la seguridad de la sociedad que le acoge, e incluso para la propia supervivencia de la cultura anfitriona. Es por esto que una de las mayores contradicciones que afectan a los/as migrados/as es con respecto a su propio cuerpo. El cuerpo se vuelve una contradicción encarnada, corporizada, porque el cuerpo hace al migrado o migrada un/a extraño/a y lo/la hace extraño a otros. Para Sayad (2010) en última instancia el migrado o migrada no tiene existencia excepto a través de su trabajo y la enfermedad, ambos operadores negativos. Siguiendo a Tijoux (2011) el cuerpo agencia la mediación con el mundo, pero dependiendo de “qué mundo” provoca angustia cuando desde él surge la diferencia que lo niega y que anima temores y mitos.

Hablar de discriminación y estereotipación se ha vuelto común en Chile. La preocupación respecto de las formas que puede tomar la exclusión y discriminación social está en el ambiente; temas como la educación, la identidad de género, el aborto, acoso sexual, entre otros, son áreas en las que los y las chilenas estamos debatiendo, o al menos, comenzando a debatir. *¿Qué sucede respecto a la migración? ¿Es realmente un tema que la gente desee debatir, del que la sociedad quiera opinar? ¿Es, en realidad, una materia “inflada” por los medios de comunicación? ¿A quiénes les preocupa, por considerar negativa, la migración?*

La discriminación hacia personas de otros países en Chile se concentra en los/las migrados/as andinos, particularmente los/as provenientes de Perú, Colombia y Bolivia, y tiene como referente la globalización y la homogeneización técnico-económica. Las intolerancias interétnicas renacen del viejo suelo racista biológico para revestir el carácter de conflictos culturales y civilizatorios (Goldberg, 2003). Desde esta perspectiva es interesante preguntarse ¿con qué se relaciona la discriminación e hipervisibilización de los peruanos y peruanas en nuestro país? El encuentro con el “otro” permite establecer los límites entre lo que el grupo es y lo que está fuera de él. Las diferencias y similitudes entre los sujetos son negociadas y definidas esencialmente en términos culturales e históricos, por lo que no obedecerían a fenómenos biológicos. El problema, según Stefoni (2001) surge cuando a través de la construcción del otro se refuerza la idea de un nosotros superior. En la medida en que al otro se le asigna una posición de inferioridad, ello dificulta la posibilidad de aceptación, reconocimiento e integración.

Varios autores (Stefoni, 2009; Milet, 2004; Póo, 2009; Avaria, 2012) coinciden en que las representaciones sobre los/as migrados/as peruanos/as reconstruyen una posición de dominio chileno, que permite a su vez, reconstruir la identidad nacional que ha tendido a constituirse en términos de superioridad frente a nuestros vecinos, en especial después de la Guerra del Pacífico. En este sentido, la construcción del nacionalismo chileno forma parte de un *instrumento político* utilizado para la consolidación de una idea de nación. Esto lleva a una estigmatización de los grupos de migrados/as (Stefoni, 2001) que reduce toda la heterogeneidad que posee la comunidad peruana que vive en Chile. Según Stefoni (2001) son cinco los rasgos que se asocian a la población peruana en nuestro país: ilegalidad, delincuencia, pobreza, marginalidad y precariedad del empleo. Los puntos anteriores nos permiten concluir que la representación del sujeto peruano/a se construye por medio de una situación de exclusión social y laboral. A ello contribuyen los programas y noticias de prensa donde dan cuenta de la situación de pobreza y desamparo del que son sujeto los peruanos. Estas imágenes pasan a formar parte del sentido común, sin incorporar otras imágenes de peruanos, como la de exitosos profesionales, empresarios, emprendedores, clases medias, etc.

Esta situación repercute en numerosos problemas en diversos ámbitos donde los migrados y migradas y la sociedad receptora deben entenderse: acceso a empleos, vivienda, educación y salud, entre los más visibles. La discriminación de la cual son objetos los/as migrados/as no responde a un tipo de discriminación netamente económica, sino que se origina en una *exclusión de tipo social* que involucra el no respeto a su condición de ciudadanos y residentes en el país.

Migración, Raza y Género: nuevos escenarios, viejas exclusiones.

Un fenómeno que se ha dado con más fuerza en las últimas décadas es la feminización de las migraciones. Si bien en el pasado las migraciones eran un proceso vinculado principalmente a hombres jóvenes, en la actualidad son cada vez más las mujeres que emigran en busca de mejores condiciones de vida. *“Una lectura directa de este fenómeno es que las mujeres están migrando cada vez más solas, tal vez en condiciones de mayor autonomía, o bien en el marco de estrategias familiares (...) al mismo tiempo, el estudio de la feminización de la migración viene sugiriendo que la diversidad de oportunidades laborales para las mujeres migradas es menguada, mucho más que para la población femenina nativa, lo que redundaría en fuentes de vulnerabilidad social”* (Martínez, 2003: 29)

Muchos autores han dado cuenta de la realidad laboral que viven la mayoría de las mujeres migradas andinas en particular las mujeres peruanas (Martínez, 2003; Stefoni, 2009; Ruiz, 2008; Avaria, 2012; Fernández, 2009, entre otros). Uno de los mayores obstáculos identificados para el desarrollo de la región es la presencia de discriminación hacia las mujeres, (OIM, 2009) unida a la persistencia de prácticas de discriminación racial y sociocultural que se han asociado de manera casi funcional con las condiciones de extrema pobreza y marginalidad de grandes grupos humanos en el continente.

Esta realidad se evidencia progresivamente en las áreas urbanas donde existen grupos cada vez más numerosos de sujetos empobrecidos sometidos a condiciones de trabajo y de vida precarios y a presiones de aculturación impuestas por los códigos de estratificación social dominantes. Las migraciones internacionales han traído consigo muchas inquietudes sobre las relaciones de la alteridad u otredad con los proyectos nacionales. La categoría de “los otros y

las otras” se naturaliza. Las mujeres y los sujetos colonizados comparten esa otredad y el enjaulamiento dentro de las categorías de representación dominante (Suárez, 2008).

Una mirada es suficiente para constatar que la vida cotidiana de las ciudades transcurre en el marco de profundas diferencias socioeconómicas, desencuentros y discriminaciones donde la pobreza y la marginalidad tienen rostro de mujer. Las dinámicas de complementariedad del tipo “hacen todo aquello que los nacionales no quieren hacer”, se alternan con dinámicas de sustitución “vienen aquí y nos quitan el trabajo y las prestaciones”, generando mitologías que redundan en el crecimiento de pensamientos coloniales que se actualizan en el contexto global (Sassen, 2010). La estrategia de feminización que han utilizado los mercados y los Estados capitalistas en sus reacomodos globales ha ocasionado una fragmentación pormenorizada de cuerpos humanos con fines de explotación (Femenías, 2009). Los cuerpos en esta nueva arquitectura conllevan marcas de la geografía de fuerza de trabajo y son medios de producción, incluso de trabajo, y en extremo también mercancía despojada de humanidad.

Las mujeres migradas se ven doblemente afectadas por estos movimientos del capitalismo tardío: insertas en el entramado de hogares transnacionales (hogares divididos por fronteras geográficas entre países) soportan la presión de la fractura de conciliación y envueltas en su propia cadena familiar adoptan una posición de proveedoras sin abandonar necesariamente sus funciones de cuidado (Lozano y Botero, 2011). Se trata de mujeres que ya no viven procesos de individuación y que se confunden en la maquila industrial y en las maquilas conceptuales, espacios feminizados de trabajo pactados por el capitalismo, el patriarcado y el colonialismo para la sobre-explotación y generación de plusvalías. Este escenario se agudiza si pensamos que gran parte de los actores que ponen a las mujeres en estas condiciones no son conscientes de ello, al contrario, se sitúan en el mercado que les brinda oportunidades.

La violencia de género se manifiesta también en forma de moldura a la que las mujeres deben ajustarse para insertarse en los esquemas laborales y que se hacen extensibles a otras esferas donde se juegan las relaciones sociales, como la salud, donde la usuaria-paciente debe ajustarse a un esquema respecto a las expectativas que se sostienen sobre una mujer migrada. En ocasiones se demandan cualidades y actitudes que parecen requerir perfiles con características de docilidad doméstica, sumisión y subordinación. La crisis de cuidados toma en estos lugares la forma de problemas que precarizan a mediano y largo plazo la vida de las migradas, algunas de estas dificultades, siguiendo a Lozano y Botero (2011) son: debilidades en la negociación familiar o de pareja en la inversión de los recursos derivados de las remesas; cuestionamiento en la instrumentalización de la vida de las mujeres como medios de subsistencia de otros y no como agentes de su propio desarrollo y autonomía; la vulnerabilidad frente a la violencia de género o el chantaje familiar y comunitario; la incapacidad de abandonar un empleo en malas condiciones o invertir tiempo o dinero en formación cualificada por la presión familiar de envío de remesas, entre otras. La subordinación y discriminación de género se hace patente en el nivel de remuneraciones, el acceso y el tipo de trabajo que desarrollan las mujeres migradas, sus condiciones de vivienda (hacinamiento) y de salud. Algo fundamental al respecto es que la condición de sometimiento de las mujeres no es universal y no hay procesos homogéneos sobre “La Mujer”. El género es una construcción cultural y por lo tanto se da en contextos relacionales específicos; la identidad femenina se construye no sólo a partir de la asignación de roles y la diferenciación impuesta respecto del hombre, sino también es un proceso de construcción de la identidad por la vía de la diferenciación con otras mujeres: *“En una sociedad donde las relaciones de raza y de clase son asimétricas, un sujeto se transforma en mujer también en oposición a otras mujeres”* (Stephenson, 1993: 58).

He sostenido que el fenómeno de la migración va acompañado de la generación de prejuicios y estereotipos en la población local. La socióloga Carolina Stefoni (2003), explica que las representaciones sociales y culturales no son inocentes ni son producto de las fantasías humanas, sino que responden a una lógica de poder donde los grupos dominantes se refuerzan y legitiman al construir a los otros y otras como subordinados/as e inferiores. Cuando esto sucede, se tiende a ocultar la diferencia y el aporte desde la diversidad de los nuevos grupos comunitarios. Esto se ve acentuado hacia los grupos de migrados/as pertenecientes a comunidades étnicamente más resistidas; una conclusión superficial nos podría llevar a pensar en los fenotipos, los rasgos físicos de estas poblaciones, sin embargo una lectura más profunda se dirigiría a interpelar las construcciones culturales y sociales de la otredad, en este caso, étnicas y de género. No son las diferencias entre los cuerpos por sí mismas (la biología) la que produce la subordinación, sino la jerarquía que ordena el sistema, favoreciendo unos cuerpos sobre otros, unos sujetos masculinos sobre las femeninas. Así el prejuicio actúa en un conjunto de dimensiones, las cuales se mezclan y ordenan en función de cada momento histórico y sensibilidad cultural: el estrato social, la consideración de género, los rasgos étnicos, los hechos históricos que comprenden a los países de origen y destino, y consecuente con esto, la nacionalidad.

La discriminación, exclusión y violencia que sufren las migradas *“son señal de la vigencia de una sociedad ‘pigmentocrática’ de desprecios escalonados donde cada cual se afirma contra el grupo inferior”* (Saignes citado por Rivera, 1996:18). El proceso de colonización se apoyó en una fuerte convicción de segregación racial y étnica fundamentada en ideas religiosas y otras provenientes de la propia ciencia que avalaban la idea de superioridad de la raza blanca y europea, con el apoyo de una iglesia con gran poder social y económico y con intereses económicos concretos en los territorios conquistados (Todorov, 1982). Las diferencias étnicas y raciales en un contexto colonial se han constituido en la médula de la organización social latinoamericana. La persistencia de estos significados y valores dan cuenta de Estados y sociedades neocoloniales y de colonialismos internos renovados, que hallaron su apogeo durante las últimas décadas por procesos de reordenamiento, liberalización y globalización de las economías de mercado, mismas causas estructurales de la migración sur-sur, o entre países de América Latina. Como lo afirma Said: *“La noción de superioridad racial europea contrastada con la supuesta inferioridad y salvajismo de la periferia, serán parte de los procesos históricos a través de los cuales se construirían imágenes culturales de conquistados y conquistadores”* (1993:204).

Esta construcción histórica, lejos de aplacarse con el advenimiento de las repúblicas latinoamericanas, pasó a formar parte de los cánones de los nuevos órdenes nacionales, los que en una especie de solución de continuidad tomaron del dominio europeo los prejuicios fundamentales en los que se basa la segregación xenofóbica y la subordinación hacia las mujeres. En ese proceso de *jerarquización* de culturas e identidades, se fue construyendo la legitimación de una estructura simbólica de escalas sociales basada en las diferencias culturales y raciales, como sustrato ideológico y valórico predominante que se prolonga hasta la actualidad (Peredo, 2004). Conjugando el postcolonialismo y la jerarquía como estrategia de afirmación del propio grupo de pertenencia, se construyen escalas que reafirman las exclusiones, incluso entre las mujeres que podrían estar en una misma posición social, relevándose diferencias como la nacionalidad, el lugar de origen o la forma de hablar. Se reafirma, entonces, que el carácter relacional y cultural de las nociones de raza y género, por encima de la biología o lo puramente físico enarbolado muchas veces como “lo objetivo”, son tan producidos como la misma cultura, tienen una historia relativamente reciente y no son prediscursivos (Arias y Restrepo, 2010).

Las mujeres de las clases medias y altas, a pesar de que también viven relaciones de opresión características de su condición de género específica, son parte de las clases dominantes y son portadoras de un modelo de mujer dominante que se proyecta hacia las capas más “bajas” de la sociedad donde están ubicadas las mujeres indígenas, las migradas, las que viven en situaciones precarias de pobreza y trabajo. Las relaciones entre mujeres y las construcciones de las identidades de género se afincan también en aquellos polos y fronteras de etnicidad en los que se establecen las tensiones sociales más conflictivas que hemos venido describiendo. No es casual que el empleo doméstico sea el destino laboral de gran parte de las mujeres peruanas migradas. Se puede afirmar que este grupo sufre una doble exclusión; como mujeres, que se vive desde sus contextos de origen, y racial, en la medida que siendo extranjeras (de un país del cual se tiene un estereotipo más o menos definido en torno a ciertas características: cholo, indio, pobre, feo, los vencidos) ocupan el último lugar en la escala social, situación que se asienta en los ámbitos laborales, en las instituciones, en las relaciones cotidianas cara a cara, etc. La pregunta por el espacio de atención de salud pública al cual las y los migrados/as acceden por necesidad, no es ajena a este contexto. La interacción entre funcionarios y funcionarias y las mujeres migradas contiene una carga de subordinación (quien sabe/quien no sabe; profesional/no calificado; nativo/extraño) y, como señalábamos; mujer u hombre ubicada/o en una posición de poder versus mujer en situación social y económica precaria.

El imaginario en torno a los cuerpos es patente en los discursos médicos, y éstos son cruciales en la atención hacia mujeres en el ámbito de la salud, Rita Segato (2003) agrega al respecto: *“El cuerpo de las mujeres en el sistema de status (...) es parte indisociable de una noción ancestral de territorio, que vuelve, una y otra vez, a infiltrarse intrusivamente en el texto y en la práctica de la ley”* y podríamos añadir en las prácticas médicas, en tanto que aunque pasan a formar parte de un protocolo de atención estandarizado, pueden ser y en algunos casos son reconocidas, etiquetadas, y tratadas de manera discriminatoria por parte del personal de salud debido a su condición de origen y la representación que de ello tienen los sujetos en posición de poder. El sexo y la raza se transforman en categorías restrictivas, funcionan como norma y como práctica regulatoria, cuya fuerza se manifiesta en el poder de producir- demarcar, circunscribir, diferenciar- los cuerpos que controlan. No son realidades estáticas del cuerpo, se materializan a través del tiempo y el espacio mediante repeticiones o trasgresiones de la norma (Butler, 2002). Una norma cultural, no jurídica, donde (se) actúan los prejuicios y operan los discursos en torno al cuerpo: olores, colores, texturas, prácticas de higiene, prácticas sexuales, etc. El discurso cultural sobre el género restringe, limita, encuadra las prácticas. Y, de hecho, Rita Segato (2010) demuestra que, comparado con otros ejemplos etnográficos, la construcción occidental del género es una de las menos creativas, una de las menos sofisticadas, pues enyesa la sexualidad, la personalidad y los papeles sociales en el dimorfismo de manera mucho más esquemática que otras culturas no occidentales.

En el recorrido de todo tipo de textos sobre la temática de la migración femenina, existe una suerte de dialéctica entre la invisibilización y la hipervisibilización de las migradas. Por un lado hay una preocupación de las sociedades receptoras respecto a las mujeres como procreadoras, en el cual se enmarcan los discursos sobre las embarazadas eternas y cargadas de criaturas como las imágenes del terror que alientan las políticas regulatorias (eugenésicas) de población, mujeres que amenazan el bienestar, los indicadores de salud, los sueldos de los funcionarios, la torta que se debe repartir entre los nacionales. Por otro lado, como sucede en el Chile actual donde la interculturalidad en salud se asimila a pueblos indígenas y las demás “otredades” no existen, son invisibilizadas.

Dos fenómenos han sido analizados profusamente en relación al género y la construcción de las mujeres: la subordinación de la mujer respecto del hombre, y las características adjudicadas a la mujer que devienen de esta subordinación. Podría extenderme largamente en este tema, pero hay dos puntos que llaman de sobremanera la atención si nos enfocamos en la revisión teórica y de antecedentes sobre la migración femenina latinoamericana: la reducción de las mujeres al rol de la maternidad y la sexualidad femenina referida a las orientaciones normativas de pareja, ambos ejes operan como especie de fronteras que delimitan y restringen clausurando las posibilidades de acción y realización de las mujeres.

Sobre la maternidad, una de las premisas que se dan por sentadas en relación a la construcción social del género tiene que ver, como señala Ortner (1979), con la supuesta cercanía de éstas con la naturaleza y de los hombres con la cultura, distinción que hemos visto a lo largo de la historia, por ejemplo, en la separación de la esfera doméstica (privada) de lo público, y consecuentemente la crianza y reproducción como tarea eminentemente femenina. Si bien la diferencia entre macho y hembra es evidente, que a las hembras se les adjudique mayor cercanía con la naturaleza (supuestamente por la función reproductora) es un hecho cultural. Siguiendo a Ortner (1979) el cuerpo y las “naturales” funciones procreadoras específicas de las mujeres parecen ser la clave de esta distinción. Este hecho ineludible, el ser portadoras de la biología necesaria para la reproducción de la especie, ha sido objeto de numerosos debates en el feminismo, sobre todo desde que Firestone (1976), una de las exponentes del feminismo radical acuñara la expresión “tiranía de la reproducción”, en referencia a la dificultad de las mujeres de escapar a este destino marcado por la biología y normado por la sociedad.

Para Marta Lamas (1986) esto significa, entre otras cosas, que cuando una mujer quiere salir de la esfera de lo “natural”, es decir, no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, se la tacha de antinatural: *“Casi todas, si no es que todas, las interpretaciones sobre el origen de la opresión de la mujer la ubicaban en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad”* (1986: 182). El argumento biologicista queda expuesto: las mujeres ocupan tal lugar en la sociedad como consecuencia de su biología, ya que ésta supone que serán –antes que nada– madres y la anatomía se vuelve destino. Para Lamas y siguiendo la teoría de género, el hecho clave no es la pura biología y la diferencia anatómica, sino *cómo esa biología es valorada socialmente*. En relación a la valoración de la sexualidad y el género, Gayle Rubin (1975), plantea el concepto de “sistema sexo/género”, definiéndolo como el conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana; con estos “productos culturales” son satisfechas las necesidades sexuales. Cada sociedad tiene su sistema sexo/género, o sea, su conjunto de normas por las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social y satisfecha de una manera convencional, sin importar qué tan extraña resulte a otros ojos. Su analogía es la siguiente: el hambre es hambre en todas partes, pero cada cultura determina qué es comida adecuada: igual el sexo es sexo en todas partes, pero lo considerado “conducta sexual aceptable” varía de cultura en cultura.

Siguiendo a Lagarde (1997) la maternidad es un complejo fenómeno socio-cultural que se caracteriza porque la mujer realiza algunos procesos de la reproducción social. El conjunto de relaciones, de acciones, de hechos, de experiencias de la maternidad que realizan y tienen las mujeres son definitorios de la femineidad y en el sistema sexo/género occidental, sustenta el sentido de la vida para muchas mujeres. Según Lagarde (1997), el contenido específico de la maternidad es histórico. Todas las culturas incluyen concepciones teorías, normas, creencias, valoraciones dominantes sobre la maternidad, y en todas las sociedades se desarrollan políticas

hegemónicas de maternidad. Sin embargo, las maternidades socialmente vividas, no son idénticas a las concepciones que las reproducen; adquieren particularidades definidas por características de la sociedad y de quienes participan directamente en ellas. Como se ha señalado anteriormente, en nuestra sociedad chilena el sistema sexo/género aunque ha cambiado a lo largo del tiempo, pareciera mantener como columna vertebral los ejes de la maternidad hegemónica y la pareja (Mora, 2006; Sharim, 2005).

La maternidad como fenómeno sociocultural ha sido abordada también por la antropóloga chilena Sonia Montecino, ella cruza este eje relevado por la teoría del género y las feministas con categorías propias de Latinoamérica y del contexto nacional. Una de las piedras angulares de su trabajo es la relación que establece entre la identidad de género de las mujeres chilenas con el marianismo, fenómeno de apropiación cultural que sincretiza las creencias de culturas originarias de la América indígena con el dogma cristiano relativo a la virgen María. Según Montecino, (2007) el marianismo tiene un lugar central en la constitución de la mujer latinoamericana y chilena, puesto que dotará a la mujer concreta de un cierto masoquismo, pero con una contrapartida de gratificación y gozo: *“Así, la abnegación y el sacrificio materno es un precio absolutamente soportable toda vez que frente al amor que une a la madre y a su hijo, el resto de las “relaciones humanas” estalla como flagrante simulacro”* (Montecino, 2007: 84), en este sentido *“lo femenino como presencia será altamente valorado, toda vez que hiperboliza la figura de la madre (...) como efectos del proceso de mestizaje, el género femenino estará asociado unívocamente a la maternidad y el masculino asociado a la paternidad ausente, o al ser el hijo de una madre”* (op.cit.,183). La maternidad tendría en la sociedad chilena una valoración importantísima en la constitución de las mujeres, pero no se trata de cualquier maternidad, sino de una que pone el acento en la abnegación y el sacrificio de la mujer por sus hijos/as, llegando a eclipsar, subsumir e incluso negar otras esferas de la vida humana en pos del ideal virginal de maternidad.

La concepción de sexualidad femenina ha estado ligada a la ambivalencia del placer y el peligro. Aún hoy, cuando nos enfrentamos a formas diversas de vivir la sexualidad encontramos resistencias, tales son los debates que se han dado en nuestra sociedad para legislar por ejemplo en torno al divorcio, la discriminación por orientación sexual, la homosexualidad, homoparentalidad, el aborto, la identidad de género, etc. El curso que ha seguido el proceso de colonización y la manera en que se han estructurado nuestras sociedades bajo la huella prolongada del colonialismo interno, se expresa a nivel individual y colectivo en la gran dificultad subjetiva para el reconocimiento y tolerancia de la diversidad, y por lo tanto en una dificultad cultural para desarrollar experiencias de alteridad básicas para vivir en comunidad en el más profundo sentido de la palabra. Enfrentados a la dinámica de la migración y la alteridad, también las concepciones de género y sexualidad se ven reflejadas a través de un lente que pareciera descubrir(nos) las nociones arraigadas respecto a lo que significa ser mujer en la sociedad chilena, en otras palabras, la migración pone en jaque las concepciones tradicionales sobre los estereotipos de género y es capaz de mostrarnos hasta qué punto seguimos apegados a dichos cánones en la actualidad. Como he sostenido, el avance en materia de equidad de género ha visto un progreso importante en nuestro país (como lo prueban la legislación sobre la no discriminación Ley Zamudio, y el recientemente promulgado Acuerdo de Unión Civil) sin embargo pareciera que en las dimensiones más básicas en cuanto a los estereotipos de género existe un núcleo difícil de corroer, incluso de cuestionar y es ahí donde se muestra la rigidez de la que estamos hablando. Al parecer los roles de madre y de pareja en su sentido afectivo y sexual constituyen bastiones difíciles de expugnar en la lucha por mayor autonomía y libertad para las mujeres.

3.2 Salud/enfermedad/atención desde el punto de vista cultural: Antropología Médica.

Sistemas médicos y biomedicina como sistema cultural.

La Antropología Médica es una subdisciplina de la Antropología que surge en los años 60's y plantea que la salud y la enfermedad son construcciones socioculturales que se dan en contextos específicos (Sadler, 2009). Desde la Antropología Médica se plantea que todos los grupos humanos desarrollan métodos, creencias, conocimientos y percepciones culturales particulares con el fin de enfrentar los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1997) también denominados "sistemas médicos". Pendersen (en Citarella, 1995) 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. Para Alarcón, Vidal y Neira (2003) el sistema médico es un conjunto institucional organizado de prácticas y procedimientos, elementos materiales, personas y roles, normas, etc. respecto del ámbito de la salud y la enfermedad. Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos.

El sistema médico dominante o hegemónico a nivel mundial es el sistema biomédico, también denominado alópata o, como plantea Menéndez (2003) modelo médico hegemónico (MMH), por establecerse en la actualidad como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad.

La biomedicina, como una de sus características más visibles, exhibe una división jerárquica del trabajo, así como guías o normas de actuación en sus encuentros sociales y clínicos. Las jerarquías de la medicina son complejas y múltiples. Algunas se basan en la naturaleza de la intervención: por ejemplo, la intervención somática intensiva es más apreciada, por lo tanto, los cirujanos tienen más prestigio y una mayor compensación económica que los médicos de familia o psiquiatras (Gaines y Davis-Floyd, 2003). Una de las premisas claves de la AM es el reconocimiento de la biomedicina como un sistema sociocultural, esto implica que es una representación colectiva de la realidad. Las representaciones biomédicas de la realidad se basan en el "principio de separación": la noción de que las cosas se comprenden de mejor manera aisladas de su contexto, es decir, como absolutas en sí mismas, sin factores que puedan perturbar sus atributos intrínsecos. Este enfoque ampliamente criticado por no considerar al ser humano como un todo, ha sido cuestionado y a raíz de ello han surgido diversos métodos con el fin de recuperar el énfasis humanitario. Siguiendo a Gaines y Davis-Floyd (2003), este énfasis refleja la creciente valoración dentro de la biomedicina de "el modelo humanista de la medicina" - el paradigma de la atención que hace hincapié en la importancia de la relación médico-paciente como un ingrediente esencial de la cuidado exitoso de la salud. Este paradigma (anteriormente conocido también como el "enfoque biopsicosocial") sustituye a la metáfora del cuerpo como máquina y el paciente como objeto con un enfoque holista que ve al paciente como un sujeto relacional.

Otra característica esencial del modelo biomédico, como se ha señalado, es la relación médico-paciente asimétrica, la cual se funda en principios destacados en el juramento de los profesionales de salud e incluso en códigos profesionales que son una expresión pública de los valores de la biomedicina. Si bien, no son descripciones de lo que sus adherentes hacen realmente, sí son orientaciones de lo que ellos creen que deberían hacer en la práctica. En 1980, al momento de su retiro como editor del *New England Journal of Medicine*, Franz Ingelfinger señaló que *“si estás de acuerdo que la función principal del médico es hacer que el paciente se sienta mejor, un grado de autoritarismo, paternalismo y dominación son esenciales para la efectividad del médico”* (Ingelfinger, citado por Hahn, 1995: 26). Según Hahn, (1995), en el sistema biomédico existirían ciertos valores compartidos por los médicos respecto de sí mismos, estos son: prestigio, pues estarían en la cúspide en la jerarquía del conocimiento (lo que Jordan, 1992, citado por Sadler, 2003, llama “conocimiento autorizado”: proviene del postulado de la medicina igual a ciencia, y deviene en la nula valoración adjudicada a cualquier otra fuente de conocimiento que no sea la biomedicina, incluyendo al propio sujeto destinatario de la atención), la obtención de beneficios económicos altos y mayores al resto de las ocupaciones en la sociedad y el valor asignado a la tecnología (las actividades no tecnológicas, como hablar con los pacientes, pueden ser consideradas como algo inútil para el tratamiento).

Como se mencionó anteriormente, la biomedicina es un sistema médico, uno de muchos. Una buena parte de la AM se ha dedicado a desmontar o deconstruir a la biomedicina, pasando de ser el marco de referencia para analizar y evaluar otros sistemas médicos a ser un objeto de estudio en sí misma. Perdiguero (2004) releva el concepto de pluralismo médico para indicar la existencia en una gran parte de las sociedades humanas en un mundo globalizado, de modos diversos de entender la salud y la enfermedad, de diagnosticar y tratar los padecimientos. En este contexto, la AM se propone comprender a la biomedicina como uno más de estos sistemas, como otra etnomedicina, concepto que en su origen se utilizó para designar solo a los sistemas médicos indígenas o tradicionales y que, desde esta perspectiva, es aplicable también al modelo médico hegemónico.

Es cierto que la biomedicina tiene características particulares y se encuentra ampliamente extendida, sin embargo, esto no impide que pueda ser comparable a otros sistemas médicos, ni que sus prácticas, premisas y postulados sean susceptibles de un análisis sociocultural. La medicina alópata, como todas las demás, refleja los valores y normas de sus creadores y de sus participantes. Sadler (2008) profundiza en esto señalando cómo los procesos de salud-enfermedad-atención se enmarcan en procesos históricos y dinámicas culturales que deben ser considerados; cada sistema médico es producto de particulares coyunturas históricas, y se encuentra en constante movimiento debido a los contactos con otros referentes culturales: *“es interesante observar como se suele ver a los sistemas médicos distintos a la biomedicina como cargados de “cultura”, mientras se le quita lo “cultural” a la medicina alópata, como si*

fuera una creación sin historia y sin una particular cosmovisión” (Sadler, 2008:03). Comprender la biomedicina como etnomedicina implica pensarla como una construcción cultural específica, que responde a un modo de entender la salud y la enfermedad, de enfrentar estos procesos a través de un sistema simbólico, una red de significaciones (Hahn, 1995). Martínez (2008) señala como eje central del cambio en los modelos de la AM la oposición ciencia/creencia, donde la ciencia iba de la mano de la biomedicina y la creencia de las etnomedicinas, que por supuesto, se situaban en una posición inferior. El cuestionamiento de esta oposición marca el desarrollo de la AM, en su última etapa, la difuminación entre las fronteras de medicina y cultura incorporando a la biomedicina como objeto de estudio es una consecuencia de la caída de esta barrera conceptual. Reafirmando lo señalado por Perdiguero (2004) la diversidad cultural está presente en todas partes, no es sólo la existencia de sanadoras tradicionales ni indígenas las que obligan a “descentrar” el papel de la biomedicina. Los procesos migratorios suponen que la coexistencia de modos de entender la salud y la enfermedad, es decir, del pluralismo médico, se acrecentará aún más a futuro.

Al describir a la biomedicina como sistema cultural, la antropología médica no niega el conocimiento y la eficacia de este sistema. El punto se encuentra es que se sustenta sobre presuposiciones y valores culturales que tienden a fragmentar a la persona de su contexto reduciendo al ser humano a su condición de paciente-síntoma, y al reafirmar sus saberes en el ámbito científico es muy difícil generar una aproximación crítica. En este sentido, cabe pensar el espacio de interacción médico-paciente como un lugar donde se desarrollan relaciones micropolíticas, es decir, un espacio donde se ejerce simbólica y normativamente poder a través de la modelización de comportamientos, cuerpos y saberes. Desde esta perspectiva, la biomedicina también ha sido objeto de estudio de la teoría de género, al conceptualizarla como un sistema médico androcéntrico, que reproduce las desigualdades de género tanto en la jerarquización de sus practicantes como en su visión de las mujeres.

A este respecto, académicas feministas han criticado con fuerza la teoría y la práctica biomédica por su patologización constante de los cuerpos y procesos biológicos femeninos. Desde su creación, la biomedicina ha idealizado el cuerpo masculino como el "prototipo del buen funcionamiento del cuerpo-máquina" (Davis-Floyd, 1992: 51), y ha definido el cuerpo femenino como el disfuncional en la medida en que se desvía del prototipo masculino. Podemos ver así cómo la biomedicina (que se considera a sí misma aséptica y objetiva en sus premisas y prácticas, un reflejo de la ciencia) construye arquetipos y explicaciones basadas en estereotipos contruidos históricamente, como los estereotipos de género en la cultura occidental. Una de estas construcciones es la reducción de la mujer al papel de madre, que la despoja de agencia en relación a su sexualidad y la estereotipa en el rol reproductivo.

Es importante reconocer las maneras en las cuales la biomedicina también da lugar a la resistencia. Como ejemplo Martin (1987, citado por Hahn, 1995) analiza el discurso de las mujeres y la manera en que éstas resisten la descripción biomédica del cuerpo femenino. Por ejemplo, las mujeres pueden rechazar ir al hospital para al momento de dar a luz, o crear metáforas para describir los procesos de corporalidad.

El desafío de la migración e interculturalidad en salud.

Uno de los principales desafíos que presenta el fenómeno de la migración es la relación médico-paciente con usuarios y usuarias migrados/as. En este contexto hemos mostrado que suelen operar estereotipos que vienen a complejizar el proceso de atención de salud. Erving Goffman desarrolló la principal teoría sobre la relación entre estigma y salud, basada en su estudio sociológico de hospitales psiquiátricos (Goffman, 1963, 1970). Desde su perspectiva, los estereotipos son derivados de estigmas construidos socialmente. Definió el estigma como *“la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo y de la subsiguiente descalificación al hecho de ser miembro del grupo en cuestión”* (Goffman, 1986: 17). La aceptación y su opuesto, el rechazo y la discriminación, son los resultados de sufrir la carga de un estigma social.

En el problema que nos ocupa en la presente investigación, el estigma funciona por medio de características fenotípicas (rasgos indígenas, “negritud”), de lenguaje, de género y por todo el sistema cognitivo, simbólico y económico que portan los/as migrados/as y que difieren de los parámetros que se dan en nuestro país. En este sentido los estereotipos –una de las consecuencias del estigma– se presentan cuando *“en la ausencia de una justificación objetiva se realiza una distinción hacia una persona que resulta en el tratamiento injusto hacia esa persona por pertenecer o por percibirse que pertenece a un grupo particular”* (Maluwa, Aggleton y Parker, 2002 en Castro y Farmer, 2005).

Ésta es la orientación de gran parte de la antropología médica, que insiste en que las únicas bases válidas para comprender la enfermedad y el tratamiento son los mundos locales en los que los pacientes y sus familias se desenvuelven en actividades sociales cotidianas. En estos mundos locales, la cultura se afirma en los ritmos, rituales y relaciones diarias, el sufrimiento es siempre una forma de experiencia social culturalmente particular, la enfermedad tiene consecuencias sociales, y ciertos usuarios que generalmente suelen ser minorías en los contextos de atención a menudo son estigmatizados por sus características particulares. Siguiendo a Castro y Farmer (2005) el estigma existe cuando convergen los siguientes componentes interrelacionados. Primero; las personas identifican y etiquetan las diferencias humanas. Segundo, las creencias culturales dominantes relacionan a las personas etiquetadas con características indeseables y estereotipos negativos. Tercero, las personas etiquetadas son ubicadas en categorías distintas a fin de establecer algún grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En el cuarto, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que conduce a resultados de inequidad. Por último, la estigmatización es totalmente contingente al acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de lo diferente, la construcción de estereotipos, la separación de personas etiquetadas en categorías diferentes y la práctica total de desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación.

Según los autores, la estigmatización no puede ser comprendida separada de una lectura enmarcada en la violencia estructural de un sistema donde la desigualdad económica y política se expresa a través de una gran variedad de mecanismos de sujeción, discriminación, clasismo, racismo, xenofobia y exclusión social. La violencia estructural determina dónde, cómo y en qué condiciones viven los migrados y migradas, potenciando un círculo vicioso de pobreza y

condiciones que generan un impacto en la salud y los llevan a precisar atención médica, espacios donde siguen operando mecanismos de exclusión ya que en las instituciones sanitarias los roles y jerarquías que operan él, operan como en cualquier otra institución social.

La interculturalidad es un concepto relevante que ha sido trabajado en salud para integrar elementos culturales a las prácticas médicas. Siguiendo a Alarcón, Vidal y Neira (2003) en las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en Chile como en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud, esfuerzos que se han orientado casi exclusivamente a población indígena. Se detecta aquí la necesidad de ampliar y profundizar el concepto de cultura que se tiene desde las políticas públicas, en particular en el ámbito de salud, ya que cuando nos referimos a ésta no sólo hablamos de rasgos fenotípicos sino sobre todo a diferencias en los marcos cognitivos y simbólicos con los cuales nos manejamos y entendemos el mundo de la vida cotidiana, incluyendo el proceso de salud/enfermedad/atención.

A continuación, se hará referencia a las tres principales formas en que el sector sanitario de las sociedades receptoras (principalmente europeas donde se ha trabajado desde este enfoque) ha abordado la temática de la salud y las migraciones (Meñaca, 2004) y que dan cuenta del reduccionismo en el que se ha caído en el intento por comprender la otredad.

Uno de los primeros enfoques hacia la migración enfatizó **el acto mismo de migrar; en este sentido el viaje implicaría el transporte de agentes patógenos**. Prima el discurso de la posible 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 y prevenir. En ese sentido, los problemas de salud de los migrados y migradas 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 migrada 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, generan mayor alarma social, y en la mayoría de los casos tienen una estigmatización asociada que se ha ido arraigando históricamente. De acuerdo a lo anterior, se sostiene que se ha construido a la “población inmigrada” como un grupo de riesgo para múltiples problemas de salud.

Otro abordaje, es el que plantea los efectos negativos del cambio de contexto sociocultural, por ejemplo los problemas de salud mental que se consideran específicos de los migrados y migradas, como el duelo migratorio, el estrés aculturativo, el síndrome de Ulises o la condición migrada (Meñaca, 2004).

Un segundo abordaje pone el acento en **los factores socioeconómicos**, en la situación de pobreza, marginación y exclusión en que se encuentran los migrados y migradas (Meñaca, 2004). Según Meñaca, la mayor parte de las publicaciones sobre salud y migraciones destinadas al público sanitario reconoce la influencia de este tipo de factores tanto en las condiciones de salud de los migrados y migradas, como en su acceso a la atención. Sin embargo, una vez admitida la influencia de estos factores, éstos 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 gran parte 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 (Meñaca, 2004).

Siguiendo a Meñaca (2004), 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 y usuarias migrados/as. En ese sentido, Alarcón, Vidal y Neira (2003) exponen la necesidad de un desarrollo de procesos interculturales en salud. Como señala Boccara (2007) la interculturalidad en salud representa una nueva ingeniería del sistema de salud que tiende a producir sujetos (en el sentido Foucaultiano del término) afines al sistema, ya que más que considerar las diferencias que todos/as los/as usuarios/as poseen intenta incluir (es decir, subsumir) a quienes “son” “diferentes” para normalizarlos. La interculturalidad, desde este punto de vista, es una trampa de la cual no se puede escapar si continuamos considerando un concepto esencialista y estático de la cultura.

En el caso de la migración, Vulpiani (2000) trabaja 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 migrados/as 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. 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, Meñaca se refiere al concepto de competencia cultural, entendido como habilidades que el personal de salud puede desarrollar para abordar las diferencias culturales de los usuarios del sistema de salud. Su objetivo era garantizar que todo usuario del sistema de salud reciba un tratamiento efectivo e igualitario de una manera cultural y lingüísticamente apropiada (op.cit). Como señalan Kleinman y Benson (2006) se ha malentendido el concepto de cultura como una lista de características. De esa manera, en lugar de resultar buenas herramientas para el profesional sanitario, muchas veces le han llevado a malentendidos y a ser más rígidos que los/as propios/as migrados/as en la interpretación de sus normas y tabúes –si es que existen- culturales. Producto de lo anterior, se dibuja una situación comunicativa desigual, entre unos/as migrados/as con cultura tradicional, exótica y rígida, y profesionales portadores de conocimientos no culturales, científicos y racionales (op. cit).

No se trata de un problema de tratamiento simple, pues cabe advertir que con la sobresensibilización hacia el migrado o migrada, en vez de eliminarse los estereotipos, éstos se refuerzan. Según Meñaca (2004) si bien se ha intentado dar información y educación sobre la diversidad cultural, usualmente se ha insistido en reducir la información cultural de los migrados y migradas 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.

Los autores recién citados critican el concepto de competencia cultural, ya que sugiere que la cultura puede ser reducida a habilidades técnicas y puede ser “entrenada” para desarrollar experticia. La competencia cultural se ha convertido en una serie de “qué hacer y no hacer” que definen cómo tratar a pacientes de una etnia o país determinado. *“La idea del aislamiento de las sociedades debería ser rechazada por los antropólogos, ya que ha llevado a peligrosos estereotipos, tales como, “los chinos creen esto”, “Japón cree que” como si toda la sociedad o grupo étnico pudiera ser descritos por estas simples consignas”* (Kleinman y Benson, 2006: 01).

Otro problema es que los factores culturales no son siempre centrales para un caso, y quizá de hecho podría dificultar un mayor conocimiento práctico de un episodio. También podemos hablar de la cultura del profesional incluyendo tanto la formación cultural del doctor, enfermera, o trabajador social, y la cultura de la biomedicina en sí misma, especialmente como es expresada en las instituciones como hospitales, clínicas y escuelas de medicina. *“De hecho, la cultura de la biomedicina se ve ahora como clave para la transmisión de la estigmatización, la incorporación y mantenimiento de los prejuicios raciales en las instituciones, y el desarrollo de las disparidades de salud contra los grupos minoritarios”* (op.cit.: 02).

Respecto a las críticas que se han hecho a ese concepto esencialista de cultura que se maneja en el sector de salud desde la biomedicina, Van Dijk (1998) 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 (2004) plantean la importancia de no exotizar a los/as pacientes migrados/as, considerando necesario hacer ver a los profesionales de la salud que lo cultural está presente en el contacto con todo usuario del sistema de salud, sea o no migrado/a.

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 reflexión acerca de sus propios valores culturales como un ejercicio necesario para traspasar las barreras culturales (op.cit.). La invitación a mirar la biomedicina como etnomedicina es un ejercicio también autorreflexivo, que no sólo se dirige a las bases en las cuales se sostienen las premisas del modelo biomédico, sino también a sus prácticas y con ello a sus practicantes. El alcance de esta invitación sólo puede ser comprendido en relación al contexto sociohistórico de dominio que ha ejercido la medicina alopática sobre los modos de entender, actuar y explicarnos los procesos de salud/enfermedad y atención. Al mismo tiempo que se tiene en consideración la llamada cultura del sistema biomédico, no podemos obviar que existen determinantes sociales de la salud que están influyendo en mayor o menor grado en la situación de salud-enfermedad de la población migrada, y que las desigualdades que puedan darse en salud, no se han de achacar exclusivamente a la diferencia cultural.

Esto cobra especial importancia en el ámbito de las poblaciones culturalmente diversas en la medida en que nos llama al desafío de explicitar nuestra propia cultura, evidenciar nuestra posición en las relaciones de poder e intentar construir nuevas relaciones humanas que incorporen una mirada integral sobre el proceso de atención de salud.

Recapitulando; la afirmación de la biomedicina como sistema cultural rompe con el esquema establecido por la antropología clásica, donde el papel del antropólogo era favorecer el diálogo intercultural entre profesionales y nativos, dotando a los primeros de un conocimiento sobre las “creencias” de los segundos para que pudieran desarrollar su labor de persuasión, lo que suponía, en palabras de Martínez *“la negación de la biomedicina como territorio etnográfico, y a la vez, la continuidad pragmática del modelo donde se refleja la oposición creencia/ciencia, es decir, etnomedicina/biomedicina”* (2008:31), a la vez que implica la utilización crítica del concepto mismo de cultura aplicado al sector salud.

Esto no deviene solamente de la hibridación de los espacios etnográficos, aunque en gran medida fenómenos como la migración nos empujan a ampliar las fronteras conceptuales con las que comprendíamos tradicionalmente el objeto de estudio, también es el resultado de repensar aquello que es antropológicamente pertinente en un mundo de creciente complejidad sociocultural.

4. MARCO METODOLÓGICO

“Construir un objeto de investigación es construir una perspectiva, un punto de vista” Pierre Bourdieu (1973: 52)

4.1 Sobre la Metodología y el enfoque de estudio.

Cuando hablamos de ciencia, desde la perspectiva de las ciencias sociales, decimos que la ciencia (en todas sus formas) es una actividad humana más, variable, contingente, falible, y sobre todo, como cualquier producto humano, es construida por éste. La epistemología desde el hito de *La estructura de las revoluciones científicas* de Kuhn (1962), ha mostrado cuán frágil y equívoco puede ser el conocimiento científico sobre el cual hemos fundado gran parte del mundo como lo percibimos y vivenciamos en la actualidad. En las ciencias “duras” (ésta sola distinción es un ejemplo) como la biología y la medicina, dada la organización jerárquica de las escuelas hasta los lugares donde se practica, dejan muy poco margen para el diálogo y la entrada de “otros” conocimientos que no sean los “legítimos”, que no estén “comprobados” por la ciencia, en sus propios términos y con sus propios métodos.

¿Qué consecuencias tiene esta forma de comprender la ciencia para la construcción de las investigaciones en ciencias sociales? Tal como señala Sautu, (2005), la investigación no se da en abstracto, sino en circunstancias históricas determinadas, es un proceso socio - histórico. Esto implica que la selección de los objetos de estudio, como de los diseños y la utilidad de sus resultados está en función de los intereses institucionales, sociales y/o personales; ello sugiere que los resultados de las investigaciones tengan un uso socio - político y no se trate simplemente de investigar por investigar. Esto implica una retroalimentación constante entre el diseño y su construcción, no sólo su estructuración. No aferrarse al diseño implica escuchar, deshacer, rehacer, perder tiempo, perder dinero, cuestionar lo que se quería saber y cómo, desencantarse del tema de investigación, re-encantarse: en suma, estar dispuesto/a perderse. Siguiendo con Bassi: *“en definitiva, los diseños habrán de entenderse como guías; guías que son a su vez muletas... de las que uno debería deshacerse en cuanto pueda (y lo dejen)”* (Bassi, 2014: 69).

Una de mis preocupaciones al elaborar el diseño de investigación era, justamente, si sería capaz de cumplirlo. En algún punto seguir el diseño propuesto pasó a convertirse en el objetivo central del trabajo y todo lo que no colaboraba con esta meta se transformó en un obstáculo, los tiempos y cadenas para conseguir los permisos para realizar el trabajo de campo, las dificultades para que las personas hablaran de lo que quería que hablaran, el cúmulo de información y cómo recortarla para que se “ajustara” al marco teórico. En cada uno de estos puntos volver al foco no fue tan sencillo, implicaba mucho más trabajo, ir más allá de lo que, se supone, se me estaba pidiendo. Abandonar esta perspectiva fue una elección nada fácil, pero sí sumamente enriquecedora. La “inspiración” no vino de un diseño sumamente bien estructurado, donde cada factor y variable estuviera tan bien pensada que no me encontrara con ninguna sorpresa, sino de las conversaciones con otros/as investigadores/as, el trabajo que desarrollaba en paralelo (sobre este mismo tema u otros), las y los migrados y migradas que iba conociendo y que conocí anteriormente, el personal de salud, cursos, seminarios, libros y papers, en fin, de estar abierta a dejarme sorprender y que eso significara desarmar todo, o confirmar parte de lo que venía construyendo. Una de las certezas que permanecieron es que desde el comienzo planteé que en esta investigación utilizaría un **metodología de corte cualitativo**, con énfasis en las narraciones tanto de los/las migrados/as como de los/as funcionarios/as del sector público de

salud. En las ciencias sociales el sujeto (el o la investigador/a) y el “objeto” (sujetos investigados/as) coinciden constitutivamente, son sujetos constituidos en relaciones sociales. Por lo anterior, la investigación cualitativa favorece el estudio de los procesos en tanto inseparables de su contexto, enraizando su comprensión en las características y experiencias de los actores del mismo. Es por esto que en el caso de este tema de estudio, en el que se ha privilegiado el discurso de los actores y las actoras, nos es de utilidad la aproximación metodológica cualitativa. La cual, según Hernández Sampieri: “*se basa en un esquema inductivo, es expansivo y por lo común no busca generar preguntas de investigación de antemano ni probar hipótesis preconcebidas, sino que éstas surgen durante el desarrollo del estudio... su método de interpretación es interpretativo, contextual y etnográfico*” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2004: 23).

Este modelo se ciñe de mejor manera a las características de la presente investigación en la medida que requiere de herramientas flexibles que posibiliten la modificación de temáticas, diseños, técnicas de investigación e incluso el replanteamiento de problemas y objetivos. Más específicamente, de la antropología, donde la labor del antropólogo es de la de “interpretar interpretaciones”¹², con esto se pone de relieve que ni el “nativo” ni el antropólogo (experto) poseen la *verdad* respecto a un problema o fenómeno, sino sólo interpretaciones del mismo. La presencia del etnógrafo siempre influye en el medio observado, aunque sólo sea por tratarse de un individuo solo, que reflexiona sobre la cultura de los demás, la cual, precisamente, es completamente natural para aquellos y aquellas que están sumidos en ella. Este es el centro de la experiencia que vive el antropólogo, pero que no podrá tratar de transmitirla hasta que la haya escrito y descrito¹³. En el caso que nos ocupa, el sólo hecho de estar en los contextos donde interactúan migrados/as y funcionarios/as de salud, les dio pie a pensar –recurriendo a sus propias nociones- qué es lo que yo buscaba, y qué había de cultural ahí, lo que claramente influyó en el contenido de sus discursos.

En términos formales, la presente investigación se configuró como un **estudio de tipo exploratorio-descriptivo**, ya que se trata de un tema emergente que ha sido poco estudiado en este contexto en particular y desde este enfoque. Este estudio es de carácter no experimental, en la medida que las variables en estudio no fueron manipuladas deliberadamente. Me acerqué a los contextos realizando observaciones y entrevistas semi-estructuradas a migrados y funcionarios/as de salud, para en una fase posterior sistematizar los datos y obtener conclusiones de tipo analíticas en diálogo con el marco teórico y conceptual. Por lo tanto, a través del análisis e interpretación de los datos que logré levantar con las técnicas designadas para ello, se elaboraron los resultados y conclusiones. Dentro del diseño no experimental utilicé un enfoque transeccional, es decir, estudié el problema situado temporalmente en un solo momento, en presente. Las técnicas de levantamiento de datos se aplicaron en un momento único, cuyo propósito fue caracterizar las variables de interés, dotarlas de contenido para comprender el fenómeno. Este enfoque transeccional fue en un primer momento de carácter exploratorio, en tanto permitía una “inmersión inicial en el campo”

¹² La documentada distinción antropológica *emic/etic* también ha sido cuestionada desde esta perspectiva, ¿no hace el “nativo” de una cultura, al exponer sus percepciones un esfuerzo de síntesis de tal manera que ésta sea inteligible por el investigador?, ¿no hace el antropólogo una *elaboración* de aquello que se le transmite, sí a partir de otros datos y teorías, pero en fin, una *elaboración propia* de una cultura que le es ajena?

¹³ Por ello el proceso de redacción constituye el final del viaje, “el etnógrafo se encuentra siempre de viaje aunque trabaje en las afueras de la ciudad en su país en la medida que es un viajero de lo interno, que viaja entre dos estados anímicos, entre dos maneras de pensar, entre el futuro texto y el texto ya redactado, entre un antes y un después.” (Augé 2007: 70)

(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2004), sin embargo, se buscó que derivara en un estudio transeccional descriptivo y analítico para “*categorizar y proporcionar una visión de la comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación*” (op.cit.: 273) en este caso para cumplir con el objetivo que, a través de este “viaje”, se ha enriquecido y vuelto mucho más comprensivo e interpretativo, no se trata sólo de dar cuenta de los discursos de, sino precisamente, de ponerlos *en relación con* (datos, teoría, técnicas, mi propia experiencia).

4.2 Proceso de investigación

Definición y detalle de la Muestra. Se utilizó una muestra de carácter no probabilístico o dirigida, ya que las personas que participaron de la investigación fueron seleccionados según criterios establecidos de antemano privilegiando la profundidad y riqueza de los datos por sobre la representatividad o directa proporcionalidad en relación al universo de la población en estudio, en congruencia con la metodología cualitativa de investigación. Para ello se focalizó el estudio en la experiencia de atención a mujeres migradas, y los diversos funcionarios y funcionarias de salud que los/as atienden en un centro de atención de salud primaria: matronas, psicólogos, asistentes sociales, nutricionista, enfermeras, técnico paramédico, etc. El punto de ingreso, al realizar un sondeo previo mientras tramitaba los permisos de ingreso a los centro de salud, en el caso de las mujeres migradas es la atención de maternidad. Este espacio es, de alguna manera, *inevitable*. La maternidad obliga a las mujeres a requerir atención médica para verificar el estado de su embarazo, una vez iniciado este proceso comienzan a ser incluidas en otros ámbitos de acción del centro de salud, sobre todo cuando ya ha nacido el/la niño/a: control del niño sano, atención ginecológica, psicológica, planificación familiar, etc. Con este dato, se configuró un plan de trabajo que contempló el acercamiento a las mujeres en la atención primaria.

Se planteó una muestra constituida por al menos doce usuarias migradas peruanas, y ocho funcionarios o funcionarias del personal de salud que interactúa con ellas. Como criterios iniciales para la selección de la muestra se seleccionaron dos Centros de Salud de una de las comunas de la RM que atiende a la mayor cantidad de población migrada (comuna de Santiago). Estos centros realizan atención primaria, que es el inicio de la cadena de atención donde se establece el vínculo salud-usuarios. En cada uno de estos centros/consultorios, se seleccionó a seis usuarias peruanas que se encontraban en la institución requiriendo atención de salud. Las características generales de estas personas son: mujeres de nacionalidad peruana, en edad reproductiva (han tenido o estaban teniendo una experiencia como gestantes en Chile, situación que se detalla más adelante), esto coincide con la edad de población económicamente activa.

El proceso de selección de sujetas migradas consistió en hacer un primer contacto en la sala de espera de cada Centro (el CESFAM Domeyko tiene tres sectores –que se reparten la población por área geográfica- por lo tanto, tiene tres salas de espera) para agendar, si la persona accedía, la realización de la entrevista (en promedio de 1 hora), en el caso de los/as funcionarias, hubo paralización de actividades (varias veces, por varios días) mientras desarrollaba el trabajo de campo, por lo que acordar entrevistas en el horario en que debían estar presentes en sus puestos de trabajo pero sin atención a usuarios/as fue una estrategia con óptimos resultados (aunque también se me ofreció bloquear agendas con pacientes si era necesario, y varios de los/as funcionarios/as usaron sus tiempos personales –de colación, después del horario de trabajo- para realizar la entrevista, lo que demuestra la alta y positiva disposición a participar de esta investigación).

En el caso de las usuarias migradas, cada una accedió a facilitarme la dirección de su domicilio o trabajo, su número de celular si tenía y una hora/fecha para realizar la entrevista, así recorrí una buena parte del sector geográfico que comprende el área del CESFAM Domeyko y la EMB Balmaceda, ya que en varias oportunidades los domicilios no existían, no estaba la persona o no respondía a su teléfono celular, pocas personas fueron las que rechazaron la entrevista de inmediato, y en todas las ocasiones fue con motivo de su alta carga horaria en el trabajo. Éste fue la labor más ardua, pero a la distancia, muy fructífero por la cercanía y conocimiento que pude lograr visitándolas en sus domicilios.

Fueron veintitrés entrevistas en total, ya que de parte de los y las funcionarias, el gran interés que suscitó la investigación requirió que hiciera más entrevistas de las previstas. A continuación se detalla la muestra:

FUNCIONARIOS DE SALUD	SEXO		Rango de EDAD	Profesión/ Función	Tiempo promedio de desempeño en el Centro
	Mujeres	Hombres			
Centro de salud 1	3	2	Entre 27 y 36 años	Psicólogo Matrona (2) Nutricionista A. social	6,2 años
Centro de salud 2	5	1	Entre 24 y 50 años	Enfermera (2) Matrona Técnico-paramédico Asistente social Médico	10,8 años
TOTAL 11 funcionarios/as	8	3	Entre 24 y 50 años	Psicólogo Matrona (3) Enfermera (2) Nutricionista Asistente social (2) Técnico paramédico Médico	8,5 años

Tabla: detalle muestra funcionarios/as de salud

Detalle muestra usuarias migradas:

USUARIAS										
CENTRO DE SALUD	EDAD años	Tiempo DE ESTADÍA EN CHILE	OCUPACIÓN LABORAL	NRO. DE HIJOS	TIPO DE VIVIENDA	Con quién vive	Pareja:	Motivo emigración	Planificación embarazo	Método anti Conceptivo previo a embarazo
1	28	7 años	Comerciante	1 (6 años)	Arrienda mini- depto.	Esposo-hija	(a)** 33 años, Peruano costurero	Ahorrar y regresar a estudiar	ENP*	Ninguno
1	39	7 años	Cosmetóloga	2 (20 años; 2 meses)	Arrienda mini-depto.	Hijo menor	(a) 30 años, chileno, ingeniero	Trabajar, pagar universidad hijo mayor	ENP (uno en Perú, último atendido en Chile)	Pastillas
1	42	7 años	Aseo por horas	2 (22 años y 5 años)	Arrienda pieza	Esposo – Hijo menor	(a) 50 años, peruano obrero	Trabajar, tener salud para su hijo	ENP (uno en Perú, último atendido en Chile)	Ninguno
1	24	5 años	Dueña de casa	2 (5 años y 1 año)	Arrienda pieza	Esposo e hijos	(a) 30 años, peruano mesero	Ahorrar para un negocio en Perú	ENP (dos atendidos en Chile)	Pastillas
1	28	8 años	Empleada casa particular	3 (9 años, 6 años y 4 meses)	Arrienda mini- depto.	Esposo, hijas, tía (9, 5, 1 año)	(b)*** 31 años, peruano, obrero calificado	Mejorar nivel socio-económico	ENP (atiende en Chile el último)	Ninguno
1	23	5 años	Empleada casa particular	2 (6 años y 10 meses)	Arrienda pieza	Pareja, hijos	(b) 29 años, peruano, mesero	Ahorrar para construir una casa en Perú	ENP (atiende en Chile ambos)	Pastillas

2	35	3 años	Cesante – busca empleo	1 (5 años)	Arrienda pieza	Con su hijo	(a) 36 años, chileno, taxista	Mejorar nivel socio-económico	ENP (atendido en Chile)	Ninguno
2	29	7 años	Empleada casa particular	2 (3 y 10 años)	Arrienda pieza	Esposo y dos hijos	(a) 34 años, peruano, obrero	Mejorar nivel socio-económico	Planificado (atiende en Chile)	No aplica
2	36	3 años	Cuida niños/as	3 (11, 7 y 5 años)	Arrienda pieza	Pareja	(a) 38 años, Peruano, obrero	Enviar remesa a sus hijas	ENP (atendiéndose en Chile)	Ninguno
2	19	5 años	Dueña de casa	1 (3 años)	Arrienda pieza	Esposo - hija	(a) 26 años, Peruano, construcción	Estudiar y trabajar	ENP (atiende en Chile)	Ninguno
2	21	3 años	Empleada casa particular	1 (2 años)	Arrienda pieza	Esposo - hija	(a) 24 años, Peruano, comerciante	Mejorar nivel socio-económico	ENP (atiende en Chile)	Ninguno
2	31	9 años	Cesante – busca empleo	2 (10 años y 4 años)	Arrienda pieza	Esposo - hijos	(b) 36 años, Peruano, mesero	Enviar remesa familias	ENP (atiende en Chile ambos)	Ninguno
TOTALES 12 migradas	19-42 años	5 años en promedio	Mayoría: Empleada casa particular	2 hijos en promedio	Mayoría: arrienda pieza	Mayoría: vive con esposo e hijos	Mayoría: pareja peruano, obrero	Mayoría: Mejorar nivel socio-económico	Mayoría: ENP atendido en Chile	Mayoría: Ninguno

*ENP: embarazo no previsto

** a. Vínculo comienza en Chile

*** b. Vínculo se mantiene desde Perú

Técnicas e instrumentos.

Entrevistas semi-estructuradas, desde la perspectiva ofrecida por Manuel Canales, “*en la que se elabora una pauta de preguntas ordenar y redactadas por igual para todos los entrevistados, pero de respuesta abierta o libre*” (Canales, 2006:47). La propuesta realizada por Hernández y otros, también ha sido considerada como pertinente a nuestros objetivos de investigación y consistente en torno a la visión anteriormente expuesta: “*Las entrevistas semi-estructuradas se basan en la guía de asuntos o preguntas para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados*” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2004:175). El propósito de las entrevistas fue obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva de los y las entrevistados y entrevistadas (“en sus propias palabras”), “*el experto es el entrevistado*” (op.cit).

Esta herramienta permitió desarrollar los tópicos de interés para cumplir los objetivos de esta investigación, conservando un margen para la flexibilidad de la conversación que permita explorar en mayor profundidad los temas, hasta que se logró saturar la información.

La **observación** es una herramienta de carácter cualitativo y exploratorio. Se refiere a la observación del etnógrafo del contexto y el grupo a estudiar durante el proceso de investigación. En la versión *participante* según Taylor y Bodgan (1984) el observador participa en la vida o desarrollo cotidiano del grupo u organización que estudia, entrando en conversación con sus miembros y estableciendo un estrecho contacto con ellos, como medio para llegar profundamente a la comprensión y explicación de la realidad que el investigador observa, es decir, penetra en la experiencia de otros. Se utilizó esta técnica para mi ingreso en los contextos públicos de atención, de tal manera que pude observar directamente lo que ocurría en las salas de espera, pasillos, ventanillas de atención, etc. y a su vez logré contactar a las y los posibles entrevistados/as.

La observación participante no es un momento, es un proceso activo donde se demanda del investigador/a la capacidad de empatizar con los sujetos observados. La comunicación será tanto menos estructurada y formalizada, esto es, tanto más rica e imprecisa, cuanto mayor sea el grado de participación del/a observador/a. El trabajo de campo involucra “*mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia*” (DeWalt & DeWalt 2002:7). Otro punto clave es que provee el contexto para orientar las directrices de muestreo y guías de entrevistas, pauta que se amplió y focalizó considerablemente luego de algunas semanas de observación. Evidentemente, también presenta dificultades, ligadas a las limitaciones de la percepción humana. El investigador selecciona unos estímulos sobre otros, guiado por sus sentidos biológicos, por su sensibilidad social y cultural, su marco de referencia teórico y metodológico. Además, la relación establecida con los sujetos de estudio no es imparcial ni objetiva y también incide en este proceso de conocimiento, por último las interpretaciones que se realicen también serán parciales. Sin embargo, como una técnica de entrada, holística, no invasiva y exploratoria, sirve bien a los propósitos con que fue utilizada.

La pauta de observación se construyó según la posibilidad de acceder a los contextos: salas de espera, atención que prestan los funcionarios administrativos (dación de horas) a migradas, trato de los demás usuarios/as del consultorio a migradas, controles. La observación apuntó a los gestos, tonos y contenidos de conversación, interacciones cara a cara, respeto, cercanía,

empatía en las relaciones, tiempos de espera y urgencia de ésta e identificación de posibles entrevistados/as.

La observación me permitió participar de la vida del Centro de Salud, asistiendo como parte del “equipo médico” a las reuniones, o acompañando en el box a algunas de las mujeres, así como acompañándolas a sus casas o a trabajar. Éste último punto fue de suma utilidad para comprender el trato que las mujeres migradas reciben en el día a día, los contextos en los que se desenvuelven, las problemáticas que las aquejan, la sociabilidad que tienen con sus compatriotas y con chilenos y chilenas. Otro punto clave fue el logro del rapport o empatía necesaria para establecer lazos mínimos de confianza entre entrevistadora y entrevistada, el que se logró tanto con las usuarias migradas como con el personal de salud, ya que al hacerme un espacio “habitual” en el Centro de Salud, pude legitimar mi trabajo y tener un conocimiento básico sobre el cual manejarme en las entrevistas, así como una idea fundada respecto a las interacciones, tiempos, sucesos cotidianos de la vida del espacio de atención.

Un resumen de las técnicas utilizadas:

TERRENO SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2014			
Técnica	Centro de salud	Detalle	Total
Observación Salas de espera, pasillos, box de atención de los consultorios elegidos, lugares de trabajo y domicilios de las migradas	Centro 1	10 visitas	31 horas
	Centro 2	12 visitas	
Entrevistas semiestructuradas Se realiza el contacto, la entrevista se realizó en contextos fuera del espacio del centro de salud, para propiciar el rapport en el caso de las migradas, y en el centro de salud correspondiente en el caso de los y las funcionarios/as.	Centro 1	6 migradas 5 funcionarios/as	23 entrevistas
	Centro 2	6 migradas 6 funcionarios/as	

Análisis de la información: Para finalizar la etapa de trabajo de campo, las entrevistas y notas de campo fueron transcritas y sistematizadas. Una vez que se tuvo una primera sistematización de la información, se siguió un criterio de saturación, con el fin de “justificar la magnitud de una muestra de aplicaciones técnicas que generan unidades de información/significación en el caso de las estrategias metodológicas de investigación etnográfica e investigación social de discursos”, es decir el trabajo de campo y análisis se realizó en paralelo, para asegurar la saturación. Una vez alcanzado este criterio se realizaron entrevistas que enriquecían y/o complementaban la información.

A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas de investigación antes señaladas, se realizó el proceso de análisis por medio su “manipulación, transformación, operación, reflexión, comprobación... con el fin de extraer significado relevante” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2004:200) utilizando como plataforma el software de análisis de datos cualitativos Atlas ti. Se procesaron los datos para lograr una reducción de la información, esto es “simplificarla, resumirla, seleccionar información para hacerla abarcable y manejable” (op.cit.:205) a unidades que tuvieran relevancia interpretativa, en varias instancias.

La definición de los códigos asignados se realizó en base a la utilización de “*criterios temáticos (consideración de unidades en función del tema abordado)*” (op.cit.: 207) en dos niveles: códigos previamente definidos en base a la operacionalización de los objetivos de investigación y códigos elaborados mediante la identificación de temáticas no contempladas en la investigación y que guardan relevancia analítica. Como último paso los códigos fueron agrupados en categorías o “clasificaciones conceptuales de las unidades que son cubiertas por un mismo tópico” acuerdo a su concordancia temática para dar lugar a la definición de los grandes ejes para analizar. De esta manera interpreté los datos obtenidos a partir de su triangulación con la experiencia y observación en el campo y los antecedentes recopilados, de modo tal que pudiera dar cuenta de las tensiones, encuentros y desencuentros de acuerdo a cómo las personas, a través del discurso, expresan sus concepciones y un modo particular de entender los mismos procesos.

Cabe señalar que los tópicos y núcleos de este análisis corresponden a aquellos en los que hubo mayor densidad de información, y que esto implica que algunos puntos interesantes de ser abordados quedaron fuera debido a la escasez de material para poder decir algo válido al respecto, sin embargo, constituyen “pistas” que podrían ser investigadas a futuro, en tales casos indicaré cuando esto ocurra.

4.3 Consideraciones éticas.

Como parte de los procedimientos éticos cabe destacar que el consentimiento se hizo a través de un documento escrito y debidamente identificado en términos de su procedencia y posterior uso donde se explicaron los objetivos del estudio; tanto para funcionarios/a de salud como para migradas peruanas. El consentimiento contenía datos de contacto de la investigadora y la profesora guía a cargo. Este documento y un dossier con el proyecto de investigación fueron entregados en la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago, dando a conocer los objetivos, términos y plazos de la investigación para su envío a un comité de ético interno que debe estar al tanto. El dossier y consentimientos fueron visados por la Dra. María Teresa Escobar, directora de la Dirección de Salud y por la subdirectora del CESFAM Domeyko, Dra. Pilar Abad, y la directora de la EMB Balmaceda, Adriana Robles.

Como parte del estudio se contempla una devolución del trabajo realizado: tanto de los datos recolectados como su posterior análisis por medio de una presentación a la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago y a los contextos donde se llevó a cabo el trabajo de campo, además de la entrega escrita de un documento de trabajo donde se presenten los resultados de la investigación. Esta actividad tendrá como destinatarios a personal de salud y a través de talleres también a mujeres peruanas y migradas en general.

5. ANÁLISIS.

El material recopilado durante el trabajo de campo fue cuantioso y diverso. Para desarrollar el análisis me orienté a responder los objetivos propuestos para esta investigación, por lo cual este apartado está estructurado en torno a cuatro grandes ejes: en primer lugar daré cuenta de los contextos locales de atención, los cual servirá como guía para comprender las distinciones que siguen a lo largo de este análisis. En segundo lugar, daré cuenta del proceso de atención de salud, sus problemáticas y transformaciones. En tercer punto, abordaré la construcción que se hace sobre las usuarias migradas peruanas en el contexto de atención primaria, profundizando en los estereotipos que se sostienen de parte del personal de salud con énfasis en los estereotipos de género. Para finalizar expondré el análisis de los usos del concepto de cultura implicados en el proceso de atención de usuarias migradas peruanas y cómo inciden en la comprensión de la interculturalidad en salud.

I. Contextos y procesos locales de atención.

Dando inicio a este apartado y para contextualizar el espacio de atención, compartiré algunos relatos que escribí para sistematizar las notas de campo, fruto de la observación e interacción en los centros de salud, domicilios y espacios de trabajo de mujeres migradas, realizadas entre septiembre y noviembre de 2014. Estos fragmentos pueden operar como puntos de entrada a las experiencias de usuarias migradas y funcionarios/as de salud y ejemplificar varios fenómenos que abordaré más adelante. Le invito a tomarlas como un aterrizaje; eso constituyó para mí.

26 de septiembre, centro de salud 1.

*Son las 10 de la mañana e ingreso al Centro de salud 1, el flujo de gente es constante. En los pasillos hay personas sentadas esperando para ser atendidas; funcionarios/as de salud recorren los pasillos trayendo y llevando materiales y pacientes. Le pregunto a una secretaria en el mesón del sector X si puedo ver a una de las funcionarias con la que acordé una cita. Me dice que la funcionaria Z no se encuentra en ese momento y que vaya a preguntar a una colega suya que está en otro pasillo en el box Y. Me acerco al box, no sé si tocar la puerta o esperar que en algún momento salga la persona que busco. Hay dos personas más sentadas afuera de esta sala. Les pregunto si esperan también a la funcionaria Z; me responden que sí y me señalan, como una advertencia, que no vaya a tocar la puerta, que las funcionarias se enojan. Por el acento reconozco que no son chilenas y les pregunto de dónde son. Me dicen que son colombianas y, agregan explicándome, que ellas **“ya aprendieron como era el sistema”**.*

29 de septiembre, centro de salud 1.

Son las 10.30 am. Estoy en una de las salas de espera del Centro de salud 1. Llevo ya unos 40 minutos alternando entre estar sentada y dando vueltas por los pasillos del centro. Hay una persona cerca de mí con su hijo de unos cuatro años con carita de enfermo. Cuando me siento más cerca y escucho cómo hablan, me percato que son peruanos. Entonces pongo atención a

la conversación: la mamá, muy preocupada, le está dando instrucciones a su hijo para cuando les toque pasar al box. El niño tiene fiebre, se siente decaído y, de hecho, está echado en la silla. Escucha con dificultad lo que su madre quiere decirle y a penas asiente. La mamá continúa visiblemente preocupada porque, al parecer, llevan un buen tiempo esperando y le dice al niño: “cuando pasemos donde la doctora tienes que decirle a ella todo lo que sientes, ¿ya? **Tienes que decirle todo lo que te duele: que te sientes con calor, que te duele la guatita –no la panza-. Dile que te duele la guatita porque así le vas a caer mejor a la doctora**”.

7 de octubre, Centro de Salud 2

Me invitaron a la reunión de equipo de la estación, a las tres de la tarde. Me explicaron que todos los miércoles cierran a las 14:30 para poder realizar esta reunión donde se encuentra el personal de salud. Estamos sentados en círculo, el ambiente es muy agradable, somos unas diez personas. La jefa lee la tabla y me presenta al equipo. Me pide que comente el motivo de mi presencia, lo que necesito y en qué me pueden ayudar. Les cuento brevemente de qué se trata esta investigación, que estaré dando vueltas por el Centro de Salud un par de meses y que me gustaría hacer entrevistas para saber cuál ha sido su experiencia atendiendo población inmigrante. Noto que me escuchan con interés. Entonces pregunto “¿hay alguno o alguna que quiera particularmente realizar la entrevista?” Algunos levantan la mano; otros gritan un alegre “¡¡¡yo!!!” Me asombran las ganas que tienen de participar, de hecho, en seguida comienzan a darme sus horarios de trabajo para que podamos acordar fechas. Participo de la reunión en silencio, escuchando atentamente, me llaman la atención varios puntos: discuten que el recién inaugurado call center es una entrada democrática a la población, que los doctores no deben estar en la cúspide de la jerarquía de los centros de salud, que la comunidad no está preparada para decidir, sin embargo, es un paso el que no haya cola para atenderse, de alguna manera dignifica a las personas que requieren salud. Se leen las metas y los porcentajes que muestran cuánto se lleva cumplido a la fecha. Hablan de la población validada por FONASA para el Centro de Salud y que “**la realidad es otra**”, es decir, no se corresponde la asignación económica con la cantidad de usuarios/as que atienden. Exponen y conversan varios casos de personas con situaciones socioeconómicas complejas, y cómo les pueden ayudar al mismo tiempo que toman medidas para resguardar al centro (usuarios con familiares que tienen niveles de agresividad importantes y que, en el pasado, han golpeado a funcionarios/as).

9 de octubre, Centro de salud 1

11.00 am. Hace ya unas horas que estoy recorriendo los pasillos del centro de salud. Me detengo a escuchar las conversaciones; en un pasillo hay tres personas riéndose a viva voz, son chilenos, un par de señoras y un hombre adulto mayor. Me doy cuenta que están hablando de las extranjeras. Pasan mujeres jóvenes, posiblemente peruanas, colombianas, dominicanas. Uno de ellos levanta más la voz diciendo: “**por eso es que me gusta este país, ¿te dai cuenta, cada bicho que hay aquí?**”, su frase cargada de ironía hace reír estrepitosamente al resto de las personas que se encuentran en la sala. Es imposible que las muchachas con sus coches o cargando en brazos a sus bebés no se hayan percatado. Bajan la cabeza, intentan hacerse las desentendidas, pero la burla se respira en el aire.

14 de octubre, Centro de salud 2

*En una conversación informal una de las funcionarias de salud me comenta que le gusta mucho su trabajo, que lo siente como un desafío para desarrollar la salud pública y la prevención con la población, que hay un buen equipo que trabaja unido, con las mismas metas, al menos en este centro de salud, que le gusta trabajar con inmigrantes. Le pregunto: “¿y qué te dicen los colegas, de otros centros?”, “ufff” responde... “me dicen, **¿pero, cómo puedes trabajar ahí?**”*

18 de octubre, calle Andes, comuna de Santiago.

Estuve una hora y veinte minutos con Raquel, de ese tiempo al menos la mitad ella estuvo llorando. No sólo apenada o afligida, llorando con fuerza, con dolor, con muchas muchas lágrimas y sollozos descontrolados a los que no supe cómo responder. Estábamos en su pieza, una de las 15 piezas que son arrendadas en una casa vieja y destaralada. Raquel vive con su hijo Luis, de 5 años. El niño está jugando con otros niños y niñas del cité afuera.

*A Raquel la encontré en la sala de espera del Centro de salud 2. Esperaba que el médico la examinara, no se sentía bien. Me dijo que quizás había comido algo descompuesto, se notaba que estaba triste. Cuando fui a su casa días después me dijo que en realidad tenía mucha pena y esperaba que el doctor le diera algún calmante “para que no se dé cuenta el niño”. Ella vino a Chile hace 7 años, empezó a salir con un chileno, se supone que se iban a casar, ella volvió a Perú a contarle a su familia la noticia, él se quedó con los ahorros para el casamiento. Mientras estaba en Perú supo que estaba embarazada, llamó a su pareja para contarle la noticia pero extrañamente, nadie respondía al número. Nunca le contestó, estaba casado, tenía dos hijos. Ella regresó después cuando el niño tenía un año, para demandarlo por la pensión alimenticia, el niño tiene problemas psicomotores, me cuenta. Aunque están tramitándose los papeles en el juzgado, a ella no le renovaron la visa, en estos momentos quedó indocumentada, por lo mismo perdió el trabajo durante esta semana. Cuando está un poco más calmada, en parte por curiosidad personal y por asombro, le pregunto si vale la pena estar en Chile, si no piensa regresar. “Sí, aunque yo no tenga qué comer, porque el niño sí tiene sus medicinas, su terapeuta... en Perú todo eso es pagado. **La salud de mi hijo está primero que toda la humillación que yo pueda pasar**”.*

8 de noviembre, calle Huérfanos, comuna de Santiago.

Acabo de almorzar con Marina. Me senté en el banquito de una plaza para tomar un respiro. La historia de Marina podría servir para una novela o una película. A ella también la abandonaron embarazada, pero fue su esposo quien se escapó a Perú con los ahorros dejándola literalmente en la calle. El motivo por el cual Marina y su esposo vinieron a Chile fue porque su hijo murió a las dos semanas de haber nacido –producto de malas prácticas médicas desde el embarazo hasta el parto-, ella no podía soportar la compasión de amigos y familiares y decidió comenzar una nueva vida en otro país, su esposo la siguió. Tenía 5 meses de embarazo cuando empezó a vivir en la calle hasta que una semana después llegó a una hospedería en Maipú, las demás mujeres eran drogadictas o alcohólicas, todas chilenas. Como ella era educada (terminó la secundaria con altas calificaciones, pero no le alcanzó el dinero para la universidad, quería ser enfermera) la trataban mal, también por ser peruana. Tuvo a su hijo en el Hospital San Borja, nadie la acompañó, no tenía ropa para el bebé ni para cambiarse ella, una funcionaria

encargada de ayudar a las puérperas con su aseo personal le enrostró **“¿No se supone que vienen a trabajar, cómo va a ser que no tengas ni para comprarle ropa a tu hijo?, sácate la bata, ¿o crees que eso es tuyo?, ¡no!, eso es del hospital”** y comenzó a desnudarla, pero las demás mujeres la defendieron y la persona se fue. Ella no dijo nada porque pensó que sería peor el trato, además, todas las otras personas la habían tratado muy bien, era “poco”. Meses después Marina decide enviar a su hijo a Perú, a que viva con su madre, y ella quedarse a trabajar para mantener a ambos. Cuando habla de la separación le tirita la voz, **“Emocionalmente fue bastante difícil, tenía que pensarlo porque me dio pena, era muy chiquitito... pero mi mamá me decía “no hija, tienes que elegir”, si me costó llevarlo, si el pasaje, el primer pasaje que saque lo perdí... ahorré cuatro meses para comprar ese pasaje y cuando llegó el día no me atreví, no subí al bus, y a la segunda mi mamá me dijo “tienes que ser fuerte hija y salir, y tienes que aprovechar que yo te estoy apoyando” me dice “porque a mí nadie me apoyó, no pude salir adelante, pero tú tienes a mí que te apoyo por mientras aprovecha y sale adelante tú”**. Cuando el niño tiene 2 años Marina regresa a verlo, se da cuenta que algo no anda bien, lo lleva al médico, el niño –según los especialistas- tiene autismo. Inicia una procesión por hospitales, la gente e incluso el personal de salud no sabe cómo tratarlo, lo miran mal, le dicen que vaya **“al privado”** (sistema de salud privado), además ¡es chileno! Ella decide volver a Santiago, recordando su experiencia de parto que fue técnicamente impecable en comparación a la negligencia que vivió en su país, después de algunos años le dicen que su hijo no es autista, **“es Asperger, me dijeron hace poquito... no sé bien qué es aún, pero me dijeron que era mejor que lo otro”**, ella trabaja por horas haciendo aseo para poder calzar su horario con el del niño que está en un jardín para niños con necesidades especiales, está feliz porque lo tratan bien, el niño ha mejorado y se ve contento, **“éste es su país, el país de mi hijo... y el mío también”**.

6 de octubre, Centro de salud 1.

Cuando por fin logro acceder al Centro de salud 1 me pregunto cómo voy a reconocer a las migradas peruanas. Me parece triste y violento caer en el estereotipo fenotípico y a todos los que tienen **“rasgos andinos”**, preguntarles por su nacionalidad. Decido entonces intentar hacer una observación paciente de las personas y, sobre todo, escuchar sus conversaciones; escuchar cómo hablan y, a través de su acento, cerciorarme de su proveniencia. Una mujer sentada en una sala de espera habla por su celular, le dice a su jefa que no va a poder llegar durante la mañana, que se atrasó en el consultorio. Es peruana, la reconozco por la voz. Entonces me acerco a ella y la saludo **“hola, ¿usted es inmigrante?”**. Ella me mira un poco molesta y me dice **“soy peruana, pero no soy inmigrante”**. Me quedo un momento pensando qué puede significar esta frase. Y le devuelvo **“¿por qué?, ¿qué significa para usted ser inmigrante?”**, **“Porque para mí, ser inmigrante, es no ser nadie; no tener nada.”**. Así comienza una conversación sobre diez años de estadía en Chile y cómo esta persona ha conseguido estabilidad laboral, residencial y económica. (Verónica, 32 años, comerciante)

“Soy peruana, pero no soy inmigrante” me parece clave de una cuestión que quiero resaltar como telón de fondo de esta investigación: la condición de migrada equivalente a un atributo, algo impuesto, a la manera en que lo entienden varios investigadores del fenómeno migratorio (Stefoni, 2003; Delgado, 2007; Avaria, 2012; Tijoux, 2011). Las mujeres migradas perciben su condición de “inmigrantes” como una etiqueta que, un día, gracias al trabajo y esfuerzo, podrán quitarse de encima y pasar a ser ciudadanas, como dice Verónica: *como cualquier otra persona*. Resuena el eco de Sayad (2010), cuando afirma que ser inmigrante es estar doblemente ausente: cuando intentan regresar (tal como me lo contó esta mujer) el país añorado los rechaza por considerarlos poco patriotas, por haber traicionado la fe que toda persona debe depositar en su nación, emigrando, buscando en otro país aquello que la propia no pudo darles. Pero en el país de llegada tampoco tienen un espacio, son de otro lugar, son extraños, según la expresión de esta mujer: *no son nada, no son nadie*.

En los relatos mostrados anteriormente se destaca la experiencia de las usuarias migradas, en sus historias están presentes el dolor, la incertidumbre, la discriminación. Pero también sus sueños y el valor que le dan a la atención de salud en nuestro país. En este apartado organicé el análisis entrelazando las miradas de usuarias migradas y funcionarios/as de salud, pues me parece que el proceso de atención tiene a estos dos actores como protagonistas y un contexto particular que se dan *en la relación*, la cual no debemos perder de vista si el objetivo es comprender el fenómeno.

En este capítulo desarrollaré el contexto donde se sitúa el proceso de atención caracterizando los dos centros que se abordaron para este estudio. Entre ambos hay diferencias cruciales que hacen al proceso y a la percepción del fenómeno de la migración sobre todo desde el punto de vista del personal de salud. Al hablar de los prestadores de salud tendríamos que hacer referencia a un campo amplio, heterogéneo por sus actores, integrantes de un sistema médico llamado biomedicina o medicina occidental, que se impone —de acuerdo con Menéndez (1994)— como un MMH (modelo médico hegemónico) en la mayoría, si no en todos los países occidentales. La heterogeneidad de actores en este campo se explica tanto por sus distintas formaciones académicas y competencias técnicas como por el sexo, edad, jerarquía, antigüedad en el puesto de trabajo, lugar de origen, historia de vida y por otras características que no siempre se encuentran explícitas. Este conjunto de caracteres manifiesta la diversidad que puede encontrarse entre ellos/as y que aporta elementos distintivos en sus relaciones con los usuarios y usuarias.

En el transcurso del trabajo de campo fue visible el enfrentamiento entre dos modelos locales de atención, las diferencias estriban en cuestiones de tipo estructural como describiré más adelante, pero también en diversas nociones respecto del objetivo y foco del propio trabajo por parte de los equipos de atención. En estos contextos locales es donde se despliega la biomedicina. Si bien este sistema médico se sostiene en un modelo normativo definido en la observación etnográfica podemos apreciar culturas organizacionales particulares, donde las directrices son reapropiadas por parte de sus actores, lo que nos podría llevar incluso a cuestionar el carácter inflexible y estático de la biomedicina/ciencia y comprender mejor cómo las “creencias” forman parte del quehacer biomédico. La biomedicina, entonces, actuaría como un marco operativo mediado por culturas organizacionales particulares, dentro de las cuales las praxis difieren.

En el caso de los y las funcionarios/as que formaron parte de esta investigación, al narrar su experiencia laboral señalan que hicieron una opción para trabajar en salud pública y en atención primaria. Esta preferencia estaría motivada en la asociación con este espacio como un lugar de creatividad para el ejercicio de sus profesiones y de cercanía con las personas. Se concibe a la salud pública como un punto de promoción de la salud y de cuidado de procesos naturales que viven los sujetos, como la gestación, el puerperio, la primera infancia, y la vejez. Se trata de un territorio donde se privilegia la proactividad y el bien común; además de tener un marcado tinte social al realizar las prestaciones de salud a los sectores más excluidos de la sociedad. El lugar que tiene el funcionario público de salud es un lugar de responsabilidad no sólo con el desempeño laboral sino con la sociedad en general.

La mayoría de los y las entrevistadas estudiaron en universidades públicas, situación que piensan clave en la formación respecto a la ciudadanía y el rol de sus profesiones en la salud pública, sobre todo considerando la disparidad de salarios en el ámbito público versus el privado. De hecho, sólo 2 de 11 informantes han desempeñado funciones en el sector privado, y en esas ocasiones lo hicieron sin la perspectiva de permanecer ahí.

*“Mi experiencia (es) que los médicos que deciden este tipo de trabajo y que permanecen en el tiempo, tienen una mirada con un contenido social (...) Pero la gente prefiere acá porque le toma cariño, porque en el fondo se da cuenta de que es algo que uno puede ayudar a construir. O sea, uno puede ser un aporte, si lo hace, digamos, por los canales adecuados, puede aportar. O sea, **en el fondo uno se siente, todavía, que esto es de uno. Que uno lo construye en el día a día...** Sí ocurre que hay pocos espacios. Y eso igual va frustrando, y los médicos al final terminan yéndose.”* (Carlos, funcionario Centro de Salud 2)

En adelante abordaré las diferencias entre centros de salud. Es importante recalcar que estas diferencias se mantendrán en el resto del análisis, al final del capítulo las esquematicé para que no se pierdan de vista, pues constituyen el contexto base de este análisis. Los equipos médicos se han mantenido bastante estables en el tiempo, pero en el caso del centro 2 esto ha devenido en la construcción de una armonía que se construye en el funcionamiento del equipo, este modelo de trabajo tiene diferencias con el modo de funcionar en el centro 1, donde la cohesión está dada por la estructura del sistema de salud pero no se visualiza un trabajo mancomunado.

Esto se evidenció particularmente al establecer los objetivos de trabajo para cada centro y cada profesional, en el centro 1 había metas personales en relación a la atención de la población migrada: para el personal de salud que trabaja en el centro 1 hay una percepción generalizada de desorden o falta de norte –como equipo- en relación a las usuarias migradas y el rango de respuestas se abre hasta considerar la atención a las usuarias migradas como un favor, aunque sólo una persona de once opinó de esta manera:

*“O sea, para mí sí hay que atenderlas, claro que sí. Entonces sí que trabajen, que paguen sus impuestos como corresponde, pero el embarazo lo paga el Estado, el parto lo paga el Estado, **eso para mí es un favor que se les hace**, que no debería ser así. Si no tienen dinero para costear su salud no deberíamos atenderlas”* (Amelia, funcionaria Centro de Salud 1.)

No así en el centro 2, en el cual existe un discurso común, y sienten que brindar esta atención es parte de su identidad como prestadores de salud. En este centro se consolida un trabajo de equipo donde se concibe la atención de salud como un derecho de las personas migradas,

*“Por eso mismo te lo planteo, porque en este lugar, **en esta comuna, están situadas de una manera que es muy natural, el deber ser de todo centro de salud, sin embargo en otros centros no es así la atención, y no todos los funcionarios tienen tan claro que se deba atender, ni cómo se debe atender...**”* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 2)

*“Yo creo que todas las personas de todo el mundo, que trabajan en salud, **tienen que atender a personas, no a situaciones ni a personas de cierto lugar o de cierta categoría**”.* (Carla, funcionaria Centro de Salud 2.)

Con esto no quisiera marcar un polo positivo/negativo entre los centros, hay distancias estructurales entre ambos establecimientos, por ejemplo el nivel de complejidad debido a la cantidad de funcionarios en el centro de salud 1 es mucho mayor. Sin embargo, sí se puede apreciar que existe una distancia en la manera de comprender el quehacer sanitario, como señala Carla.

En cuanto a la población que atienden, el centro 1 atiende cinco veces más usuarios/as que el centro 2. En un espacio reducido como el centro 2 (es sólo una casa refaccionada) es imposible no encontrarse y convivir, sin embargo lo que podría ser una desventaja estructural se ha convertido en un aliado para desarrollar un trabajo mancomunado, con un sello particular: reuniones semanales, revisiones de los casos, toma de medidas en conjunto, buena comunicación, compromiso con las personas y sus situaciones particulares. Este contexto marca una diferencia importante entre ambos centros.

Estas diferencias tienen más consecuencias a nivel de los equipos de funcionarios (como se perciben a sí mismos) que la percepción y evaluación que hacen las migradas de la atención de salud, en términos de su eficacia y el trato recibido. Por otra parte, las usuarias no perciben diferencias en cuanto a la calidad de la atención en ambos centros. La noción de calidad puede ser muy compleja, pero desde el punto de vista de las mujeres migradas se relaciona sobre todo con la eficacia técnica y en un lugar muy secundario, que pareciera de hecho no relacionarse con esta esfera, con el trato que reciben de parte del personal de salud, en el capítulo de atención ahondaremos en este tema.

Un antecedente clave para comprender el contexto en que se da la atención es considerar que de 12 entrevistadas sólo una acudió al centro de salud previo a estar embarazada, es decir, por un motivo distinto al embarazo como origen de la relación con la salud pública chilena. A gran parte de las entrevistadas las encontré en control gestacional o control de niño sano. Por esto, un tema clave que abordaré más adelante es la construcción de estereotipos de género hacia las mujeres migradas, como punto específico donde se juega la atención de salud de las mujeres.

Esquematisando las diferencias entre ambos centros:

CENTRO DE SALUD 1	CENTRO DE SALUD 2
FUNCIONARIOS/AS	
Atiende un volumen de población de alrededor de 32 mil habitantes Multiplicidad de discursos y perspectivas Metas distintas para cada entrevistado/a No todos los funcionarios se conocen entre sí Relación conflictiva entre usuarios/as nacionales / extranjeros/as	Atiende alrededor de 6 mil habitantes Discurso más unificado Metas personales comunes Reuniones periódicas, todos se conocen. Relación entre usuarios/as nacionales / extranjeros/as más respetuosa
MIGRADAS	
Evalúan positivamente la atención (satisfacción usuaria: trato y eficacia) Se sienten incómodas en el Centro de Salud respecto a los demás usuarios/as no migrados/as	Evalúan positivamente la atención (satisfacción usuaria: trato y eficacia) Se sienten cómodas en el Centro de Salud respecto a los demás usuarios/as no migrados/as

A continuación pasaré a caracterizar y analizar el modelo de atención que opera en estos dos centros de salud y veremos cómo se lleva a la práctica el modelo médico hegemónico, -la biomedicina- en estos espacios acotados de atención donde existen culturas organizacionales particulares. Cabe señalar que la biomedicina, tal como la entiende la antropología médica, conforma un modelo, es decir, una estructura ideológica, un ideal que, bajado a contextos específicos, puede tener pequeñas o grandes diferencias con éste.

El proceso de atención de salud.

La atención de salud sobre la cual se enfoca este análisis forma parte de las acciones médicas que se enmarcan en el sistema biomédico. Como tal, se trata de un tipo específico de atención de salud, caracterizada por el énfasis en el biologismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas e inclinación a tecnocratizar la atención (Menéndez, 2003)- esto como parte del ideal que hemos esbozado anteriormente, por lo tanto, no quiere decir que en un contexto específico vamos a encontrar en la práctica cada una de estas características, ni que se encuentren tal como se describen en la teoría, pueden tener variantes. De los rasgos del sistema biomédico identificadas por Menéndez nos interesa desarrollar aquí la relación entre equipos de salud y usuarios/as. En el sistema biomédico esta relación se ha descrito como asimétrica y subordinada. Veremos cómo se despliega en estos dos centros de salud, donde, de partida, nos enfrentamos al modelo de salud familiar en la atención primaria, una variante que proviene de la rama más humanista del quehacer biomédico y que pone el acento en las comunidades y la prevención y promoción de la salud.

Es relevante señalar que las características de las que hablamos son propias del modelo de atención en la biomedicina, y no son exclusivas de la atención a personas migradas. Discernir la frontera entre lo que se da sólo en el ámbito de la relación con usuarias migradas es complejo, se asume entonces que en la mayoría de los casos las acciones que conferimos a los y las funcionarios/as en relación a las migradas pueden darse (y se dan) también con las usuarias chilenas, por ende estas conductas son extensibles a todos/as los/as usuarios/as y no son específicas de la atención a migrados/as. No obstante, si bien hay acciones comunes es posible identificar diferencias.

Una tendencia importante en la biomedicina es despersonalizar a los usuarios y usuarias, concibiéndolos como pacientes-objetos y despojándolos de su carácter de personas partícipes y protagonistas de la atención: en la jerarquía que se establece fruto de este modelo, el personal médico se encuentra en la cúspide de la pirámide pues es él quien posee los conocimientos técnicos para realizar la atención. En los relatos de usuarias y funcionarios/as se vislumbran dificultades asociadas a la manera instalada en el sistema para dar atención: mecánica, fría, poco empática. Sin embargo, se reconoce en una buena parte de los y las funcionarias entrevistados/as un esfuerzo consciente por superar este modelo. Con todo, este esfuerzo no impide que exista este tipo de atención, como tampoco impida que dentro de la cultura organizacional de cada equipo se logre romper el esquema de lo que es el modelo tecnocrático de atención.

En ambos centros de salud los funcionarios y funcionarias señalan que no hacen diferencia alguna en la relación que establecen con usuarias peruanas. Esta afirmación tiene algunos matices importantes, veamos, en el centro de salud 1 se trata de una aseveración personal:

“Bueno, yo hablo por mí no más, porque los demás no sé, no sé cómo actuarán, pero de mi parte no hay discriminación, si eso es lo que me preguntas. ¿Un trato distinto, me dijiste? Claro, no, no, eso no lo hago, a todos se les trata igual” (Josefina, funcionaria Centro de Salud 1)

Mientras en el centro de salud 2 es una convicción colectiva, que se traduce en la importancia que se le asigna a cada rol y función dentro del equipo.

*“Yo creo que este equipo tiene cierta madurez como trabajo de equipo y una estabilidad también. (...) **Para nosotros, yo te decía, no es un tema que la persona sea inmigrante.** Ahora, claro, la segunda parte por la discriminación o el choque de entrada, eso por lo menos acá no pasa, no pasa porque las niñas del SOME, las chiquillas del SOME que son como la puerta de entrada al centro de salud y tienen un rol súper importante también para nosotros, ellas también están súper claras en esto. Porque de repente no sacan nada con tener a todos los profesionales que atienden encerrados así súper concientizados si la persona que a lo mejor... uno, todos los roles aquí en el equipo son importantes. **Aquí no es que el médico sea el más importante, son todos importantes, porque es un trabajo de equipo.** Y los técnicos paramédicos que además cumplen la función de SOME, o sea, también. Que ellos son la puerta de entrada, entonces han ido aprendiendo y **nos hemos ido liberando también todos de ciertos prejuicios, del desconocimiento, de ideas que teníamos que tal vez no eran cercanas a la realidad**”* (Hilda, funcionaria Centro de Salud 2).

Esta distancia en el modo de comprender el fenómeno de la migración marca una pauta de acción como equipo de salud, que en el caso del centro de salud 2, lleva a una preocupación que tiene como foco no la atención en sí misma (su eficacia técnica) sino a la persona destinataria de esa atención, lo que los lleva a prescindir de las jerarquías establecidas en el sistema biomédico, no sólo entre usuarios/as sino también al interior de los equipos de salud:

Al preguntar específicamente por lo que sucede en el box nos encontramos con un discurso que distingue entre “discriminación” y “trato preferencial”. La vulnerabilidad socioeconómica que afecta a las migradas impresiona a los y las funcionarias de salud, de manera que empatizan con la situación de pobreza y carencias que éstas viven, esta situación mueve al personal de salud a hacer diferencias entre usuarias chilenas y migradas. En el centro de salud 2 están más colectivamente inclinados a otorgar un “trato preferencial” -como ellos/as mismos/as llaman- a las personas migradas. Se entiende entonces, que la discriminación podría actuar en un sentido negativo (fruto de la estereotipación de las personas migradas) o en un sentido positivo (como mecanismo para subsanar las distancias entre migradas y chilenos/s, a través del acoger sus particularidades y dificultades), esto se hace patente en sus discursos:

*“Pero también, yo noto que ha ocurrido lo que yo le decía, que de repente hay una migrante que tiene tres guagüitas, y no tiene idea de nada de qué hacer, **se le hace un trato preferencial por su calidad de inmigrante. Y que eso no es juzgado por esa persona.** Me impresiona a mí que no tendría sentido que los pacientes dijeran que tienen un trato especial por ser migrantes. (Camila, funcionaria Centro de Salud 2)*

*“Con ellos en algún momento yo he sido un poco más acogedor porque he visto que están solos, que vienen llegando de un país extranjero, y he sido como un poco más cálido al tenderle una mano. **He hecho algunas cosas con los inmigrantes, algunas cosas que probablemente con un chileno, asentado, no lo he hecho.**” (Carlos, funcionario Centro de Salud 2)*

*“Lo que pasa es que **yo trato de hacer como una discriminación, o sea como una, un sesgo entre un chileno y un peruano.** Tratar de entenderla como una manera más pareja posible para ambos. (...) De repente muchas veces la atención es como preguntar los síntomas no más. Tratarlos como una... un objeto y nada más po... que es muy triste” (Mariela, funcionaria Centro de Salud 1)*

Se indica entonces que algunos funcionarios/as reconocen entregar una atención distinta (pero en sentido positivo) a los y las migradas. Otro factor relevante en la atención se desprende de la visión de equipo, que en particular se da en el centro de salud 2. Los/as funcionarios/as relevan que constituye un requisito tácito para trabajar en este espacio el no ser un profesional xenófobo/a o discriminador/a, haciendo notar que éste no es el perfil del funcionario de salud y que el equipo no estaría de acuerdo en trabajar con una persona de estas características y generaría presiones para su salida, como lo hicieron en algún momento años atrás.

*“¿Sabes qué? **Cuando llegó esa persona e hizo esos comentarios, era totalmente discordante, no pegaba, no cuadraba. No sintonizaba.** Y mi impresión, es que hay una sintonía en los equipos de atención primaria, y que eso es excepcional. O sea, esa persona que llegó, fue una excepción. Y aquí justamente como tenemos una cultura, y con mucha gente, se notó mucho, se notó demasiado. Fue demasiado disonante. Probablemente en otro lugar, sería menos. **Pero hay una sintonía en los equipos en***

relación a los migrantes, por lo que yo he visto, en esta red al menos” (Camila, funcionaria Centro de Salud 2)

La acepción del término cultura empleada en la cita anterior da lugar a una reflexión sobre la existencia de subculturas de prácticas al interior de la biomedicina, y cómo ésta es reapropiada y moldeada en cada contexto en particular. Por otra parte, también se puede pensar lo chileno y lo peruano como subculturas dentro de una cultura latinoamericana, en ese caso, ¿qué tendríamos en común y en qué diferimos? Esta reflexión la retomaré más adelante a través de otros ejemplos que se dan en el contexto de atención de salud a mujeres migradas.

Respecto a lo que le sucede al personal de salud en su experiencia atendiendo a población migrada, la mayoría señala que constituye un enriquecimiento, debido a que deben aprender e integrar nuevo vocabulario, formas y tipos de alimentación, maneras de abordar situaciones de salud. Algunos/as señalan que esto puede tornar el trabajo más ameno, y constituir un desafío en el sentido positivo del término. Ninguno/a refiere experiencias negativas o que, atender migradas, sea un esfuerzo penoso. Sería extraño, de todas maneras, que alguien reconociera abiertamente tal situación.

Van Dongen y Van Dijk (2009) indican que las reglas y rituales del hospital, que están destinadas a ser iguales para todos los pacientes, funcionan en contra de las personas migradas. Apuntan que el personal médico mantiene conceptos en torno a los buenos y malos pacientes. Un buen paciente es quien no hace preguntas, se somete al régimen sin protestar y coopera. Los autores afirman entonces que los buenos pacientes son mayoritariamente personas nativas, mientras que los pacientes migrados son percibidos a veces como no colaboradores y “difíciles”. Esta tendencia a etiquetar a las usuarias la encontramos de forma más recurrente entre los/as funcionarios/as del centro de salud 1, aunque no es una apreciación generalizada. Los equipos, hasta donde pueden, se adaptan para cubrir las dificultades en la atención, extendiendo el horario, acomodando las horas que necesita el paciente con cierto especialista, etc. El revés de esta situación es que se percibe a las usuarias como “abusadoras” pues no cumplen con los compromisos: de horario (llegan atrasadas) de asistencia, etc., lo que a los ojos de funcionarios y funcionarias da cuenta de la poca preocupación que ellas tienen respecto a su salud, y en un polo más comprensivo, respecto a las dificultades insorteables que muchas veces se les ponen en los trabajos.

Según los/as funcionarios/as, las mujeres migradas peruanas tienen una capacidad de adaptación más alta que otras migradas (colombianas, por ejemplo), la “docilidad” con que suelen responder a la atención de salud es una característica que la mayor parte de funcionarios/as señala como un rasgo positivo.

Varios/as profesionales señalaron que las relaciones que estas usuarias establecen con el personal de salud es menos asimétrico que el establecido por las usuarias chilenas, sobre todo con los y las médicos. Esto se manifiesta en la insistencia al querer resolver dudas, el preguntar e inquirir hasta cuando se sientan satisfechas o hayan comprendido indicaciones y motivos, a diferencia de las usuarias chilenas que, en general, asienten y luego le preguntan a otros/as funcionarios/as sobre “lo que me dijo el doctor”. Esto tiene consecuencias en el trato que se establece con las usuarias migradas:

*“Es más fluido, (la relación) pero también viene el impacto también en nosotros, porque **nosotros estamos acostumbrados, por formación, a que nosotros somos la autoridad**, que nosotros somos los que hacemos y deshacemos, y hay un orden que tiene que cumplirse. Pero **ellos aparecen de alguna manera empoderándose: “no, sabe que ése medicamento me hace mal”. O “¿será eso lo que yo tengo realmente, doctor?”** (Roberto, funcionario Centro de Salud 2).*

Las migradas hacen muchas veces de espejo frente a conductas y razonamientos que, por cotidianos, parecen naturales y no se cuestionan. Con esto decimos que las migradas, justamente por venir de otro contexto sanitario, muchas veces preguntan el porqué de una determinada regla o simplemente hacen preguntas respecto de cuestiones que nosotros damos por sentadas. Esto no siempre se hace en un sentido negativo, como una crítica al sistema, sino también como una diferencia positiva. A decir de varios/as funcionarios/as entrevistados/as, normas y derechos que se cree tienen un valor menor, desde la perspectiva de ellas son cruciales para la subsistencia: la entrega de leche en la primera infancia, el ajuar, la posibilidad de acceder a exámenes, etc. Del otro lado, las migradas corroboran esta información y afirman que son vitales para ellas. Incluso varias se encuentran en el país debido a la atención de salud.

Desde la perspectiva de las migradas, el trato en los centros de salud estudiados se evalúa positivamente, si bien expresan el deseo de que la atención sea más empática y no tan formal, (haciendo una crítica solapada al modelo tecnocrático de atención) la mayor parte de las entrevistadas afirma sentirse satisfecha con la calidad de la atención. Esto porque ubican la calidad en el eje técnico de eficacia de los procedimientos y tratamientos, el cual en comparación a su contexto de origen es visto como muy superior en nuestro país. Sin embargo al ahondar en ello y pedirles que comenten sus experiencias con el personal de salud se evidencia el uso de estrategias para enfrentar la atención, y con ello, tener un resultado positivo, pues de otra manera hay dificultades que inciden negativamente en su atención, como trato hostil y discriminatorio.

Una de estas estrategias es el preguntar todo aquello que no les queda claro y así evitar malentendidos. Otra estrategia que utilizan es ser intencionadamente amables, más de lo normal, para que el o la profesional de salud los considere en forma positiva. Esto se confirma por parte de los funcionarios/as, ya que afirman sentir cierto cansancio o desidia, pues para el funcionario o funcionaria la atención a una usuaria migrada conlleva más tiempo y esfuerzo de lo habitual, lo que desemboca en un trato más áspero, despersonalizante y lejano, situación que es percibida por las usuarias:

*“Sí, creo que uno necesita más preocupación, que después sí la hubo, pero los primeros meses (del embarazo) no, no era así. Era como déspota. Era como **“ah, ya, otra vez otra peruana”**, pero después como que, yo trataba también de ser agradable, porque para que me haga la atención más agradable y todo. Y no, después se portó bien. Me dijo, me dijo **“tienes que ir al médico”**, porque mi hijo ya nació a las 42 semanas. Pero yo también, **le preguntaba siempre todo lo que no sabía**. (Jocelyn, usuaria Centro de Salud 1).*

A pesar de esto, como señalé, el trato es evaluado en forma positiva en los dos centros. Las migradas sostienen el supuesto de que en otros centros de salud el personal no tiene el mismo trato con ellas, esto ya que reportan haber tenido experiencias negativas o saber de ellas por sus mismas redes de compatriotas. Desde este punto de vista, la evaluación que las usuarias migradas hacen de la atención siempre debiera ser leída en su contexto, esto es, mujeres con

una situación socio-económica muy precaria, que han sufrido discriminación abierta en otros ámbitos de su cotidianeidad, que precisan con urgencia la prestación de salud. Todos estos factores conllevan a que su asimilación tenga pocos elementos críticos: en la balanza y comparando su situación con los espacios laborales, por ejemplo, la dimensión salud está siempre muy por encima.

Se podría plantear que la violencia simbólica, entendida como aquella que se establece en una relación social donde un sujeto ejerce un modo de violencia indirecta, no física, sobre otros, los cuales no la evidencian o son inconscientes de dichas prácticas en su contra por lo cual son "cómplices de la dominación a la que están sometidos" (Bourdieu, 2000) es cotidiana y se expresa por medio de la naturalización y normalización de este tipo de interacción, incluso llegando a minimizarla.

Es importante señalar que lo que ellas consideran malos tratos ha ido disminuyendo en los últimos años, según sus mismos testimonios, a pesar de seguir existiendo en mayor o menor medida. En el sistema biomédico, tal como señala Menéndez, (2003) el paciente, ignorante, no experto, debe ser sumiso, pasivo, obediente y paciente con las pruebas, exploración, medicamentos, citas y conclusiones que el médico prescriba. Esto es patente también en los relatos que hacen las usuarias migradas respecto a su atención, la siguiente es una cita sobre atención dental:

*“Entonces... a mí me decía la señorita, ‘ya, quédate quieta’ o ‘no, así no se hace’ y yo no sabía qué era lo que estaba haciendo mal, porque parece que yo lo estaba haciendo mal, seguramente... pero sí preguntaba me miraba como si fuera una loca, entonces... **mejor me quedaba así, calladita, quietecita, y entonces, yo me sentí mal, sentí angustia**, porque en el Perú no es así, o sea, te dan un algodón para morder, en cambio yo tenía toda la sangre en mi boca y la señorita que ayudaba al dentista no me ayudó con eso, con esa duda, y yo no quería esa angustia porque se la podía pasar a mi bebé” (Nuria, usuaria Centro de Salud 1).*

La violencia implícita en el trato a esta usuaria migrada, nos lleva a reflexionar sobre cómo las características que se adjudican a un “buen paciente” cuando se cruzan con los prejuicios que se hacen a las usuarias migradas, pueden conducir al peligro que se atienda a un estereotipo y no a una persona. Recordemos que un estereotipo aparece, según Maluwa, Aggleton y Parker (citados por Castro y Farmer, 2005) cuando se realiza una distinción o un conjunto de distinciones hacia una persona que resulta en el tratamiento injusto y negativo hacia ella por pertenecer o por percibirse que pertenece a un grupo particular.

La relación con los/as demás usuarios/as en la sala de espera en cambio, y reflejando su experiencia con la sociedad en general, es distinta. En lo habitual, afirman sentirse discriminadas por los/as chilenos/as, y sienten que ocupan un espacio que no les corresponde. La discriminación opera en forma de estereotipo derivada del estigma de ser migradas, como señala Goffman (1963), asociando a la migrada con características que dificultarían la atención y objetivando las diferencias en términos negativos y consecuentemente con ello generando la exclusión, como relaté en los primeros fragmentos de este apartado, a través de burlas, risas, desprecio y maltrato.

Salud sexual y salud reproductiva.

Un punto particular de atención sobre el cual es necesario profundizar, ya que al enfocarnos en la población femenina se juegan elementos claves, es la atención de salud sexual y salud reproductiva.

Una primera cuestión que salta a la vista es que la salud de la mujer se ve reducida a la esfera reproductiva. Si bien esto se da de manera transversal, es decir, con todas las mujeres usuarias del sistema, en el caso de las mujeres migradas tiene características especiales sostenidas, en gran parte, en el estereotipo de la mujer embarazada que a la vez es irresponsable respecto de su maternidad. La salud de las mujeres peruanas migradas se ve, en general, desligada de la salud en el ciclo vital, de manera integral, y se confina a la atención de la prevención y/o control del embarazo. Esto tiene varias aristas: las mujeres suelen llegar a la atención primaria con motivo de la gestación, pero también se evidencia desde el personal de salud la comprensión de la mujer *como* madre, asimilándola y sometiéndola a su rol reproductivo y de crianza y desde el sistema de salud, como barrera estructural que invisibiliza y obstaculiza la atención de salud de las personas migradas. Esta situación queda al descubierto cuando se aborda la discriminación y estereotipación de las que son blanco las mujeres peruanas y que profundizaremos más adelante. Así lo evidencia una funcionaria, criticando cómo opera el sistema de salud chileno:

*“Esto que el embarazo regio, tiene la guagua y todo y tiene una complicación post-parto. Queda sin cobertura. Porque en el fondo **es como el envase, o sea mientras estés gestando te atendemos, terminas y ya no.** Entonces por eso ya, se insta y nosotros somos bien catetes en eso de que hagan la modificación de sus papeles, porque el embarazo es una oportunidad, o sea, es más fácil... que puedan obtener sus documentos, eso sí”* (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2).

Sobre el cumplimiento de metas en la atención a gestantes, esto ha tenido una evolución favorable en el transcurso del tiempo. Hace diez años, cuando la población migrada comenzó a llegar en un número importante a atenderse a los centros de salud, los porcentajes de cumplimiento de la meta de ingreso a control gestacional antes del primer trimestre de embarazo bajaron considerablemente, pues las mujeres peruanas ingresaban de forma muy posterior, incluso en el octavo mes de embarazo, sin embargo desde el año 2013 los porcentajes de ingreso precoz a control gestacional se han cumplido en ambos centros. Esto debido a que existe mayor información tanto en los centros de salud como entre las migradas respecto a su derecho de atención, aunque no tengan cédula de identidad. Estos equipos, en particular, hacen todo lo posible y que está a su alcance (generan sobrecupos, agilizan los trámites legales) para atender a las mujeres migradas antes de las primeras 14 semanas de embarazo. Sobre este punto el personal de salud señala que ha logrado agenciarse una forma distinta de ser vistos, mucho más positiva, en el transcurso del tiempo:

*“Mira, ahora yo creo que lo ven distinto, o sea, se dan cuenta que... de hecho nosotros siento que nos hemos convertido tal vez, estoy hablando solo de la impresión que creo que tienen, no lo que..., **en un facilitador.** Pensando en las embarazadas o los niños, porque **ellos saben que viniendo acá, siendo niños o embarazadas, no van a tener problemas, que sí van a ser atendidos** ¿ya? Y por ejemplo en el caso de las embarazadas, que **la matrona les va a entregar un papel que dice que está***

embarazada y con eso va a poder sacar ella su carnet. Entonces es como un aliado entre comillas. Se apuran con los plazos, etc. (Camila, funcionaria Centro de Salud 2)

Por otro lado, señalan que tanto para las chilenas como las mujeres migradas hay expectativas sobre sus padecimientos y el tratamiento que se otorga, que no se cumplen y que dicen relación con la precariedad del sistema de salud: acceso rápido a especialistas, acceso un tiempo corto a exámenes y sus resultados, horas de atención disponibles, etc.

Uno de los ejes compartidos por los/as funcionarios/as es la adaptación del lenguaje utilizado para hacer efectiva una prestación de salud. Los términos clínicos se van adecuando a un lenguaje más concreto y/o universal. Lo principal, indican, *“es entenderse, es entender a la paciente”* (Tatiana, funcionaria Centro de salud 1) por eso, todos/as los/as funcionarios/as entrevistados/as señalan haber aprendido a manejar el léxico de las mujeres migradas peruanas: trusas (ropa interior), hincar (dolor punzante) son parte del vocabulario cotidiano en esta área. La dificultad que en general se da con las usuarias es que sigan las instrucciones del personal de salud como no dar agua a los bebés, no beber infusión de ciertas hierbas.

La diferencia, señalan, estriba en que la población chilena tiene más tiempo en este proceso de aprendizaje, además de *“más obediencia, muchas veces ciega con la medicina occidental”* (Claudia, funcionaria Centro de salud 1), situación que los/as funcionarios/as ven como un proceso que tiene consecuencias negativas debido por ejemplo al uso indiscriminado o más bien abuso de fármacos, al punto que si el médico no le receta medicamentos, no hizo prácticamente nada por aliviarlos/as. Esta situación deviene del proceso de *medicalización*, proceso en que parte de la vida cotidiana de las personas se vuelve competencia de la biomedicina.

En relación a las creencias más comunes que ven los funcionarios/as en la atención gineco-obstétrica con usuarias peruanas y que, al carecer de fundamento científico inciden negativamente en la salud de las mujeres migradas, el *coitus interruptus* como método anticonceptivo aparece en primer lugar. Este método, del cual está comprobada su baja o casi nula eficacia como anticonceptivo, es ampliamente utilizado, lo que podría explicar una buena parte de los embarazos no previstos en esta población. En este sentido las matronas realizan una labor educativa con las mujeres migradas, pero esta se da en la medida que se establece una relación entre usuaria y profesional donde el énfasis se encuentra en la particularidad de la usuaria, y el o la profesional sabe de antemano las características de ésta, ya sea por tener a su haber años de experiencia o por contar con una guía –informal- del equipo de salud de su centro y no como parte de un protocolo que trate la diferencia o peculiaridad de estas usuarias a nivel de profesionales del área y menos en relación a directrices ministeriales.

El machismo se hace visible en la opinión de los funcionarios/as, en diversas prácticas, como la “consulta” a la pareja por el tipo de método anticonceptivo que debieran utilizar, el bajo, casi nulo, uso de preservativos como método de protección frente a ITS, los embarazos para “darle hijos a la pareja” –aunque ellas ya tengan hijos/as- situación que llama mucho la atención de los/as funcionarios/as.

Un hecho que causa molestia entre los/as profesionales es la asistencia fluctuante a los controles de planificación familiar. En la mayor parte de los casos esto se da luego de que la usuaria migrada se ha atendido un parto en el sistema público de salud chileno. A las mujeres que entran en el programa se les provee de un método anticonceptivo a su elección. Entre las peruanas el preferido es el inyectable mensual (“ampolla” como les dicen ellas) a diferencia de

los anticonceptivos orales en las mujeres chilenas (ACO, “pastillas” como se les dice coloquialmente). El uso de anticonceptivos orales se releva, entre los/as profesionales de salud, como otra de las creencias erróneas de las migradas peruanas, que se establece en torno a las consecuencias que tendrían en las mujeres que los consumen. Dicha situación es algo que asombra y molesta.

*“La mayoría no usa pastillas, porque no hay caso que entiendan el uso del anticonceptivo. Ahí **con las pastillas tienen una creencia muy fija, muy fija, que les cambia el ánimo, que se ponen pesadas, histéricas, regañonas**; que tratan mal a los demás porque usan pastillas. Se quejan como del ánimo, que se ponen pesadas; no con que les disminuye el deseo sexual. Entonces, en general, quieren usar inyectables... inyectable es peruano. El método preferido. Con las colombianas, por ejemplo, el método preferido es implante”.* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 2).

Ya sea debido a los viajes a Perú o el trabajo, las mujeres acuden tardíamente a recoger el método anticonceptivo, escenario que entorpece el calendario de entrega, y a veces, no es posible tener el suministro para cuando ellas acuden, y que, evidentemente, puede alterar la efectividad en el uso del método. Por otro lado, al personal de salud le llama la atención el uso de este método anticonceptivo, incluso una de las entrevistadas puntualizó que se debería al “desorden” en que viven, y que les impediría llevar el control diario que implica su uso, como sí lo hacen las chilenas con los ACO. Una vez más, los prejuicios y estereotipos impiden problematizar las dificultades de las usuarias migradas y con ello, comprender las situaciones y buscar una resolución.

Aunque en general se evidencia una falta de problematización de estas situaciones, se han establecido algunos mecanismos provisorios para atender estas diferencias. Cuando se acerca el período estival algunas matronas les preguntan a las migradas si viajarán y les proveen suministros para más de un mes, si es posible de acuerdo al stock disponible. Estas medidas son de carácter informal, ideadas y ejecutadas por cada funcionaria, y no existe una acción tomada en conjunto para la población migrada en específico. En otros ámbitos, no sólo la atención de salud sexual y salud reproductiva, también se toman acuerdos informales al interior del equipo de salud de un centro que no son puestos por escrito, ni comunicadas a la Dirección de Salud o Ministerio de Salud. Por esto, entre otros factores, es complejo que los/as mismos/as funcionarios/as visualicen sus “aprendizajes” y el recorrido en torno al proceso de atención de usuarias migradas, pues no son reconocidos desde el nivel superior, ni se les considera como equipos que deban enfrentar una complejidad distinta a la habitual, lo que redundaría en la falta de espacios, tiempos y apoyo económico para generar medidas que puedan responder a las particularidades de las usuarias migradas en esta materia.

Desde las usuarias migradas, el uso de métodos anticonceptivos constituye un aprendizaje en nuestro país. En los relatos se evidencia cómo las tramas de significación van permeando las prácticas de las mujeres migradas y cómo ellas se ven inclinadas y en cierto sentido, presionadas al cambio, principalmente en el contexto donde su fuerza de trabajo es crucial para la consecución de sus metas. Luz relata cómo en el cambio de método fue que quedó embarazada:

*“Sí, yo traía de Perú para cuidarme... Yo siempre me cuidé con la inyección, de tres meses, esa que no te da regla, esa no ves regla. Ya, y este **yo me cuidé 18 años con esa (...)** pero cada vez que veía allá a mis amigas, como yo llevaba muchos años me decían, “Oye, que la regla, que la sangre se te sube al cerebro, que esto, que no, que*

cómo no vas a dar regla”. Entonces yo también me fui al médico el año pasado, a uno privado sí. Y me dice ‘con qué te estás cuidando’ con inyección, ‘Ya, no te cuides. Te has cuidado mucho tiempo con inyección, deja la inyección y cuídate con pastillas’. Y yo con pastillas no tenía la costumbre. No, no tenía. Yo pensaba que también era así, o sea, si yo no tomaba la pastilla lunes, martes miércoles ni jueves, y el viernes me podía tomar las cinco así, brumm, al porrazo. Y dije ya, ya estoy cuidada porque me tomé las cinco pastillas y en eso, un descuido, así nació el bebe. Así, con pastillas, con las pastillas anticonceptivas nació, quizás si yo hubiera ido a la matrona ella me hubiera explicado cómo funcionaba bien, no sé” (Luz, usuaria Centro de Salud 2).

Natalia comparte su preocupación por tener un método preventivo al llegar a Chile:

“¡Ah, claro!, yo fui a la posta saqué hora, ¡luché, ah! (...) Entonces, fui y le lloré, le dije a la matrona, saqué mi hora tempranito... como ya tenía esa advertencia de allá, fui - no quería tener tantos hijos como mi mamá; ha sufrido, ha sufrido mi mamá. Entonces, saqué hora, y la doctora, la matrona, no sé, ese día estaba de buen humor también y yo también tempranito la agarre y me dijo “ya hijita, te vamos a poner un método que está dando recién el gobierno pero como prueba no más”. Entonces me enseñó una hoja de impla- no, no, nunca había escuchado yo; y yo cuando conocía al norplant, conocía al te de cobre, a la pastilla, nunca de esas cositas que se ponen acá entonces me dijo “vienes tal día el miércoles y te voy a dar la hora y te pongo eso, vamos a probar en ti, pero duran cuatro años y yo no te lo voy a sacar - me dijo - si quieres tener hijos dentro de esos cuatro años, no te lo voy a sacar”, me dijo. Ya, le dije yo, yo estaba feliz, ya, leí la información, llegó ese día, comenté con mi esposo también, entonces me dijo que eso, que lo comente con alguien, que pregunte, que busque en internet o esto con el folleto también. (...)Y ya llegó el día y me lo puse. Y de ahí probé cuatro años (...) y yo estoy feliz, y eso no existe allá, además cuando conté me dijeron, cómo tanto tiempo que no vas a tener hijos, es que allá como que las mujeres estamos para eso, para tener hijos y no es así”. (Renata, usuaria Centro de Salud 1).

En este sentido, los embarazos en Chile constituyen hitos que obligan a las mujeres migradas a gestionar su maternidad y prevención. Todas las entrevistadas habían tomado alguna decisión al respecto luego de dar a luz: ligarse las trompas, empezar o retomar un método preventivo (la mayoría inyectables, implante y en último caso ACO). En el último relato también se aprecia cómo la persona se siente en lucha con el sistema y sus agentes, y sus esfuerzos por conseguir la atención los concibe como un triunfo fruto de su esfuerzo, este es un ejemplo patente de la violencia ejercida por el personal de salud que no puede negarse (ni siquiera como una amenaza) a prestar una atención de salud que es un derecho de la usuaria, como cambiar de método anticonceptivo cuando desee. La usuaria, al desconocer sus derechos y estar en una posición subordinada en el sistema no logra visualizar la violencia implícita en dicho trato y más aún lo avala y celebra.

Las dificultades en la atención de salud reflejan el problema de los equipos médicos para comprender y dialogar no sólo con nociones diversas de concebir la atención de salud, sino sobre todo de ser reflexivos respecto de las propias afirmaciones. Retomaré en el último capítulo las consecuencias de esta dificultad, por ahora diré que tiene relación con la tesis de la biomedicina como ciencia, en detrimento de cualquier otro modelo de atención (que en la visión de los practicantes del sistema constituye nada más que una creencia).

Por ejemplo, con respecto al uso preferencial de hierbas medicinales de parte de las migradas en vez de tomar medicamentos alopáticos (no lo hacen la mayoría de las usuarias peruanas pero sí un porcentaje mayor a lo que se ve entre la población nacional). Esta situación puede tomarse como un obstáculo o un facilitador por parte del profesional de salud. Cuando la medicina “natural” no contraviene el principio activo del fármaco o puede ser complementaria, no hay dificultad. Pero cuando su uso pudiera tener consecuencias negativas para la salud de la usuaria sí puede representar un problema serio, que desde el punto de vista del personal de salud es complejo abordar. Esa complejidad hace que invoquen también determinantes culturales en estos comportamientos, bajo el supuesto de lo arraigados que están entre las migradas. La dificultad es mayor porque no saben cómo enfrentarlas, ¿se debe intentar cambiarlas, respetarlas? ¿Y si le hace daño a las mujeres o sus hijos/as?:

*“A mí me ha pasado que me dicen: “es que mi mamá quiere que coma pura sopa de pollo”. Pero **es parte de su cultura** y le digo, “si es líquido, te hace bien para la producción de leche; así que si quieres comer sopa de pollo, come sopa de pollo” Pero claro, son cosas que cuesta cambiarlas, **y no tanto cambiarlas, uno tampoco las entiende. Y en realidad nadie ha venido así, en forma oficial, a explicarnos algo. Hemos aprendido sobre la marcha con los inmigrantes**”.* (Myriam, funcionaria Centro de Salud 1).

El punto es cómo comunicarse con la usuaria y decirle que su concepción de cómo mejorar su salud (que probablemente aprendió en su familia, en un entorno seguro) es diferente a la biomédica, o cómo comprender estas diferencias sin intentar, la mayor parte del tiempo, cambiarlas. Prácticas como la detección de fiebre en niños y niñas a través de un huevo, el diagnóstico de enfermedades por medio del sobamiento de un Cuy, también entran en esta dimensión “conflictiva”, un territorio desconocido para la biomedicina.

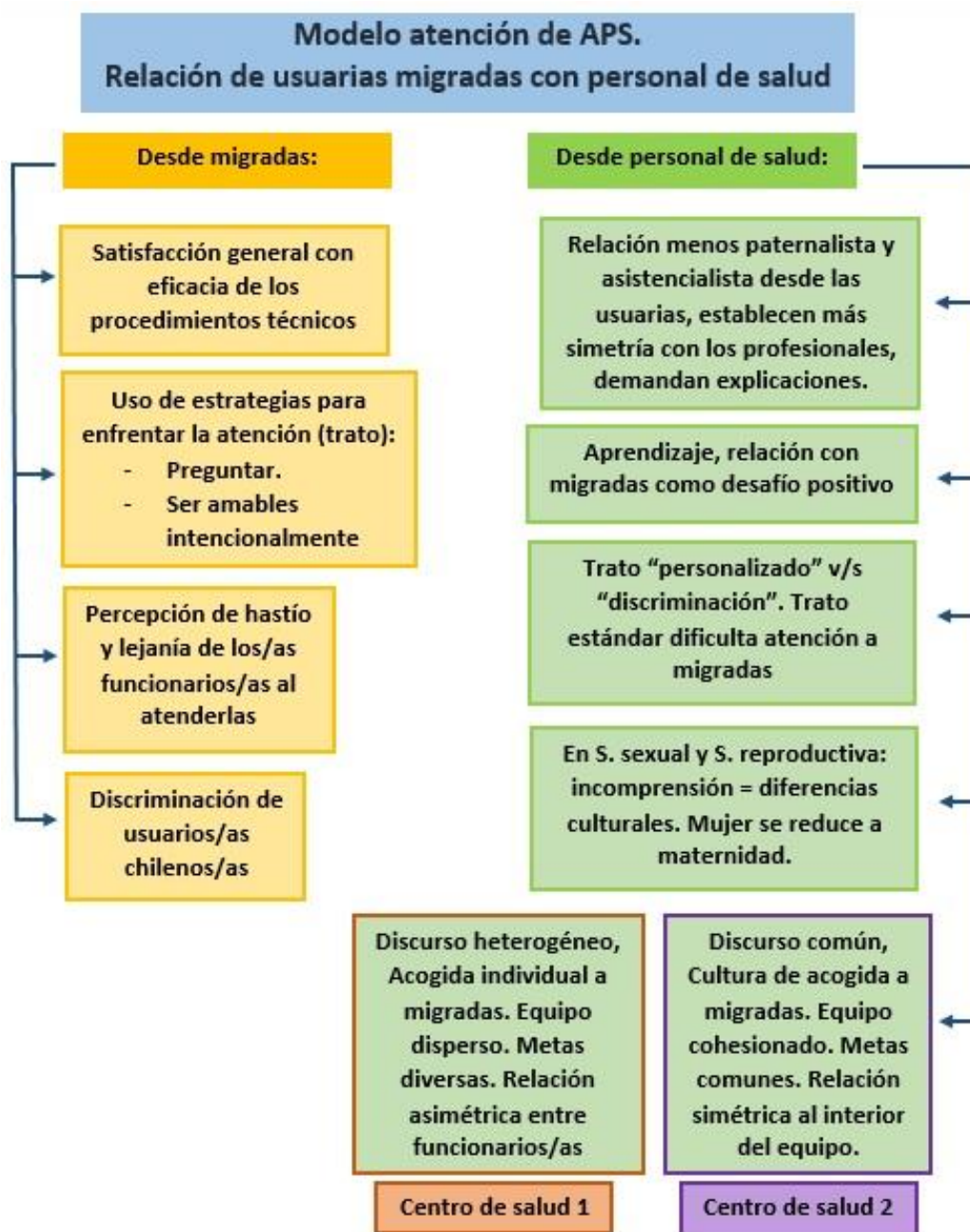
La cultura aparece como un concepto comodín que sirve para señalar aquello que no se entiende o que es muy complejo de abordar: más que el rechazo a estas costumbres lo que se evidencia es la falta de habilidad de dialogar con las diferencias, de comunicarse cuando las usuarias se salen de la norma de un usuario “tipo” o “estándar”.

*“En realidad **no es que ellas sean tan distintas**, o sea, si pensamos en que viniera un mapuche, por ejemplo, o no sé, cualquier persona que crea en algo, un hindú, no sé, alguien que crea en medicina china del frío y el calor... **nosotros no sabemos cómo enfrentarlo, lo único que sabemos es decir que eso no se hace y que lo que yo le digo que haga es lo mejor**”.* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 2)

Resumiendo estos primeros capítulos, hay elementos de la biomedicina, siguiendo a Menéndez (2003), que tienen efectos sobre la relación del personal de salud con las usuarias migradas. La primacía de la técnica por sobre las relaciones humanas va en desmedro de la calidad de atención para todos/as los/as usuarios/as pero más aún para quienes requieren de una mayor sensibilidad y tiempo invertido en la atención. Esto no es posible cuando existe un sistema que asume que todos/as los/as usuarios/as tienen las mismas características, y por lo tanto, niega las diferencias. Por otro lado, no se releva el ambiente generado entre usuarios/as dentro del centro de salud (en los pasillos, salas de espera) como un factor a considerar del

sistema, quedando al criterio de cada equipo de salud. A pesar de las dificultades que provienen del propio sistema, un equipo puede responder a las demandas de las usuarias migradas a través del fortalecimiento del trabajo en conjunto y las relaciones simétricas no sólo con usuarios/as sino también superando la jerarquización al interior del propio personal de salud. Las usuarias, a su vez, desarrollan estrategias para enfrentar la atención.

A continuación muestro un esquema del modelo de atención de salud primaria con mujeres migradas, poniendo énfasis en la relación que se establece con el personal de salud.



Elaboración propia a partir de análisis de resultados

II. La construcción de las usuarias peruanas desde el personal de salud.

Preguntarnos por el conocimiento que tienen los/as funcionarios/as sobre las migradas es cuestionar la construcción que se hace del “otro/a”. La imagen que se presenta a continuación es común a la mayoría, sino todos/as los/as funcionarios/as y muy pocos reflexionan al respecto, es decir, se cuestionan las características que tendrían las usuarias migradas.

La caracterización que hace el personal de salud sobre las migradas tiene varias dimensiones. Haciendo una revisión de ello destacaré los puntos más consensuados, como veremos, la construcción de las mujeres peruanas puede fundarse, o no, en la observación que realizan funcionarios y funcionarias, es complejo discernir la frontera pues en los discursos se mezclan continuamente prejuicios y experiencias. Esto quiere decir que una buena parte de la visión que tienen de ellas se construye sobre un fundamento al que se llega luego de años tratando con personas migradas, pero aunque existen conocimientos también se cruzan construcciones que no tienen sustento empírico, se sostienen en juicios que el personal de salud hace a las migradas, en este punto revisaremos los estereotipos que se desprenden de los discursos de funcionarios/as.

Construcción del personal de salud sobre las mujeres migradas peruanas.

Sobre las características personas de las migradas peruanas, desde la perspectiva de los y las funcionarios/as la motivación de migrar es principalmente debido a la búsqueda de un trabajo mejor remunerado, ya sea con el fin de regresar a Perú y emprender un proyecto (negocio, casa) o con la meta de enviar remesas para costear la educación de los hijos/as. Trabajan en empleo doméstico, muchas de ellas sin contrato. Algunas mujeres, según lo que el personal de salud relata, vienen completamente solas, otras tienen una red familiar de apoyo. Estas percepciones son congruentes con la caracterización de la migración, tal como lo afirma Martínez (2003), se trata de una migración de carácter *laboral*.

En lo que concierne al nivel educacional de las migradas, la mayoría cree que es más bien bajo, y un porcentaje menor (el que evalúa muy positivamente a las migradas) cree que es más alto que el de chilenos/as en promedio. Algunos/as matizan que son las migradas que llegan a estos centros las de menor nivel educacional, que en general, no vienen de la capital sino de sectores rurales, o pequeñas ciudades en las provincias de Perú. Las estadísticas indican que, en general, el nivel de escolaridad de los migrados y migradas peruanas es mucho mayor al nivel general de chilenos y chilenas (Ministerio de Desarrollo Social, 2015) pero bien podría suceder que efectivamente a estos centros lleguen las migradas más vulnerables, sin embargo, no existen datos para confirmar que sea así. El que se naturalice la vulnerabilidad socioeconómica de este grupo de población o se den temas por sentados puede producir un sesgo en la manera en que se da la relación médico-paciente (Menéndez, 2000)

Los/as funcionarios/as describen a las mujeres peruanas como personas jóvenes, entre los 15 y 40 años, formando nuevas familias con parejas también peruanas de vínculo reciente, en general posterior a la migración (aquí evidenciamos un primer estereotipo, pues al menos un 50% de las entrevistadas tenían un vínculo amoroso de larga data y era la pareja con la cual emigraron fruto de una estrategia familiar de movilidad social) con hijos pequeños (la mayoría

nacidos en Chile) que están teniendo necesidad de escolarización, jardines infantiles que están haciendo crisis en la comuna (por la cantidad de cupos disponibles y la prioridad nacionales v/s extranjeros).

Una de las características del modelo de atención que contribuye a evitar estereotipos hacia la población migrada, esto es, a tener un conocimiento fundado respecto de ellas es el modelo de salud familiar y, en particular, una de sus estrategias: la visita domiciliaria y los llamados “rescates”. Un “rescate” se realiza cuando un/a usuario/a no asiste a controles de salud o a una parte de su tratamiento, entonces el equipo médico debe realizar una visita a domicilio para cerciorarse del estado de salud de la persona y motivarla a no abandonar la atención. Esto ha permitido que una buena parte del personal de salud de estos dos centros haya tenido la posibilidad de conocer a las usuarias migradas más allá de los contextos de atención. El haber “salido a terreno” marca un antes y un después en las percepciones de los/as funcionarios/as. Para reforzar esta visión mostraré una descripción de una funcionaria que condensa bien la huella que dejan estas visitas en sus percepciones:

*“Habían cosas que **nosotros ni siquiera nos imaginábamos en las condiciones que vivían**. O sea, igual han ido desapareciendo lugares de ese estilo, ya no quedan tantos por suerte, pero acá en Mapocho había un lugar que antiguamente fue un taller mecánico, que el dueño lo arrendó se supone que a otro mecánico o algo por el estilo, y la persona que lo tomó hizo una construcción que yo nunca había visto en mi vida. Una cantidad de mediaguas, pero había tres niveles de mediaguas, entonces habían como unos pisos que no eran flotantes, porque estaban las mediaguas digamos, pero era una locura, porque me acuerdo que yo entré a buscar a una chica una vez, y claro, me decía Mapocho 1136 ponte tú, y yo dije -ah bueno-, y tu entrai y mirai unas mediaguas, de repente empiezas a levantar la cabeza y ves más mediaguas y más mediaguas y **es una locura la cantidad de gente que vivía ahí, las condiciones ni siquiera se pueden describir**. El nivel de riesgo, o sea, por la cantidad de gente, también por la implementación, porque tenían los mismos enchufes que tenía el taller mecánico. Cada familia, que algunos van solo a dormir a su pieza, porque están todo el día trabajando fuera, a lo menos tienen un hervidor y un microondas cada pieza. La cantidad de zapatillas, de cables, de conexiones irregulares que en el fondo... bueno, pasó hace poco, un corto circuito en una casa donde murió una niñita, y que eso se debió... eso era tal nivel dantesco digamos, que me acuerdo que se hizo una denuncia, la municipalidad logró contactarse con la persona y sacaron a esa gente de ahí. Pero el tema era, los sacamos y dónde los ponemos o dónde se van, porque eran muchas personas, o sea, la cantidad de familias que había ahí. No son sólo allegados, sino que son familias además y personas que lamentablemente lucran con la necesidad. Una pieza en este lugar es carísimo, o sea, más caro que vivir quizás en qué comuna, porque... y de verdad que es cierto, o sea, una pieza puede costar alrededor de cien, ciento veinte mil pesos. Por esa cantidad de plata en otra comuna, o en Santiago en otro lugar te puedes arrendar perfectamente un departamento, pero acá cuesta una pieza, y una pieza que no es más grande que este box y que no está en muy buenas condiciones. Pero se aprovechan, porque no tienen contrato o porque tienen problemas con los papeles, entonces es como que -bueno, estas son mis condiciones- y las familias acceden. En condiciones muy paupérrimas, la verdad que es muy triste lo que ellos viven” (Myriam, funcionaria Centro de Salud 2).*

La habitabilidad en condiciones de hacinamiento y precariedad es uno de los temas que señalan de inmediato los y las funcionarios/as. Se preguntan si en su país de origen vivirán de la misma manera, si vale la pena vivir así, la mayoría se pregunta esto con verdadera curiosidad y compasión, la minoría con un dejo de desprecio y asombro. Lo cierto es que el conocer las viviendas de las migradas, desde mi punto de vista, marca una distancia con otros equipos de salud que he conocido, sobre todo si hablamos de la empatía que genera con las mujeres. Ellos/as ven en esta situación un signo de la vulnerabilidad económica a la que están expuestos/as los/as migrados/as y que afecta su salud: riesgo de desnutrición, infecciones, abuso, falta de estimulación psicomotora en niños pequeños. Algunos/as funcionarias del centro de salud 2, valoran la valentía con que enfrentan las dificultades, su tesón y sacrificio y la claridad con que expresan sus ideas sobre salud/enfermedad.

En cuanto a la relación con salud pública, las mujeres migradas -en la opinión del personal de salud- acuden al centro de salud debido a sus embarazos. Éstos son embarazos no previstos, no planificados y donde no se utilizó un método preventivo. Otro punto relevante, si bien es minoritario, es la percepción que las mujeres migradas sostienen estas condiciones de precariedad porque el Estado chileno les asegura gratuidad en salud. Lo cierto es que la gratuidad está sujeta a la previsión de salud, en la medida que la persona es vulnerable –informe socioeconómico, renta acorde- irá al fondo A de FONASA y tendrá cobertura en atención primaria (como cualquier chileno/a en las mismas condiciones), si no tiene previsión debe pagar en forma particular. En otras palabras, la gratuidad está sujeta a las condiciones socioeconómicas de la persona y no a su nacionalidad. La excepción (por tratados internacionales ratificados por Chile para resguardar derechos fundamentales) es la atención a gestantes y niñas y niños menores de 18 años.

La mayoría de los/as funcionarios/as opina que las mujeres peruanas son acogedoras, atentas, agradecidas de la atención de salud; que valoran el país y lo que se les entrega. Hacen una diferencia con el usuario chileno que *“la leche la usan para marcar las canchas de fútbol, lo hemos visto, en cambio para ellas es realmente una bendición, porque allá no se los dan”* (Camila, funcionaria centro de salud 2). Varios/as funcionarios/as puntualizan que las consultas médicas, sobre todo cuando las migradas llevan poco tiempo en nuestro país, se extienden más allá del tiempo asignado, afirman intentar resolver la mayor cantidad de dudas posibles en relación al sistema de salud y al funcionamiento general de la atención, incluso, en algunos casos, a la organización de la comuna. De parte de las migradas, ellas perciben el malestar que esta situación provoca en el personal de salud, que se da aun teniendo la disposición a responder a las demandas de las mujeres peruanas, ya que implica que deban acortar los tiempos de otros/as usuarios/as, recibir quejas y malos tratos por los tiempos de espera, etc.

Otro punto que se releva en los discursos de funcionarios/as, es el cuestionamiento de la política migratoria, no porque se los deje ingresar al país, sino por la falta de compromiso que tiene el Estado con este grupo de población, sin garantizarles condiciones mínimas de subsistencia, vivienda, empleo. Incluso a los niños y niñas, situación que preocupa de sobremanera a funcionarios/as y que señalan, recién está comenzando a visibilizarse. Situaciones como la soledad de los niños y niñas en sus viviendas o habitaciones, gran parte del día, que afecta su correcto desarrollo psicomotor, las guarderías clandestinas que existen debido a la necesidad de dejar a los pequeños a cargo de alguien, aunque esa persona no tenga instrucción ni condiciones infraestructurales básicas para hacerlo. Señala al respecto una funcionaria:

“Cuando las mujeres pobres trabajan es a costa de sus afectos y familias. Yo creo que si van a venir para acá ellos, de todos los países, no hay ningún problema. Pero en realidad, debería Chile darles unas mejores posibilidades a ellos. Porque no puede haber tanta gente ilegal en un país, porque eso va en contra, yo creo, de todos los principios, porque ésta persona ilegal, **nosotros hacemos atención humanitaria. Y eso ya lo considero denigrante, que tú vengas y te digan “ah, te vamos a atender, pero va a ser atención humanitaria”. O sea, no debería ser. Si se está dejando entrar a toda esta gente, si se les está dando la posibilidad de que vengan, deberían venir, deberían hacerles un seguimiento. Que estén bien, que tengan un trabajo bueno, para que puedan contar con todos los requerimientos, porque hemos tenido pacientes que se han cortado con sierras la mano, y **no tienen dónde ir porque en su trabajo ellos no existen, legalmente. Entonces eso es inhumano, o sea, cómo no va a existir y cómo alguien no se va a preocupar, y todas sus atenciones son como NN. Eso es malo**”.** (Myriam, funcionaria Centro de Salud 2).

Estereotipos y discriminación a mujeres migradas peruanas.

Pasando al segundo punto de este capítulo, al requerir del personal de salud sus conocimientos sobre las usuarias migradas, se encuentran no sólo descripciones sino también el tipo de afirmaciones que podríamos calificar de estereotipos, señalé varios que se mezclan en sus relatos. En segundo término abordaré cómo enfrentan las usuarias estas situaciones. En un título aparte agrupé los estereotipos relacionados con el género.

Algunos estereotipos que se recogieron anteriormente y se mezclan con los relatos del personal de salud son que las migradas peruanas vendrían a Chile como parte de una estrategia para obtener subsidios del Estado y que son policonsultantes y demandantes, lo que las califica como conflictivas en la relación médico-paciente, que no responden positivamente a las indicaciones, principalmente porque no las cumplen. Demandan tiempo, explicaciones, son exigentes. ¿Acaso éste no sería el ideal de paciente, o es el que sólo asiente sin decir nada más que “sí, doctor/a”? ¿qué posibilidades hay de que un tratamiento se lleve a cabo cuando la persona sólo responde que lo realizará, sin reflexividad alguna? Recordemos que estas afirmaciones podrían quedarse en el nivel de prejuicios, pero pasan a convertirse en estereotipos cuando de ellos se deriva un trato negativo, discriminatorio, excluyente o vejatorio.

En este sentido, es posible identificar estereotipos más explícitos, reconocidos no como parte de un supuesto conocimiento que tiene el personal de salud, sino como parte de los supuestos que éste elabora sobre las migradas, sus motivaciones, sus expectativas. Estos prejuicios se evidencian en el tono autoritario e inequívoco con que son expresados, al escucharlos/as una se podría sentir como una persona que no tiene ninguna competencia, el nivel de violencia implícito es ese que señala con rabia, como desquitándose al responder la pregunta: “¿cuál ha sido su experiencia atendiendo a población inmigrante?”; *“tú no sabes cómo son las cosas, yo sí lo sé, te voy a contar la verdad, porque ellas no son blancas palomas”* (Luisa, funcionaria Centro de Salud 1). Si bien esto sólo sucedió con pocos funcionarios/as entrevistados/as, muestra patrones abiertamente discriminatorios y hostiles hacia las usuarias migradas. A partir de esto se podría reflexionar también sobre la validez de la entrevista para sacar a la luz este tipo de prácticas, percepciones y discursos, pues evidentemente existe un apego normativo a las expectativas que hay sobre un funcionario público, esto es, que se conduzca como un

ejemplo de tolerancia, cordialidad y buen trato. De hecho, como he venido señalando, los/as demás funcionarios/as tenían un discurso y una acogida que, en términos generales, era positiva hacia las mujeres migradas. Con esto estoy cuestionando sus discursos, pero también, preguntándome por la fiabilidad de la técnica de investigación.

Siguiendo con los estereotipos, un tema recurrente es la visión de las migradas como personas solitarias, que no cuentan con redes de apoyo. A estas mujeres el personal de salud las ve tristes, con rasgos depresivos. Esto les preocupa sobre todo cuando están embarazadas.

¿Cómo se enfrentan las mujeres migradas a las dificultades en la atención? Las mujeres migradas pueden adecuarse, con el transcurso del tiempo, a las reglas del sistema. Cuando ellas afirman “*ya aprendimos cómo funciona el sistema*” (fragmento en el inicio del apartado) lo que quieren decir es justamente esto, que ya saben *qué es lo esperable y aceptado de una paciente*, qué es lo que quieren escuchar de ellas y cómo deben comportarse para recibir un buen trato. Resuena la frase de la madre peruana a su hijo pequeño “*no le digas a la doctora que te duele la panza, dile que te duele la guatita*”. Al respecto podríamos decir que existe, efectivamente, una cultura de las usuarias, una forma estandarizada de comportarse, que es aprendida en la relación entre funcionario/a y usuario/a: cuando alguna persona escapa a la norma escuchamos afirmaciones como “*no sucede en Chile*”, o simplemente una extrañeza absoluta frente a conductas que son muy improbables en nuestro contexto cultural.

Claramente estas expectativas recíprocas, tal como lo establece Goffman, (1986) no son transmitidas formalmente: los equipos médicos, en cierto sentido, no son conscientes de esta situación. El negar la discriminación no significa, necesariamente, que no exista. Al no ser conscientes de las prácticas discriminatorias se puede negar que ésta opere de forma visible, manifiesta e intencionada.

Podríamos decir que la discriminación, en estos centros de salud, es *invisibilizada* tanto de parte de funcionarios/as como de parte de las usuarias migradas, la discriminación se trata como una conducta naturalizada y posiblemente sea bastante similar al trato que se da con las usuarias chilenas lo que la hace aún más difícil de identificar. Podríamos afirmar también que no se trata, en todos los casos, de una diferencia que se hace en base a la nacionalidad, sino a la condición de usuarias de un sistema que tiene sus reglas y *que debieran ser obedecidas*. Por ejemplo, en relación a los tiempos de espera, la restricción viene de la estructura del sistema, no hay posibilidades de flexibilizarlo, por lo que, seguramente, sucede con todos y todas los/as usuarios/as, no sólo con las mujeres peruanas. Sin embargo, se introduce un factor crítico cuando se trata de usuarias que no están familiarizadas con cómo opera el sistema.

Esta condición de sumisión y apego a los cánones de actuación que se generan en el sistema biomédico y más en particular en la interacción en el contexto de atención de salud primaria, puede exacerbarse en el caso de las mujeres migradas, con las cuales se hace más evidente su posición de “*extranjeras*”, “*extrañas*” al sistema, con esto quiero recalcar que se trata de una discriminación que se agrega a la normal que afecta a todos/as los/as usuarios/as por el hecho de ser “*pacientes*”. Se trata de una forma de violencia implícita en las relaciones jerárquicas como las que se dan en el sistema biomédico, donde la interacción entre funcionarios y funcionarias y las mujeres inmigradas contiene una carga de subordinación (quien sabe/quien no sabe; profesional/no calificado; nativo/extraño), son asimétricas.

El hecho que las mujeres peruanas ajusten sus comportamientos en el espacio de salud se realiza con un objetivo claro: conseguir una mejor atención de salud. Significa que, de esta manera, creen que serán mejor atendidas, ¿tuvieron experiencias negativas, alguien no fue capaz de entenderlas, fueron cuestionadas, sancionadas de mala manera? Al parecer esto es efectivamente así. Lo relata Sandra, una usuaria:

*“Es que cuando uno llega no puede pasar como dicen aquí ‘piola’, o sea, cómo decirlo... que no sepan que eres extranjera. Porque **se nota el acento, el color de piel me han dicho, como los rasgos, o te oyen hablar y ya, ‘esta es peruana’ ya lo he escuchado yo, aquí mismo.** Entonces una sabe que no les gusta, o sea, yo no me puedo quejar, eso es cierto, **no me puedo quejar porque la atención es buena, todo es como corresponde, pero sí una se siente... incómoda, como que no es su casa, no es su lugar**” (Sandra, usuaria Centro de Salud 1).*

Siguiendo a Avaria (2012) desde la sociedad de destino se construyen representaciones e imágenes de lo que se espera del otro, comportamientos asociados a una determinada forma de ser “migrada”, comportamientos que son “incorporados” por las migradas: *“es decir, el otro hace suyo el discurso y responde modelando su corporalidad, su comportamiento, su subjetividad e, incluso, la percepción de sí mismo/a”* (Avaria, 2012: 67). La incorporación de la migración se produce desde el inicio, las primeras “modelaciones” se originan a través de las experiencias de control (exclusión) durante el enfrentamiento con los sistemas policiales y su regulación, que permiten o limitan el acceso o desplazamiento de las personas.

Durante el viaje, e incluso antes, se aprenden las estrategias y respuestas posibles para enfrentar a la policía y así evitar hacer visible la (i)legalidad. La experiencia de la migración se corporiza en la experiencia cotidiana, la transformación y modelación ocurren en el día a día. *“La mayor confrontación para quien migra, se produce al darse cuenta de cómo se es visto, de lo que se es, de lo que se espera, y el contraste con la experiencia y la percepción anterior de sí mismo. Son el cuerpo y la forma de hablar, elementos que son percibidos por el observador y por tanto gatilladores de prácticas de exclusión social”* (Avaria, 2012: 68).

Estereotipos de género hacia mujeres migradas peruanas.

Las diferencias entre usuarias chilenas y migradas peruanas se establecen, desde la óptica de los/as funcionarios/as en relación con diversos tópicos, algunos se enfocan en diferencias en cuanto a las condiciones y estilos de vida y otros en relación a prácticas y conductas. Sin embargo, existen otras situaciones y prácticas que se categorizan, desde los/as mismos/as funcionarios/as como *producto de diferencias culturales*, es decir, las distinciones que hacen se basan en la “cultura” de las migradas. Al mismo tiempo, existen distinciones que son concebidas por las migradas como culturales. A continuación revisaremos este tipo distinciones en su cruce con el género.

Uno de los estereotipos más visibles y compartidos es que las mujeres peruanas cambian de parejas o se emparejan al llegar a Chile, es decir, tendrían relaciones poco estables, con un bajo nivel de compromiso y de corta duración, estas parejas serían los padres de los niños nacidos en nuestro país. Los problemas de pareja, afirman, parecen ser centrales en sus vidas. Los/as funcionarios/as sostienen que *“ellas son machistas, más que las chilenas”* (Camila,

funcionaria Centro de salud 1). Esto lo explican al narrar sus experiencias al aplicar las escalas psicosociales, por ejemplo, y se evidencia que las mujeres han sufrido violencia intrafamiliar, pero *“a ellas no les preocupa, no hacen mucho por mejorarlo, siguen con la pareja, y entonces uno no puede hacer mucho más”* (Irene, funcionaria Centro de salud 2). Esto da cuenta de cómo opera el estereotipo, el por qué esa mujer no deja a su pareja puede tener relación con el sometimiento y el aislamiento en que caen las mujeres cuando son víctimas de violencia intrafamiliar, también puede tener relación con factores socioeconómicos y con la gravedad de una denuncia: cuando se demanda a alguien en situación irregular, la deportación de la pareja es el destino más probable. En uno de los casos que conocí en el contexto de este trabajo, la mujer temía que esta pareja le hiciera daño a su familia en Perú, por eso prefería “aguantar”. La realidad es más compleja de lo que aparenta a simple vista, cuando los estereotipos y prejuicios están en primer orden, es imposible comprenderla.

El personal de salud afirma que las mujeres peruanas son más propensas a vivir este tipo de violencia y a naturalizarla. La sensibilización frente al tema es importante en el país, se suele hablar de la violencia en la pareja o de maltrato infantil, lo que no quiere decir que no exista, pero se ha ido instalando la conciencia respecto de lo que constituye efectivamente violencia, es decir, de lo negativo de estas conductas (y por ende la sanción moral y social a ella) por lo que es poco probable que una persona que sufra violencia y no quiera denunciar (o no esté preparada para ello) se presente a un centro de atención expresando haber sido objeto de violencia. Según los equipos médicos, incluso en los casos donde se evidencia signos de haber sufrido maltrato físico, ésta es negada por las usuarias chilenas, tanto respecto de sí mismas como de sus hijos/as. Las usuarias migradas, según el personal de salud, en general y a diferencia de las chilenas avalan la violencia física como método de disciplina de los padres con sus hijos/as y la aceptan y justifican en el caso de sus parejas, situación que llama la atención del personal de salud. En este caso no sólo tiene que ver con la legislación vigente sino con la visibilidad, valoración e ilegitimidad que la violencia física tiene en nuestro país:

“Lo difícil en esto era que ellos entendieran de que dentro de la legislación chilena eso estaba penado. O sea, en situaciones extremas, no estábamos hablando de cosas tan chiquititas, pero... y que eso estaba visualizado como un maltrato. O sea, que las familias, sobre todo los peruanos, principalmente, entendieran eso, era muy difícil. Porque se sentían amenazados, pensaban que... como cualquier cosa que tú le dijeras o una observación, pensaban que eso podía a lo mejor detener el proceso del RUT o de la visa, que los podían deportar, que se los iba a llevar la PDI” (Camila, funcionaria Centro de Salud 2).

La información emitida por funcionarios/as era vista en estos casos como una advertencia que conducía a una sanción penal o civil, sin embargo, lo que los/as funcionarios/as querían transmitir era una amonestación moral, que ellos/as mismos/as califican como un problema derivado de la distancia cultural: *“por eso creo, y los demás pienso que también que hay muchas diferencias así como culturales, como de cosas que entendemos distinto”* (Tatiana, funcionaria Centro de Salud 1). Al parecer en la dimensión valórica, donde se juegan los principios morales y la legitimidad e ilegitimidad de las acciones es el lugar donde se perciben con mayor fuerza las diferencias culturales.

Siguiendo con el tema de la visión de los/as funcionarios/as, la mayoría de las migradas viene sin sus hijos/as, situación que le llama mucho la atención a los equipos, generando cuestionamientos respecto a la maternidad (o “falta” de ella) por no poder empatizar con esta decisión. En esta materia se hacen visibles los prejuicios de los y las funcionarias, si bien indican

que no afecta el trato que se les da a las migradas, no podemos saber qué consecuencias tiene en las prácticas. Dos fenómenos son cuestionados en este ámbito: el dejar a sus hijos/as en Perú y tener hijos/as en Chile. Desde la perspectiva de las usuarias migradas, consigné en el principio como parte de los relatos el caso de Marina, para quien dejar a su hijo fue una experiencia dolorosa, que tomó debido a que en sus circunstancias le parecía la única alternativa posible de subsistencia.

La maternidad es, por supuesto, un fenómeno histórico y cultural, (Lagarde, 1997). Hay ciertas condiciones en que es aceptable, que es legítimo, y otras en que, culturalmente, salen de la norma, como éste. La norma reproductiva existente en la sociedad dicta en qué casos es permitido moral y socialmente, y en qué casos es atípico ser madre, el apego absoluto que se impone desde la norma social muchas veces vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ¿Qué implica el hacer uso de los derechos sexuales y reproductivos? Tener la capacidad, posibilidad y agencia de poder *decidir* respecto de la maternidad y que el Estado asegure la libertad de decidir cuándo, cómo, con quién y en qué circunstancias ser madre. Al parecer, a los equipos de salud se les olvida que su rol no es juzgar las motivaciones y prácticas de las usuarias del sistema, sino brindar una prestación de salud de calidad. Algunos/as funcionarios/as entrevistados/as enfatizan lo *negativo* de sus prácticas, desde el juicio e intolerancia, llegando a ridiculizarlas:

*“(...) acá se siguen embarazando. Eso es otra cosa que uno no logra entender: que **tienen hijos allá, y todos los hijos están allá, y siguen teniendo hijos acá.** No sé. Yo no logro de verdad comprender. Es que para ellas es lo más natural del mundo, así como “no, mis hijos están allá y los cuida mi mamá”, o “los cuida mi suegra”. ¿Y por qué te viniste a tener hijos acá? Es que tengo un nuevo compromiso y quería tener otro hijo.* (Fabiola, funcionaria Centro de Salud 2).

*“Y a mí de las mujeres sobre todo, me da, no sé qué sentimiento me da, entre rabia y entre hacerlas cuestionar, **la facilidad con que dejan a sus hijos en Perú** sobre todo, o en otro país. Es una facilidad así como que se la dejan a la mamá, o a su hermana. Como que me dicen, no sé, tienen una guagua de dos años: “no, está con mi mamá, y yo me vine a trabajar acá”. Y bueno, aquí se embarazan. Entonces yo le digo: “ **aunque los niños coman piedra, tienen que estar con los papás; con la mamá sobre todo**”. Ése es mi concepto”* (Julieta, funcionaria Centro de Salud 1).

*“**¡Se supone que vienen a trabajar, no a embarazarse!**”* (Lidia, funcionaria Centro de Salud 1)

Esta última cita es una de las pruebas que las migradas y migrados se transforman a menudo en instrumentos de trabajo, en los cuales no hay lugar para los afectos, Para Sayad (2010) el migrado o migrada no tiene existencia excepto a través de su trabajo y la enfermedad, ambos operadores negativos. La violencia implícita en esta frase es patente, la pregunta es, ¿por qué un/a funcionario/a de salud cree saber por qué la persona que está delante suyo está en el país, y puede negarle o cuestionarle, por esto, su derecho a la reproducción? ¿Qué nociones hay detrás de esta afirmación para que se permitan cuestionar el “rol” de una mujer, despojándola de su propia subjetividad-agencia convirtiéndola en una máquina afín al sistema laboral? Los/as pocos/as funcionarios/as que hablan en estos términos puntualizan que no se traduce en cómo tratan a las migradas, nuevamente, es complejo pensar que se pueda disociar tanto el pensamiento de la acción.

La generalidad de los/as funcionarios/as, sin embargo, emite sus juicios desde la incompreensión, asombro y curiosidad, intentando empatizar con las usuarias migradas, como el relato de la siguiente funcionaria:

*“Es un tema preocupante por los niños, porque de todas maneras yo creo que si viajo o me voy a otro país, a Canadá por ejemplo, no me iría a tener una guagua; yo creo que me iría a encontrar un buen trabajo, estudiar, y tener una buena situación económica. **Ellos llegan como al revés.** O tú piensas y dices, tienen la guagua para tener la residencia más rápido... pero si tú piensas **el tener una guagua es una dificultad y ellas lo viven.** Para poder trabajar y para poder lograr las cosas que se supone que ellas llegaron o vinieron para acá, supongo yo. Porque no creo que alguien se venga sea solo por ser mamá. No me calza mucho eso”* (Myriam, funcionaria Centro de Salud 2).

Un corolario de esto es la preocupación del personal de salud respecto de las consecuencias que el estilo de vida pueda traer a las familias de migrados/as, en particular a las nuevas generaciones. La preocupación por sí sola no es negativa, de hecho, puede convertirse en algo positivo si se transforma en una acción para resguardar los derechos de niños y niñas, pero sí es negativa cuando se transforma en estereotipo, el estereotipo de *madres irresponsables*. En opinión de los/as entrevistados/as, los/as hijos/as de migradas peruanas pasan mucho tiempo en soledad, muchas veces desde muy pequeños o al cuidado de una persona que no está capacitada para ello, una persona adulto mayor, o a cargo de una compatriota que hace las funciones de niñera muchas veces para todos los niños y niñas del cité o conventillo. La poca estimulación temprana se hace visible en el mayor porcentaje de niños y niñas hijos de migrados/as con dificultades en su desarrollo psicomotor. No existen datos para la población migrada nacional, sin embargo en los centros de salud de esta investigación es una percepción generalizada de los y las funcionarios/as. Esta situación se conecta con las dificultades de los empleos que ellas tienen:

*Yo creo que **porque ellos trabajan mucho.** Trabajan mucho; papá, mamá trabajan mucho, entonces lo que te digo: salen a trabajar muy luego, entonces la experiencia que ellas mismas me cuentan; son asesoras del hogar ¿cierto? Llevan al bebé, lo sientan o lo dejan en el coche, y ellas hacen el aseo todo el día. Y esa guagua no tiene estímulos. Entonces me ha pasado que niños hijos de inmigrantes tienen mayor dificultad de desarrollo psicomotor. O también, ponte tú, son inasistentes, salen con riesgo de desarrollo psicomotor, o rezago en lenguaje. Y resulta que uno le da la hora a la sala de estimulación, a la fonoaudióloga, **y por lo mismo, por el trabajo, por el horario, no pueden venir y pierden la hora** (Camila, funcionaria Centro de Salud 2).*

Cómo opera el estereotipo en la atención se hace visible cuando la etiqueta de “madres irresponsables” se hace extensiva a todas las migradas, y cuando no se problematiza la situación (como sí lo hace la entrevistada anteriormente), cayendo en el estereotipo: “yo creo que ellas no quieren a sus hijos como una mujer chilena” (Catalina, funcionaria Centro de Salud 1).

Otra situación que llama la atención del personal de salud son los casos de mujeres migradas sobre 40 años que desean ser madres. Desde la perspectiva de las funcionarias lo hacen para “darle un hijo” a una nueva pareja y se dice que éste es un hecho que “no sucede en Chile” (Camila, funcionaria Centro de salud 1). Este “no sucede en Chile” podría ser ampliamente cuestionado: al manejar los códigos culturales no sólo de lo posible/imposible, sino de lo

aceptado y lo bien visto, es decir, de lo legítimo en nuestro contexto, las mujeres que deciden tener familia por estos motivos pueden elegir no comunicarlo a los equipos de salud. Las mujeres pueden ocultar las tramas de violencia que viven y pueden también aprender a dar las respuestas que serían apropiadas moralmente y se ajustan al criterio social.

La crianza y la maternidad parecieran ser dos dimensiones en que el personal de salud pone más reparos con las usuarias peruanas. Esta distancia tiene su origen en la nula comprensión de lo que implica el fenómeno de la maternidad leída como un fenómeno cultural y la existencia de estereotipos sexistas. Las migradas peruanas, como aparece en las entrevistas, tendrían un concepto menos esencialista que las chilenas respecto a la maternidad. Esto se traduce en que tienen una forma más libre de vivenciarla, menos restrictiva y normativa, a pesar de que la norma reproductiva sigue teniendo crucial importancia en sus vidas (norma culturalmente aceptada e impuesta sobre la maternidad) el apego a los hijos, la forma de crianza en familia extendida, ha tomado una forma distinta a la que se legitima en nuestro país, donde las mujeres tienden crecientemente a privilegiar sus proyectos personales, ya sea laborales, profesionales o de trayectorias educativas y postergan la maternidad al mismo tiempo que se ha reducido el número de hijos/as (Valdés et al, 2005) pero cuando se es madre existe una serie de obligaciones impuestas socialmente, que al parecer, han variado muy poco en el tiempo. Este choque se conceptualiza, para los profesionales de salud, como una diferencia cultural:

*Yo no sé cómo ellas lo hacen, dicen: “ah, lo cría la abuela; ah, lo cría no sé qué”. **A lo mejor eso es cultural, no sé. Qué esperan de... por ejemplo, dejan a su guagua allá y esperamos a esta guagua que está aquí, que va a nacer aquí, y en cualquier momento la va a dejar con... ¿la tía? No sé**”.* (Julieta, funcionaria Centro de Salud 1).

Evidentemente hay un choque entre la vivencia de la maternidad que experimentan las mujeres peruanas y cómo se concibe desde los/as profesionales de salud el ejercicio de la “adecuado” de la maternidad. Esta diferencia, donde la maternidad “a la peruana” es calificada negativamente en relación a la chilena redundando en la discriminación, desautorización y estereotipación de las mujeres, por no ajustarse a los cánones presentes en nuestra sociedad.

Esquematisando y llevando al extremo el argumento, la problemática se podría afirmar que existe entre los/as funcionarios una imagen sobre los atributos que tiene una “mala madre” y una “buena madre”, y que el polo negativo coincide con la maternidad “a la peruana”:

BUENA MADRE	MALA MADRE
<p>Presente</p> <p>Abnegada (se posterga en función de su/s hijos/as, se relega a lo privado-doméstico)</p> <p>Sacrificada</p> <p>Moderada</p> <p>Responsable (se hace cargo personalmente del cuidado)</p> <p>Quiere a su hijos/as</p> <p>Diligente</p>	<p>Ausente</p> <p>Abnegada (pero se afirma en lo público – trabajo- para proveer a sus hijos/as)</p> <p>Descuidada</p> <p>Despreocupada, Libertina</p> <p>Irresponsable (delega el cuidado de su/s hijos/as)</p> <p>No quiere a su/s hijos/as</p> <p>Negligente</p>

Tal como señalan varias investigadoras y teóricas del género (Montecino, 2007; Lagarde, 1997; Rubin, 1986; Ortner, 1979), la maternidad en la cultura occidental se transforma en mandato y destino, pero tiene matices según la variación en cada sistema sexo/género. A decir de Montecino, la maternidad en Chile deviene del fenómeno denominado marianismo: “Desde la óptica de las identidades de género, el símbolo mariano constituye un marco cultural, que asignará a las categorías de lo femenino y lo masculino cualidades específicas: ser madre y ser hijo, respectivamente” (Montecino, 2007: 40). Montecino remarca que la cultura mestiza latinoamericana posibilitó, por así decirlo, un modelo familiar en donde las identidades genéricas ya no correspondían ni a la estructura indígena ni a la europea, prevaleciendo el núcleo de una madre y sus hijos. En esta misma coyuntura histórica se labra la figura del *padre tráfugo*, que como señala la autora, es también la imagen del poder, un dominio lejano y masculino que reside en los espacios fuera del hogar, el arquetipo del ausente, de aquel que tiene licencia para desligarse de la crianza. Lo femenino, entonces, es valorado toda vez que hiperboliza la figura de la madre y lo masculino se asocia a la figura de autoridad y a la paternidad ausente.

¿Qué sucede en el caso de las migradas peruanas? Analizando el fenómeno desde la propuesta de Montecino (2007), podemos decir que con ellas ocurre lo inverso: en el imaginario del personal de salud las mujeres migradas ocupan el lugar simbólico que, desde el marianismo criollo, se ha adjudicado al padre. Son ellas quienes, al emigrar, devienen *madres tráfugas*, ejerciendo su valía en el dominio de poder típicamente masculino (la providencia económica de la familia) y desligándose de las funciones de cuidado, al menos como se las concibe tradicionalmente. La desobediencia al estereotipo de género ocurre, entonces, como una doble transgresión: a la fidelidad con respecto a la figura de la maternidad como sacrificio¹⁴, y a la adhesión al arquetipo del padre tráfugo. *Madres tráfugas* que son, como hemos mostrado, sancionadas y convenidas a tomar o retomar la posición habitual que de ellas, como mujeres, se espera. Complementando esta imagen, en el discurso de funcionarios/as no existe la pregunta por el padre, la paternidad no es negligente pues es la presencia materna la que no se puede reemplazar.

Desde las usuarias migradas, esta lectura tiene un eco. La mayoría de ellas, sobre todo las que llevan más años en el país, se dan cuenta de las diferencias que tienen con las mujeres chilenas, piensan que las chilenas tienen “pocos hijos” y están orientadas, en general, a lograr su autonomía a través del trabajo o estudio. Cabe recordar que la mayoría de las entrevistadas trabaja como empleada de casa particular, por lo que sus referencias directas son mujeres profesionales que dejan a sus hijos al cuidado de otras mujeres que no pertenecen a sus familias. Esta situación es evaluada por las migradas como negativa, comparan la situación pues aunque ellas dejan a sus hijos/as a miles de kilómetros no es semejante, ya que se quedan con miembros de la familia en cambio los/as niños/as en Chile se quedan solos/as o con la empleada, una persona que no pertenece al círculo familiar. La familia, es en este sentido, una clave de lectura para comprender los roles de género y las funciones, si en Chile la familia nuclear es el prototipo común y aceptado de ser familia, en el discurso de las entrevistadas se afirma que en Perú se mantiene una noción más comunitaria de ser familia, donde tienen cabida un gran número de parientes que pueden suplir las funciones de cuidado de padres y/o madres.

¹⁴ La ambivalencia respecto a la noción del sacrificio es evidente en el personal de salud. Podríamos decir que el proyecto de vida de las mujeres migradas peruanas responde a una estrategia familiar de subsistencia y/o de mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar en gran medida constituido por los hijos e hijas, situación que es destacada por los/as funcionarios/as como de gran valor, sin embargo, el estereotipo de la maternidad irresponsable anula toda evidencia que pueda “equilibrar” la imagen que se construyen de las mujeres migradas.

En el caso de las migradas, la distancia respecto de su país de origen las impele a cuestionar su propia construcción respecto de la autonomía, la reproducción y la maternidad. En este sentido la mayoría de las migradas entrevistadas afirman estar ajustando esta esfera a lo que consideran positivo en relación a la sexualidad y el género, y que se construye en una síntesis entre lo aprendido en su contexto de origen y el asentamiento actual, motivo por el que son cuestionadas por la familia y por el que se sienten “distintas” a sus compatriotas no migradas. Un ejemplo de este es en relación a los métodos preventivos y la forma de enfrentarla y gestionarla. En este sentido las entrevistadas relevan creencias religiosas y estereotipos de género como la base de las conductas tipificadas como normales en la sociedad peruana, creencias y estereotipos que no son iguales en Chile lo que las lleva a criticar fuertemente a la sociedad peruana y la concepción del lugar y destino de la mujer, todo esto en comparación a la sociedad chilena:

*“Yo veo, y acá lo conversamos con las amigas... con las compatriotas, que acá es muy distinto... y **creo que tiene que ver con la religión, o sea, con... cómo decirle, con el peso que tiene en las personas.** No, es que allá es muy religioso Perú, por eso me gusta acá, este país, porque no lo toman muy extremo que ‘castigo de Dios’ ‘que Dios este, está prohibido eso, prohibido los anticonceptivos’ porque todavía hay gente que piensa en que tenemos que traer hijos al mundo, o sea hasta la mujer, es muy machista (...) Y yo después tuve que trabajar para poder seguir estudiando, y después tuve que trabajar para ser cosmetóloga. O sea, encontré a mi mamá muy...no mala sino irresponsable, acá nadie tendría tantos hijos como ella, sin importarle si se educan o no. Entonces y ahí yo me di cuenta que a los hijos no se les trae por traer, por eso yo tuve un hijo no más, y éste salió de chiripa. O sea, **nosotros éramos muy pobres. En una cama ahí dormíamos como cuatro o cinco. Yo no quería esa vida para mí, mi mamá tuvo nueve, yo tengo sólo dos y como me ligué no voy a tener más**”.* (Karla, usuaria Centro de Salud 2).

El caso de Gisela también refleja este fenómeno. Ella tiene 23 años y 3 hijos, el primero de ellos lo tuvo en Perú, se casó con esa pareja y no terminó el colegio, vinieron a Chile cuando ella tenía 19 años, a los 20 tuvo al segundo hijo y el año pasado, a los 22 la tercera. Gisela reflexiona sobre lo difícil que podría ser mantener económicamente a más hijos y también decidió ligarse las trompas después del último parto. A raíz de su decisión recibió cuestionamientos y críticas de su pareja y familia:

*“Entonces **no quiero más, no quiero más hijos, porque si no nunca voy a poder hacer algo yo. Y yo tuve problemas con esa decisión, porque mi marido no quería, y él le dijo a mis padres...** y allá como que la familia tiene mucha importancia, que eso es algo que me gusta aquí, que nadie anda pendiente de si tu padre o tu madre te aprueba... o le gusta lo que hace uno. Pero eso, eso sucedió, que mi madre se ha enojado conmigo (...) y lloraba, reclamándome, que los hijos eran una bendición de Dios... y yo le dije, que claro que sí, pero **que yo quería que mis hijos tuvieran más oportunidades y si seguía teniendo más hijos íbamos a terminar todos igual como empezamos...** le dije, yo le dije, si ella hubiera querido darnos estudios, y ella me dijo que sí entonces, le dije, entonces entiéndeme. Y claro, si nosotros somos 10 hermanos, ¡10!”* (Gisela, usuaria Centro de Salud 1).

Para Luz, el peso que ejercen las creencias y la forma de sociabilizarlas en su contexto de origen es muy importante, ella cuenta –y ahora le llama la atención- cómo se sabía la vida íntima de cada persona en su barrio, y se asombra de ello pensando en lo “reservadas” que son las chilenas con su vida sexual y de pareja. Luz vivencia el contexto actual como migrada, como un espacio de libertad, donde ella puede “quebrantar” las normas sociales sin tener el juicio de sus pares compatriotas:

*“Pero mira, sabes qué, en mi país es muy religioso. Que Dios te va a castigar, imagínate, mira lo que pasó a la vecina, porque también... a mi amiga, también tuvo tres hijitas, y tuvo varón y se ligó. O sea, ella solamente esperaba el varón y se ligó. Y el varoncito tuvo neumonía y murió, a los ocho meses. Todo el barrio: el castigo de Dios. (¿Cuántos años tenía tu amiga?) En ese entonces tenía 32, igual era joven, claro, y se ligó porque ya, “ya tengo al hombrecito”. Y todo el barrio, no, el castigo de Dios, porque Dios no... **entonces yo jamás me hubiera ligado allá, ¿ves?** Jamás, incluso acá aún tengo miedo, mi hijo ya pasó los 8 meses, pero cuando cumplió 8 meses yo tenía ese temor ridículo que le podía pasar lo mismo, morir, ahora estoy más tranquila, acá estoy más libre” (Luz, usuaria Centro de Salud 1).*

Como se puede ver, a pesar que los equipos de salud en este ámbito sienten que las mujeres migradas están muy por fuera de la norma (debido a la dificultad de ver esta situación como una diferencia cultural), desde el punto de vista de las mujeres peruanas ellas se encuentran confrontadas por las diferencias, sobre todo los matices que tienen los estereotipos de género en ambos países. La forma de gestionar la reproducción y la maternidad en nuestro país hace mella en sus prácticas y trayectorias afectivas personales, desencadenando procesos de autonomía y mayores cuotas de independencia económica, lo que visibiliza avances en esta materia en la sociedad chilena pero, a la vez, oculta algo que se nos muestra de la mano de los discursos del personal de salud: los núcleos del estereotipo de género sobre la maternidad y sexualidad de las mujeres.

Como he señalado, cuando una determinada conducta u opinión es generalizada, y es difícil comprenderla o explicarla por parte del personal de salud, invocan a determinantes de tipo culturales. Esto nos puede hacer reflexionar sobre qué es realmente la cultura para ellos. En esta situación en particular, ¿Es realmente que las mujeres no entienden el uso de los anticonceptivos orales, como afirman los/as funcionarios/as? O como vimos en otra cita al describir el proceso de atención, ¿les parece demasiado complejo? Las mujeres peruanas comparten percepciones acerca de este método que hace que prefieran otro y esto se puede concebir como una diferencia cultural que no contiene en sí misma ninguna etiqueta negativa y puede ser evaluada y abordada desde la tolerancia y el respeto a la diversidad. No debería convertirse en un “problema”. El conocimiento recíproco puede favorecer el trabajo de los equipos médicos y la educación/prácticas de las usuarias. Como afirma Butler (2002) el discurso cultural sobre el género restringe, limita, encuadra las prácticas y como he afirmado aquí, hace ininteligible cualquier otra forma de concebir las conductas de hombres y mujeres.

Haciendo un recuento de lo desarrollado en cuanto a estereotipos y discriminación en los capítulos I y II:



III. Problemáticas y transformaciones

Una de las primeras observaciones en relación al proceso de atención de salud de las mujeres migradas peruanas es si los “problemas” que se encuentran en la relación “migración-salud” son exclusivamente de los/as migrados y migradas o, al contrario, de la sociedad y de sus instituciones frente a los/as migrados/as, tal como enfatiza Sayad (1999). En el caso de esta tesis, situaciones concretas que eran problemáticas pudieron ser superadas por el personal de salud debido a su capacidad de entender el contexto de las usuarias migradas. La sensibilidad (y en términos concretos, el tiempo y espacio que se le da a la comprensión) del contexto socioeconómico de las usuarias es clave.

En capítulos anteriores señalé una serie de problemáticas que se dan en el contexto de atención de salud con mujeres migradas vinculadas a estereotipos y prejuicios que los/as funcionarios/as sostienen y que son, por lo tanto, *invisibilizadas*. Al realizar la pregunta específica al personal de salud entrevistado por las barreras que pudieran existir en el proceso de atención de salud de las migradas peruanas aparecen otras dificultades, problemáticas que sí son señaladas tanto por usuarias como por personal de salud. Aunque, en general, les cuesta pensar en esto, ya que la mayoría de los/as funcionarias señalan que hacen todo lo posible por facilitar la atención. Cuando se realiza esta atención, particularmente hacia las mujeres migradas peruanas, demanda un esfuerzo en conjunto, un trabajo de equipo, por lo cual este tipo de atención se observa más en el centro 2 que en el centro 1. Tal como relata Mariela:

*“Por ejemplo, si yo veo que la señora, no sé, le duele la guata y no es nada ginecológico, o tiene una cuestión no sé dónde, yo le digo al **doctor, mire, venga para acá, y el doctor viene, me la ve, le da medicamentos, no sé, todo ahora, aquí, ahora ya, en el momento, no le digo, señora vaya para allá a pedir una hora con el doctor. Se soluciona todo en el momento. Yo le digo al doctor, mire, esto no es mío, ¿me la ve?, y el doctor ya, parte, y la va a ver, la otra doctora igual, entonces, en general, funcionamos así... Sí, o sea, no es como para, no sé, si veo que una señora está bloqueada, la otra me dice, ya, yo la veo, y pan, listo, señora, tome...”** (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2).*

Al escuchar cómo elaboran los/as entrevistados/as las dificultades con las usuarias migradas, en sus discursos podemos establecer que este es un proceso que se ha dado en el tiempo, con transformaciones y aprendizajes por parte de los equipos médicos. Algunos de estos cambios tienen que ver con las condiciones de funcionamiento del sistema de salud chileno y cómo las usuarias se manejan en él (es decir, principalmente con el aprendizaje de ellas y su capacidad de adaptación) y otros tienen relación con cómo los equipos han empatizado con la experiencia de estas usuarias y han sido capaces (o no) de conectar con estas experiencias y significarlas de manera positiva.

En general, lo que muestran los discursos es que se ha logrado llegar a cierto tipo de consenso respecto de las demandas, necesidades y situaciones que traen las usuarias migradas consigo, y cómo las herramientas, métodos y protocolos del propio sistema de salud colaboran con o al revés, obstaculizan el proceso de atención de salud. Por esto es importante señalar que, si bien podemos plantear barreras de atención que existen en estos centros de salud, éstas no se han cristalizado en el tiempo, sino más bien han ido transformándose, algunas convirtiéndose en puntos a favor del proceso y otras aún por resolver. Haciendo un recorrido por estas transformaciones hay varios hitos relevantes. Iré revisándolos desde los puntos más estructurales a los más puntuales dentro del proceso de atención.

En lo que podríamos llamar problemáticas de tipo estructural encontramos varios factores importantes: los tiempos designados por sistema para una atención de salud, que impiden que ésta sea de calidad (deben tomarse más tiempo con las usuarias migradas, pero si lo hacen no logran dar la prestación para la agenda del día), la invisibilidad que la situación de los/as migrados/as tiene para el Sistema de Salud público, la vivienda y el trabajo de las migradas y la diferencia entre un sistema de salud y otro.

Respecto a la **invisibilidad de las migradas frente al Sistema público de Salud**, adquiere dimensiones mayores si pensamos que el financiamiento de la atención primaria se hace en relación a la población validada en cada centro de salud (por FONASA), el famoso *per cápita* que ha estado en pie de batalla en las movilizaciones de los gremios de la salud. ¿Qué consecuencias tiene esto para el trabajo de funcionarios/as? Un relato que da clara cuenta de ello:

*“Y hay una invisibilización desde el centro porque simplemente no los veían, esto ha ido cambiando de a poco, nosotros como centro tenemos nuestra propia forma de abordar el tema, nos generamos las redes, aunque el tema de la población validada aún es un escollo, porque nos pueden quitar un profesional o insumos, o tenemos que ver cómo los conseguimos porque no nos alcanzan porque “no necesitan dos enfermeras para la población que atienden” pero sí las necesitamos, **¡nuestro trabajo es invisible al sistema!** pero entonces no se los contemplaba dentro de la atención, del año 2008 te estoy hablando... y para mí que yo era nueva era terrible, porque tenía que tener una agenda, que en la agenda tenía muy pocos pacientes que pudiera agendar, valga la redundancia, porque no tenían RUT, entonces no había cómo. Y pensando que en algún minuto me iban a cuestionar aquello, porque para ellos no existían los peruanos ni los inmigrantes, entonces era como que yo no estaba haciendo nada, o sea ¿qué hacía? (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2).*

Lo que se devela en estos casos, es que la particularidad de estos centros no es legitimada por el Sistema de Salud. En esta situación en específico los centros de atención hacen una opción por atender a estas personas y buscar/crear soluciones. La sensación de remar contracorriente del propio Sistema de Salud es importante en estos/as funcionarios/as:

*“Yo no sé, o sea, al principio fue muy difícil. **Muy difícil y sobre todo para ellos y para ti como profesional no saber qué respuesta darle**, porque... nos pasó al principio que ya, nos empezamos a hacer cargo de los niñitos, los inscribimos y de repente había una patología extraña en algún niño y lo botaban del hospital, porque no podía ser atendido. Entonces, la pregunta era: **¿vale la pena bajar tanto las barreras si en el fondo nos quedamos solo en atención primaria?**, ¿o sea como yo voy a saber que ese bebé tiene algo que sea a nivel secundario? ¿Ese nivel secundario me va a dar respuestas?, ese niño va a quedar esperando quizás hasta cuándo. O sea, ¿qué es lo que se hace? ¿Qué hacer? (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2).*

Aquí vemos una de las transformaciones. Los datos muestran que, previo a la amnistía que firmara Bachelet en su primer mandato (2006-2010) la situación de irregularidad para los/as migrados/as peruanos/as era muy común. Durante este período se comenzaron a decretar los primeros reglamentos que establecían la atención de salud como un derecho (al menos para menores de edad y mujeres embarazadas), el cual fue llevándose a cabo lentamente, sobretodo en lugares donde los/as migrados/as residían hacía poco tiempo.

En situación irregular, como las mujeres dicen “ilegales”, ser “inmigrante” connotaba para ellas algo tan negativo como cualquier delito penalizado. Se decía que carabineros y/o la policía de investigaciones los/as buscaba para deportarlos/as, muchos/as de ellos/as empezaron a “autodenunciarse”. Había una construcción, un imaginario terrible de lo que podía pasar, de la cual los equipos de salud no tenían conocimiento. En estas circunstancias la visita domiciliaria, propia del modelo de salud familiar, se transformaba a los ojos de los/as migrados/as en una práctica persecutoria, lo que generaba una cadena de desencuentros y dificultades. La siguiente cita refleja bien cómo ese mismo problema devino en algo positivo, que sirvió para conocer más la realidad que ellas viven. Por otro lado, también las migradas señalan que ellas aprendieron – y les gusta- que los equipos médicos vayan a verlas a sus domicilios¹⁵, situación que no se da en Perú:

*Se escondían, no estaban, si tu vieras así **al principio tenían puros domicilios falsos, y la gente estaba acá...** los funcionarios así como -pero por qué los vamos a inscribir si son domicilios falsos, que no sé qué...-, y era todo. Entonces yo muchas veces tuve que ir a verificar domicilio previa inscripción, o sea que era una lata, porque antes de que la persona se inscribiera ir a ver si efectivamente vivía donde decía vivir. Después me di cuenta en ese transcurso... sirvió mucho, porque por ejemplo, después daban bien la dirección, habían cosas que nosotros ni siquiera nos imaginábamos en las condiciones que vivían. (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2).*

Estas situaciones imprevistas han obligado al personal de salud a buscar soluciones provisorias a las diversas problemáticas que surgen, problemáticas que no tienen relación con las dificultades de las migradas en salud, sino con su situación migratoria. Hago esta distinción que también hacen los equipos médicos, para enfatizar que no se trata de una diferencia de salud, de requerimientos sanitarios, sino más bien de la situación socio-económica y jurídica de las migradas, que les impiden tener las condiciones para su atención. En este caso, cada vez que este equipo concreto salía a terreno se les informaba a las migradas de cómo se conducía el sistema de salud y qué querían lograr a través de la visita. Poco a poco fueron bajando las reticencias y hoy, según relatan tanto funcionarios/as como migradas, están acostumbrados/as a esta práctica.

El modelo de salud familiar indica que deben realizarse rastreos y “rescates” de los/as usuarios/as que estén inscritos en algún programa o tratamiento y que no estén asistiendo a éste. La nula asistencia perjudica las metas asociadas, por lo que se obliga a los/as funcionarios/as a cumplir esta medida, lo que se dificulta enormemente en el caso de las migradas debido a que continuamente se cambian de domicilio. Alguna veces las usuarias consiguen el certificado de residencia para poder inscribirse, pero no viven donde indican. O simplemente, se han cambiado de residencia. Cuando se trasladan a otro sector de la comuna o a otras comunas que no corresponde al centro de salud, la dificultad es mayor, ya que el personal de salud no puede salir de su territorio como para hacer esa visita. Muchas veces las mismas usuarias no quieren cambiarse al centro de salud que les corresponde geográficamente por temor a la discriminación que se vive en otros centros.

Si bien no es el centro de esta investigación, es crucial comprender cómo se articulan dimensiones como salud, vivienda, trabajo y género, en la vida de la persona migrada y cómo el trabajo ocupa un lugar primordial. El contrato de trabajo es una manera de obtener un tipo de

¹⁵ Mi propio proceso de investigación se vio favorecido por esta medida, ya que las mujeres accedieron fácilmente a recibirme en sus viviendas teniendo el precedente de visitas de parte de profesionales de salud.

visado común entre las migradas, y debido a esto y el salario, ellas privilegian mantener sus trabajos a preocuparse de la salud. Muchas veces las mujeres le señalan al equipo médico que no les permiten asistir al centro de salud si eso significa un cambio en el horario o una inasistencia. Es el caso de Valeria, una migrada que aceptó ser entrevistada. Ella tiene un trabajo remunerado y con contrato y tiene como carga de FONASA a sus tres hijas, una de ellas tiene una condición médica que hace imprescindible la atención de salud y su marido es quien decidió trabajar en forma esporádica (pudiendo optar a un trabajo con contrato y mejor remunerado) con el fin de poder acceder a mayores cuotas de flexibilidad horaria y acompañar a su hija al médico, ya sea en salud privada o pública, según sea la urgencia.

El no tener trabajo o un trabajo muy precario incide en el nivel socioeconómico de las migradas, lo que a juicio de los/as funcionarios/as dificulta que puedan seguir las indicaciones en los tratamientos y las medidas básicas de alimentación e higiene para una vida saludable, que se nota principalmente en niños/as. Los temores a que se resfríen, por ejemplo, hace que sea difícil asearlos en baños compartidos, que se encuentran la mayoría de las veces en los patios a la intemperie e implica exponer a los pequeños y pequeñas a la temperatura ambiente. Desde las migradas el trabajo dificulta enormemente sus posibilidades de acceder a la atención, ya que siendo precario y esclavizante, se convierte en un obstáculo para la asistencia al centro de salud. No sólo se trata de que no les den los permisos para ajustar los horarios, sino de que las horas recuperadas no se pagan y el trabajo se acumula. Lo que deviene en que la atención de salud se vuelve en contra de las personas, sin salario y sin descanso.

Una parte no menor de las entrevistadas que se encontraban trabajando al momento de su embarazo no tuvo acceso a prenatal ni postnatal, y en todas estas ocasiones fue debido al temor del trato que pudieran recibir por parte de sus empleadores. Algunas optaron por dejar el trabajo apenas supieron su estado, otras por esconderlo incluso hasta el séptimo mes de gestación. El miedo es un factor clave en cómo las migradas gestionan su acceso y tratamiento en la atención de salud.

*“No, no tuve seguro, nada, de prenatal... **porque sabía que a mi patrona no le iba a gustar mi embarazo, me iba a preguntar con quién, porque sabe que tengo mi hija allá en el Perú y siempre me lo decía, que ella debía ser mi prioridad, nada más, nadie más, entonces la iba a decepcionar y entonces me podía tratar peor, porque no era buena, no era una buena persona. A veces invitaba a toda su familia, no sé, 20, 30 personas, y yo tenía que atenderlos a todos, sin ayuda, por el mismo dinero... entonces, me dio miedo, y cuando ya se me notó mucho me salí, me fui yo sola... como a los 6 meses”** Fabiola, usuaria Centro de Salud 1.*

Cabe destacar que los testimonios más duros relatados datan de años atrás y las últimas experiencias en relación al trabajo-maternidad son más positivas. Esto nos lleva a pensar que las migradas peruanas tienen mayor acceso a información hoy, más redes personales, y exigen en consecuencia sus derechos laborales y de salud.

En la otra cara, en relación a las dificultades que perciben las usuarias migradas, una buena parte tiene que ver con su llegada a un sistema sanitario distinto, a otra forma de organizarse en la atención de salud.

*“Sí, es distinto. Es... quizás porque es capital porque mi cuñada que es de Lima ella también, me cuenta que en capital Lima - yo estoy en provincia, también. En Tacna **tú llegas tengas o no tengas carnet, o no sé, una ficha clínica, solamente pagas no más: pagas por tu número y te atiende, cualquier doctor.** <Y la medicina el doctor te lo receta todo y te pasa a control todo: peso, talla. Pero **acá si no tienes carnet, si no estás inscrito no te atienden, entonces uno tiene que ir a particular.** Yo a veces he ido también al Doctor Simi, entonces pago por mi atención, todo, me daban la receta e iba a comprar mi medicina. Pero no nos hemos enfermado mucho”.* (Mary, usuaria Centro de Salud 2).

Los/as mismos/as funcionarios señalan que el sistema contiene elementos de carácter burocrático que pueden ser ininteligibles para una persona extranjera. En el caso de la salud la dificultad se acentúa pues incide negativamente en los tiempos que requiere la atención, que muchas veces, es urgente. La dificultad para los/as funcionarios/as es cómo traspasar esta información a las usuarias:

*“Hay trabas o digamos barreras, que probablemente dicen **“¿pero por qué existen?”** y tiene que ver con cómo funciona el Sistema de Salud de Chile, porque la persona tiene que estar inscrita, tiene que tener una cédula de identidad por un tema médico legal, tiene que seguir controles, que son metas para nosotros, **cómo le explicamos eso**”* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 1).

Una parte clave de esta problemática es que el personal de salud no tiene un referente con el cual comparar el Sistema de Salud chileno, desconocen cómo funciona el Sistema de Salud peruano lo que podría ser de utilidad para explicar y relacionarse con las usuarias en sus propios términos. En este sentido los/as profesionales de salud indican que *“Acá no estamos haciendo salud intercultural, estamos atendiendo en la medida que podemos”* (Mariela, funcionaria Centro de Salud 2) lo que significa que tienen clara conciencia sobre las herramientas, capacidades y saberes con los que cuentan, y que son, a todas luces, insuficientes y los/as lleva a reflexionar sobre la pertinencia de la atención que están prestado, *“por una parte, no hacemos discriminación pero tampoco estamos atendiendo las necesidades específicas de las inmigrantes”* (Camila, funcionaria Centro de Salud 2).

Las indicaciones particulares que los equipos puedan dar a las migradas (las normativas, plazos, cómo ayudarlas) se han aprendido con el tiempo, buscando canales y redes, que la mayoría de las veces, no se encuentra en el Sistema de Salud. Instituciones particulares como el INCAMI (Instituto Católico de Migraciones) o Ciudadano Global (Servicio Jesuita Migrante) han colaborado activamente con este proceso, haciendo sensibilización a los equipos, cooperando con ayuda judicial y social. Como planteo más adelante, el establecer vínculos con otras organizaciones y pensar las problemáticas de las migradas es una necesidad no resuelta de los centros de salud que atienden población migrada.

Pasando a las problemáticas que relevan los/as funcionarios/as se destaca lo que podríamos denominar hipersensibilidad de las usuarias migradas. Esta situación se da cuando se les señala una normativa (como los atrasos en la llegada a la hora de atención, que debido a esto se pierde) o cuando se les niega una petición (cambio de hora o profesional) a lo que las mujeres migradas reaccionan afirmando sentirse objeto de prácticas xenófobas. Algunas funcionarias se muestran preocupadas, ya que sienten que debido a tratos discriminatorios recibidos por parte de chilenos/as, las migradas no confían en el personal de salud. Sin embargo rescatan que esta situación se supera al establecer un vínculo con las usuarias, situación que se da con el tiempo.

En algunos casos los/as funcionarias perciben que esta hipersensibilidad afecta de manera importante la relación con las usuarias migradas sobre todo cuando ellas optan por el silencio y la vía de comunicación se cierra. En estos casos sienten que se ven obligados/as a enfrentarlas, manifestándole a las migradas que no habrá discriminación debido a su nacionalidad. Cuando esta interpelación ocurre, generalmente las migradas les reportan haber sufrido discriminación y/o malos tratos en otro centro de parte de personal de salud. Esto, a su vez, da cuenta que, como he postulado, la forma de interactuar con población migrada en estos centros, no es general ni extensible a todo el sistema de salud chileno.

Otro tema que los funcionarios y funcionarias ven con preocupación y que afecta el proceso de atención es la baja asistencia a controles. Desde la perspectiva del personal de salud, los equipos hacen lo posible por brindar la atención pero son los/as migrados/as quienes no se acercan al centro de salud. O se acercan preferentemente durante el embarazo, pero luego no continúan asistiendo. Esto se debería a los trabajos que, en general, realizan las migradas: trabajos sujetos a extensos horarios, muchas veces en zonas de la ciudad muy lejanas a sus domicilios y del centro de salud, sin embargo esta dificultad es general de todas las usuarias del sistema, aunque sea percibida de una manera más importante respecto de las usuarias migradas.

Una situación que podría incidir en la problemática de la baja asistencia al centro de salud es el conocimiento que las usuarias tienen de sus derechos en el sistema de salud chileno. El acceso a información se da en el momento en que asisten, y previo a esto sólo podrían acceder a la información por vía de las redes personales de las usuarias, las que son muy variadas: algunas tienen redes fuertes, familiares/amigos, otras vienen prácticamente solas. En este último caso un ingreso tardío a control gestacional puede darse, sin embargo ha ido disminuyendo con el tiempo. De parte de las usuarias migradas se confirma este supuesto, 4 de 12 entrevistadas señalaron no tener conocimiento de sus derechos al momento de quedar embarazadas, motivo por el cual empezaron a asistir al centro de salud alrededor de los 4 meses y medio de embarazo, sin embargo, estas situaciones se dieron hace un promedio de 6 años, y ellas mismas señalan que hoy la mayoría sabe cómo funciona el sistema.

Otro factor que piensan podría generar incomodidad y rechazo a la asistencia a los centros de salud es la relación que las migradas establecen con los/as demás usuarios/as, sobre todo con los/as chilenos/as; situaciones de violencia verbal son comunes, así como un trato denotativo. En el centro de salud 2, estas situaciones se controlan, el mismo personal de salud se hace cargo y ha hecho suyo un discurso sobre la inclusión, el que es abiertamente expresado cuando ocurren situaciones de xenofobia. Una de las frases que me tocó presenciar en un diálogo en este centro de salud, es la que da título a esta investigación: “**Aquí se atienden personas, no nacionalidades**”, esta frase me fue repetida en varias ocasiones por el personal de salud de este centro, siendo una especie de leitmotivo que guía la acción. A través de esta cita quiero destacar cómo el compromiso con los/as usuarios/as, para ser efectivo, debe ir más allá de la pura atención biomédica, que escinde a la persona de su contexto sociocultural y la convierte en un paciente-síntoma, pero que a la vez cuando piensa en la “otredad” la exotiza y la segrega en vez de comprenderla.

Por otro lado, destacar, como lo he manifestado anteriormente, que esta conformación y consolidación de un equipo de trabajo es excepcional, lamentablemente, y por ende debiéramos pensar cómo generar procesos de aprendizaje que permitan a los demás equipos de salud forjar

prácticas auto-reflexivas y positivas que tengan como norte la capacidad de comprender las diferencias y particularidades de todos/as los/as usuarios/as. Se trata pues, de la constatación de una falta, pero también de una directriz.

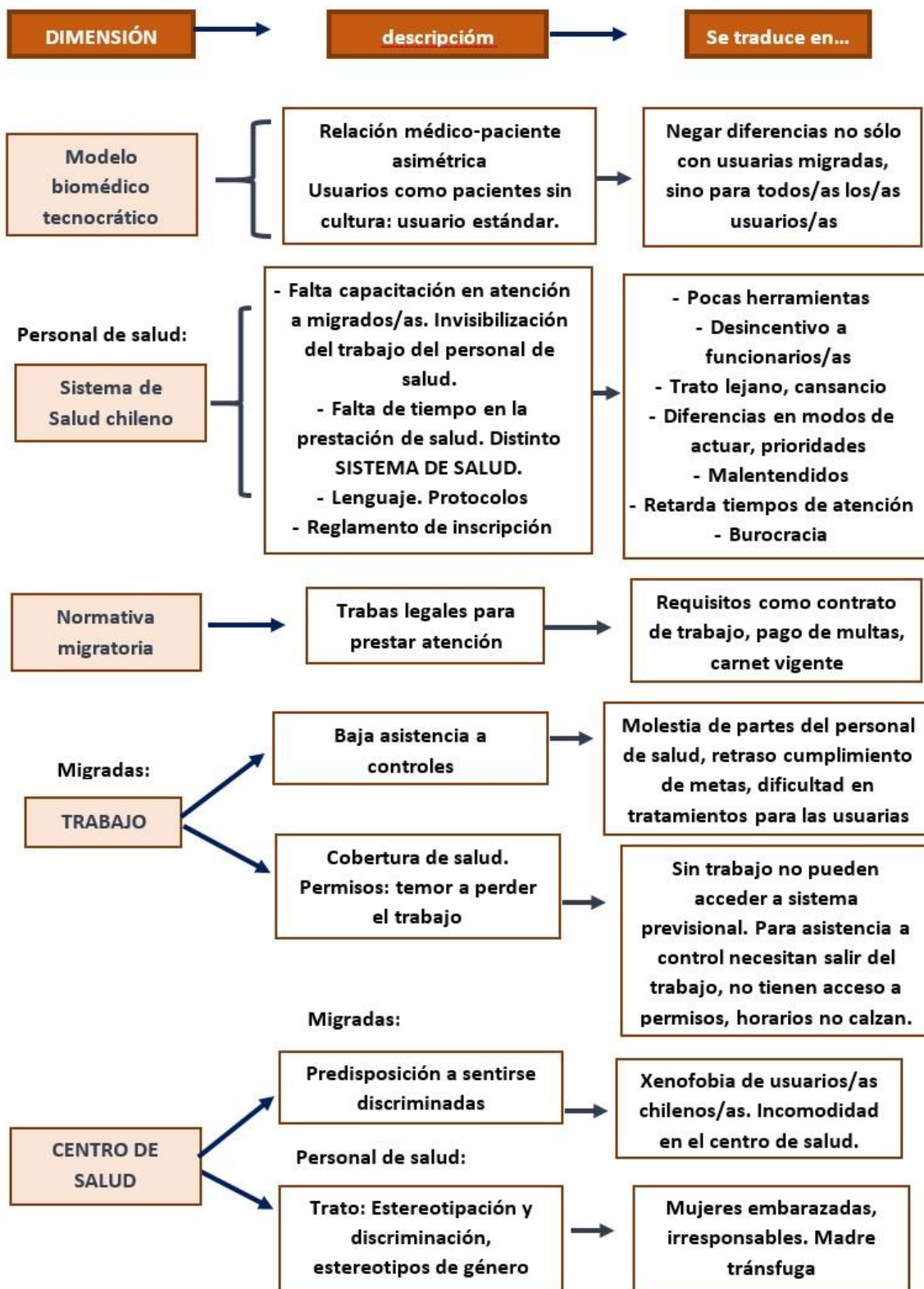
Siguiendo con el abordaje de los/as usuarios/as chilenos/as en su relación con las migradas, en el centro de salud 1, mucho más amplio en términos de superficie del centro, los/as funcionarios/as que están en los box de atención no ven las salas de esperas ni pasillos, prácticamente en toda la jornada. No sorprende, entonces, que no sean capaces de señalar si existe este tipo de prácticas o no. Prácticas que, efectivamente, se dan, como recogí en un fragmento en que me tocó presenciar la humillación pública de varias mujeres extranjeras. Como muestran las siguientes citas:

*“Nosotros **lo que hemos avanzado no lo ha avanzado la comunidad.** O sea, la resistencia está en la comunidad, está en los vecinos, está en las juntas de vecinos, en las organizaciones, ellos están más reacios”* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 1)

*“Por qué yo te voy a discriminar porque tú eres de Perú o de la China, o de no sé dónde, **tú eres para mí una usuaria que yo atiendo, y eso la relajó, y si te pasa algo, dime... y ella me decía que se había sentido discriminada en otro lugar y en la sala de espera también...**”* (Fabiola, funcionaria Centro de Salud 2)

El siguiente cuadro muestra las dimensiones en las que ocurren estas situaciones: una gran parte de ellas tiene relación con un plano más estructural y otras involucran acciones individuales. Además, son justamente estas últimas (estereotipación, discriminación, relación médico-paciente asimétrica, tecnocracia) las que son invisibilizadas (minimizadas o no reconocidas) por usuarias y funcionarios/as.

Diagrama: Problemáticas en el proceso de atención de salud de usuarias migradas.



Elaboración propia a partir de análisis de resultados

IV. El concepto de cultura en la visión de los/as funcionarios/as de salud.

La migración ha puesto en el centro del debate el tema de los derechos humanos. El derecho a la salud, en particular, es una esfera que, como hemos recogido de parte de los/as entrevistados/as, es capital para comprender cómo estos derechos encuentran acogida en la sociedad receptora. La mayor parte de las personas que participaron de esta investigación consideran que el acceso a la salud es, efectivamente, un derecho y que éste debiese efectuarse en condiciones de calidad no sólo en la infraestructura y eficacia de la atención y el tratamiento, sino en la resolución de la problemática que aqueja al usuario, donde la interacción entre personal de salud y usuarios/as es clave.

En relación a las usuarias migradas aparece de forma recurrente en el discurso de los y las funcionarias el concepto de cultura, asumiendo que las migradas tienen “otra cultura” y que comprender/conocer esta “otredad” les daría más herramientas para la atención. Pero, ¿qué significa la cultura para los/as funcionarios/as? ¿De qué “cultura” hablamos en el proceso de atención de salud? A continuación revisaremos las perspectivas que encontramos entre los/as entrevistados/as y cuáles son sus implicancias para el proceso de atención de salud de las migradas peruanas.

La cultura como otredad: ciencia versus creencia.

Como se ha recalcado, la enfermedad y la salud son experiencias humanas básicas, pero cómo son vividas y significadas corresponde al plano socio-cultural. Tal como lo plantea la antropología médica, los procesos de salud, enfermedad y atención deben ser comprendidos en entramados culturales particulares. Pero, ¿qué tan conscientes son los equipos médicos de las consecuencias de esta aseveración? Cuando pensamos en las variables culturales de un fenómeno, ¿a qué nos referimos? ¿Dónde se sitúa la cultura? La AM propone entender todos los sistemas médicos como sistemas culturales.

Si decimos que el sistema biomédico es un sistema cultural desarrollado para lidiar con los procesos de salud/enfermedad/atención, ¿qué parte corresponde a lo “cultural”? Siguiendo a Menéndez (2000), lo cultural se encuentra en la estructura de reglas, el entramado invisible de sentidos compartidos. Si bien existen estos sentidos compartidos, en un contexto específico donde se instale el sistema biomédico habrá particularidades. Es decir, hay un sistema general que se ha descrito, pero también en cada territorio donde se concretiza ese sistema, donde se lleva a la práctica, ese sistema se transforma. Es, en cierto sentido, apropiado, re-significado. Y no podría ser de otra manera, de lo contrario, no sería capaz de responder a la principal característica de lo cultural: el sistema es dinámico, se transforma, en palabras de Bauman (2002) es líquido. Como primer corolario de pensar la biomedicina como sistema cultural se debe romper con la noción de un sistema fijo y estático. Aunque es complejo de abordar teóricamente (pues se trata de un sistema altamente estructurado y estructurante), en la práctica esto es evidente: la biomedicina es un sistema cultural con subculturas operacionales, actúa como un sistema ideológico que al encarnarse en un espacio particular se modifica. He descrito ampliamente como la aproximación etnográfica me permitió caracterizar dos contextos de atención de salud de nivel primario: ambos centros operaban con el mismo sistema médico y

con el mismo sistema sanitario, inclusive dentro de la misma comuna y en barrios vecinos. Sin embargo, la estructura de la organización de los practicantes y los equipos de salud posibilitaron la ocurrencia de modelos de atención diversos y hasta opuestos, en ciertos puntos, entre sí.

La cultura, vista de esta manera, tiene como eje central su capacidad de cambio y adaptación, fluctúa con las personas que la realizan y la significan. Cuando se establece una forma común de orientar(se) podríamos afirmar que hay cultura(s) *dentro* del modelo biomédico, y su condición intrínseca es su capacidad de transformación. Esto es fácilmente comprensible si atendemos al fenómeno que ocupa este trabajo: la atención en salud varía. En los centros de salud que visité con motivo de esta investigación varía sobretodo la percepción del propio trabajo en relación a los compañeros/as de centro, y la meta personal pensando en las usuarias migradas. Como ellos/as mismas afirman tienen una "cultura" organizacional propia. En esta acepción se comprende la cultura como parte de factores locales que construyen determinadas estructuras organizacionales. Está presente la idea (aunque no de manera expresa) que la biomedicina es flexible, se puede moldear, en cierto sentido, la biomedicina sería un marco operativo para la cultura organizacional y de praxis, que pueden ser diversas.

Menéndez (2007) sostiene que la biomedicina también puede considerarse etnomedicina, en la medida que genera sus propias reglas o maneras no sólo de comprender el proceso de salud-enfermedad-atención, sino de cristalizar estas formas y reproducirlas, con variaciones, en distintos contextos. Esta perspectiva concuerda con la que algunos/as funcionarios/as expresan, que la cultura sería una forma común (en el doble sentido de comunitaria y natural, ordinaria, cotidiana) de conducirse, de actuar. Desde la antropología agregaríamos, de significar y normar. Este enfoque tiene varias aristas que traen consecuencias para la atención de salud de las usuarias migradas peruanas.

Una primera arista que salta a la vista cuando el personal de salud habla de cultura, es la incapacidad del personal de salud de verse como parte de un sistema cultural. Cuando se refieren a la cultura, hay que notar que siempre se refiere a un tercero, a un otro. Como recogía previamente en lo señalado por Sadler: *"es interesante observar como se suele ver a los sistemas médicos distintos a la biomedicina como cargados de "cultura", mientras se le quita lo "cultural" a la medicina alópata, como si fuera una creación sin historia y sin una particular cosmovisión"* (Sadler, 2008:03). La otredad tiene cultura, no nosotros. Esta figura cargada de cultura es, en nuestro contexto de investigación, la migrada, pero también aparece la figura del indígena. No se visualiza a la biomedicina como una forma cultural de enfrentar la salud y enfermedad, en otras palabras, no se la ve como una etnomedicina. Los otros tienen creencias (culturas), no nosotros (que tenemos ciencia). La designación "biomedicina" como el nombre de la medicina profesional de occidente enfatiza el hecho de que esta es una medicina eminentemente biológica, como señalan Gaines y Davis-Floyd (2003), la etiqueta "biomedicina" fue atribuida por estas razones pues anteriormente simplemente se llamaba "medicina" lo que dejaba a los demás sistemas médicos automáticamente fuera de la medicina, en lo ineficaz - los sistemas basados en la "creencia" en lugar de la certeza del "conocimiento" médico (Good 2003).

La oposición ciencia/creencia se encuentra en los orígenes históricos de la biomedicina y subyace a la afirmación continua de la doctrina de la etiología específica y la premisa de la fragmentación y escisión como método de conocimiento. Siguiendo a Sadler (2006) una de las tradiciones derivadas de la herencia filosófica y cultural occidental que puede explicar la tenacidad de ciertas suposiciones y prácticas biomédicas es la del "naturalismo" concepto usualmente utilizado como "ciencia". El naturalismo es la visión de que los humanos son sólo

una parte de la naturaleza pero que ésta debe ser entendida según los cánones de la ilustración, es decir, como parte de un movimiento evolucionista cuyas leyes son universales y cuya dirección es ideal (Gordon, 1988:21). La suposición naturalista de que la naturaleza se encuentra separada de la cultura es de especial interés para esta discusión. La antropología ha trabajado esta dicotomía largamente, en ella se manifiesta el valor menor de la cultura: en tanto se basa en supuestos a-científicos está fuera del método de validación de conocimiento occidental. Así, asimilada la cultura a creencias (conocimiento no-científico), se relega a un último plano su lugar en la escala epistemológica.

Gordon (1988) plantea que los marcos de entendimiento que están detrás de las suposiciones sobre conocimiento y verdad en la medicina occidental, no se han alterado substancialmente por el cambio en el modelo causal de la enfermedad. Y esos entendimientos “*tienen consecuencias en las maneras en que la epidemiología toma y operacionaliza conceptos antropológicos, especialmente el concepto de cultura*”. Aunque el tránsito a modelos más comprensivos es evidente, no sólo en la epidemiología sino en modelos de atención (como el modelo de salud familiar que se utiliza en los centros de estudio de esta tesis), la oposición ente ciencia versus creencia es evidente. Esta cuestión es crítica si entendemos que ciencia/creencia están presentes en todos los modelos de conocimiento, lo que hace a la biomedicina es tanto una determinada doctrina epistemológica, como la historia y sus operadores, no puede huir de la cultura porque forma parte de ella. Como señala Amarasingham (1996) ni la descripción objetiva ni el formato de un caso en el cual la descripción es habitual, constituye un valor neutral de la medicina. Más que funcionar para delinear la realidad que existe independiente de su descripción, la biomedicina utiliza técnicas para la delimitación de la realidad que crea pacientes como individuos susceptibles a un tipo de juicio particular, un juicio de tipo moral, creando estereotipos respecto de la normalidad y anormalidad de sus usuarios/as.

Una segunda suposición sostenida por el personal de salud, correlato de la anterior, es que las usuarias migradas tienen su *propia cultura*, es decir su propia forma de hacer, y el personal de salud tendría a su vez su propia cultura, una forma distinta de hacer que produce fricciones. Sin embargo la idea más potente que está detrás de esta noción, es pensar la cultura como diferencia, como bloques separados de conocimientos y prácticas, que no se relacionan y que cuando lo hacen están determinadas por la primacía jerárquica de la biomedicina. Entonces, ¿cómo enfrentar este encuentro de culturas?, una respuesta es:

“No tratar de imponer nuestra visión cultural para lo que ellos traen. Porque en el fondo ellos vienen de un pensamiento totalmente distinto. Nosotros tampoco podemos llegar e imponerle... cómo hacemos las cosas en Chile” (Julieta, funcionaria Centro de Salud 1).

Se desprende de esta propuesta, una visión reduccionista de la cultura, donde se la asume como bloques separados, que cuando entran en relación se dañan la una a la otra o comienzan procesos de sometimiento, de aculturación. Son, por lo tanto, culturas ajenas, distintas y distantes. (No hay puntos de encuentro. No obstante, hay un reconocimiento de la diferencia y del respeto que cada una merece, la no imposición requiere sobretodo un conocimiento mutuo y el diálogo). Esta perspectiva pasa por alto el dinamismo intrínseco a las culturas: comprender que no hay nada fijo en la cultura, sino quizás, la capacidad de transformarse, la capacidad de apropiación de las personas que la comparten y que el aprendizaje sobre las *formas de hacer* puede enriquecerse, y lo hace, en ambos sentidos: para usuarias y para funcionarios/as. Sobre las formas de significar es más complejo, porque involucra cuestionar primero las propias maneras de dar sentido a las acciones, por supuesto también en ambos lados de la ecuación

(funcionarios/as y migradas). Esto no es un inconveniente sencillo si pensamos en el alcance, validación y legitimidad que ha alcanzado la ciencia en el mundo global, tal como sostiene Martínez *“el problema de la supuesta ‘transparencia’ de la ciencia puede considerarse uno de los retos más significativos de la antropología contemporánea. Frente a otros productos y estructuras culturales que hacen más explícitos sus valores, su particularidad, su adscripción a un mundo moral local, el discurso científico ha mostrado una especial opacidad al análisis cultural como consecuencia de su propia presentación como sistema desideologizado, universal, apolítico y amoral (en el sentido libre de valores)”* (2008:34).

Las usuarias migradas, siguiendo con esta línea, desarrollan mayor conciencia de los procesos de aculturación en salud, pero se someten voluntaria y conscientemente en pos de lograr ciertos objetivos. Dejarse permear por las formas de conducirse de la atención de salud en Chile, es una estrategia que les da buenos resultados y que, como aprendizaje, ellas relatan con cierto orgullo:

*“Yo digo, señorita, que nosotras aprendemos, sí... aprendemos las cosas que se hacen aquí... como hay que conducirse para que no hayan como le diría, roces. Que la doctora por ejemplo no pierda tanto el tiempo con una, porque eso la debe fastidiar, ¿no? Entonces **a veces uno quisiera saber por qué, pero uno se calla nomás y calladita va una y hace lo que debe y después de eso, todo bien... la atención es buena**”* (Jacqueline, usuaria Centro de Salud 1).

Como se desprende del relato de esta usuaria, el proceso de modelamiento de las conductas de las mujeres migradas ocurre fruto de la observación y de sus interacciones en el espacio de atención, por lo tanto, aun cuando los equipos de salud se mantengan alertas frente a no imponerse, esta forma de violencia es más sutil y constante, y precisa de la deconstrucción a nivel no sólo de la acción sino de los sentidos y significados de éstas, y por supuesto, de la apertura al diálogo como forma de cuajar expectativas recíprocas. De hecho, al preguntar si esta situación es generalizada, todas las usuarias entrevistadas señalan que sólo depende de la persona, es decir, si en la interacción ellas sienten el “fastidio”, o se sienten, de alguna manera intrusas, bajan sus expectativas, preguntan menos convirtiéndose así en “usuarias tipo”.

Por otro lado el conocimiento sobre la “otredad”, aquello en que somos distintos, es clave para entrar en relación. Como he mostrado, los/as funcionarios/as conocen, en general, las condiciones de vida de las migradas, sus motivaciones para emigrar, sus dificultades. Saben que necesitan atención de salud. Pero afirman no conocer su “cultura” y, de hecho, esta es una de las necesidades expresadas más insistentemente por ellas/os. Parece ser que el foco de la cuestión no es la “cultura”, ni las mentadas “diferencias culturales”, sino la relación con las usuarias (establecida en el presente y a partir de expectativas recíprocas) que se manifiestan en un compromiso común:

*“**Conocerlas a ellas como personas y trabajar con ellas, o sea no como imponer tanto, como se hace habitualmente en salud. Todavía hay como una visión de que la persona de salud es como está acá arriba, una relación asimétrica, y luego, establecer juntos ciertas estrategias de trabajo**”* (Pilar, Centro de Salud 2)

Esta visión bien aplica para el conjunto de usuarias/os del sistema de salud, sin embargo en la relación con las migradas es donde se pone de relieve, cabe preguntarse si los equipos de salud son conscientes que todos los/as usuarios/as tienen cultura, incluso ellos/as mismos/as y en un sentido más profundo que el organizacional. Una conclusión fuerte de este trabajo es justamente que las ‘diferencias culturales’ se reducen a aquellas zonas grises donde el personal de salud no sabe (no hay una respuesta estructurada desde su sistema cultural para enfrentar el proceso de salud-enfermedad-atención) de qué manera abordar la relación. Es decir, siguiendo a Martínez (2008) es la barrera del espejo, de ser capaces de autocrítica de un modelo que se establece como certero y fiable ante todo. Comprender que se es practicante de un sistema médico (uno de muchos), que este sistema, como todos los demás, es cultural (ideológico), y que como tal es dinámico y flexible (permite cambios, reflexividad y admite nuevas construcciones cuando las que se tenían ya no funcionan), esa es la tarea a la que fenómenos como la migración (las diferencias culturales) nos conducen.

Cultura como set de variables.

Otra de las concepciones más arraigadas sobre la cultura entre el personal de salud, es que ésta se compone de costumbres, tradiciones, ritos, “las cosas típicas”. Esta perspectiva entiende a la cultura como una serie de rasgos y acciones que confieren identidad a quienes las ponen en práctica. Se trata de una definición rudimentaria de la cultura, que la restringe a elementos llamativos, “folklóricos”, en palabras de Meñaca (2004) esto se traduce en el sector salud a habilidades que el personal puede desarrollar para abordar las diferencias culturales de los usuarios del sistema de salud. Como señalan Kleinman y Benson (2006) se ha malentendido el concepto de cultura como una lista de características que definirían la identidad de ciertos grupos de personas. De esa manera, en lugar de resultar buenas herramientas para el profesional sanitario, muchas veces le han llevado a malentendidos y a ser más rígidos que los/as propios/as migrados/as en la interpretación de sus normas y tabúes –si es que existen-culturales. El reduccionismo implícito en esta acepción deviene en una lista de rasgos típicos, los cuales son fijos, inmutables y estáticos en el tiempo, la cultura en esta acepción se esencializa, se cree que hay hechos o características medulares, sin los cuales la cultura no puede existir. Cuando le preguntaba a cada funcionario/a por la cultura de las migradas, la mayoría de ellos/as me señaló que les hacía falta conocer sus tradiciones, “sus bailes, sus costumbres”. Es una visión que exotiza a las mujeres migradas, convirtiéndolas en personajes, estereotipos, portadoras inexorables de su “identidad cultural”.

¿Cuál es la traducción de esta definición de “cultura” en el ámbito sanitario? ¿Qué correlato se sostiene de esta visión de la “cultura” para la relación entre personal de salud y usuarias migradas? No cuesta mucho comprender el lugar secundario y accesorio que tendría la cultura desde este punto de vista. Revisemos entonces cuáles serían las prácticas “culturales” de las usuarias migradas peruanas: la detección de fiebre en niños y niñas a través de un huevo, el diagnóstico de enfermedades por medio del sobamiento de un Cuy, el uso preferencial de hierbas medicinales de parte de las migradas en vez de tomar medicamentos alopáticos (no lo hacen la mayoría de las usuarias peruanas pero sí un porcentaje mayor a lo que se ve entre la población nacional), el uso de un lenguaje diverso con giros locales, prácticas alimentarias diversas, etc. Ninguna de estas prácticas es vista como decisiva para la atención de salud, no sólo en términos de obstaculizar las indicaciones del personal sino que comprenderlas no hace realmente una diferencia ni para las usuarias ni para los prestadores de salud.

Si hacemos el ejercicio inverso, y nos preguntamos, como recomiendan Kleinman y Benson (2006) ¿qué es lo que necesita saber un/a profesional de salud respecto de una usuaria migrada, qué es lo crucial y lo que está en juego en esta atención?: es la persona, no el estereotipo, no su “cultura”, no al menos entendida de esta manera. Tal como señalaba anteriormente, el atender a personas y no estereotipos es primordial. El conocimiento que se pueda construir de la usuaria migrada debería fundarse en la relación personal, no en el imaginario que se tiene de ella. Esto puede tener resultados muy positivos para la relación médico-paciente y el establecimiento de la eficacia terapéutica. Así es reconocido por una parte de estos/as funcionarios/as:

*“Yo pienso que **hay que meterse como en lo cultural**, una variable tremendamente importante por lo menos desde mi profesión, y uno **incluso a pacientes de un mismo país tienes también, tienes que lograr diferenciarlos**, como te decía por zona, por la forma en que llegaron a Chile, eh, con el plan que tenían, que... de la evolución de ese plan con respecto a lo que están viviendo hoy en día, se cumplió o no se cumplió, en qué están. Yo diría que como aprendizaje es eso, **como considerar bien significativamente la variable cultural**, para mí es un tema porque me interesa mucho eso, y siento que también tiene que ver un poco con, con la **caracterización del paciente** en la cabeza que uno hace. Que uno también con eso, cuando le manifiesta al paciente “oye, eres de allá y escuchas esta música”, no sé po, “ah, eres de Trujillo, y escuchas harta chicha”, “sí, cómo sabe”. Entonces, uno con eso logra por ejemplo, **disminuir las defensas del paciente, o lograr también incidir en el nivel de ansiedad del paciente, el paciente se siente como que se siente más tranquilo, relajado, a uno no lo ve como ‘el profesional’, que está en un piso distinto, sino que ve como a alguien que también está interesado en cosas de ellos, en el fondo**. Así, creo que es una variable que incide positivamente en la relación profesional-paciente” (Carlos, funcionario Centro de Salud 1).*

En esta cita, se mezclan dos visiones: la que exotiza a las usuarias migradas y piensa la cultura como lista de costumbres, rasgos y diferencias que hacen a la identidad de las personas, pero también se deja entrever el uso de la cultura como parte del establecimiento de una relación con la usuaria, más allá de lo biomédico-técnico. Este tipo de relación, como señalan Kleinman y Benson debería ser parte de relación terapéutica, y no del trato con ciertos/as usuarios/as que se cree tendrían una particularidad cultural. En el caso que nos ocupa, esta relación se sostiene en una especie de negociación: en los relatos del personal de salud se acuerdan usos, tratamientos, entendimientos de la salud/enfermedad. El preguntar a la persona cómo lo hace o lo haría (administrar un tratamiento, medicamento, etc.) en vez de imponer sin previa escucha, o utilizar los términos de las usuarias migradas son prácticas que debieran ser recurrentes entre estos/as profesionales. Pero también hemos visto cómo las usuarias utilizan estrategias para lograr una atención de calidad y establecer empatía de parte del personal de salud, en este sentido, son ellas quienes más se “amoldan” al sistema. De parte de las mujeres se releva la capacidad de empatía y comprensión que debieran tener los funcionarios y funcionarias, como señaló una de las entrevistadas: *“yo me siento como en el limbo, señorita... como en tierra de nadie, ¿no? Porque aquí no soy de aquí... y allá cuando voy, tampoco, me gustaría que la gente entienda, porque a las finales, todos estamos en camino, todos estamos aprendiendo”* (Emiliana, usuario Centro de Salud 1).

Por otro lado, es notable en la cita anterior como el profesional de salud usa el concepto de cultura como una variable, es decir como un factor a considerar que es relevante para lograr una buena atención de salud. Aquí se puede notar la gran dificultad de funcionarios/as para definir y operacionalizar la cultura.

He planteado ver a la biomedicina como etnomedicina, es decir, como un sistema cultural que tiene sus propias reglas, pero que, como todo sistema cultural, está sujeto a transformaciones. El encuentro del personal de salud con las mujeres migradas peruanas nos muestra cómo el sistema biomédico cristaliza sus prácticas (las del personal de salud pero también de los y las usuarias) pero al mismo tiempo, la migración nos muestra cómo en contextos particulares el sistema biomédico se transforma para dar cabida a nuevas comprensiones respecto de la salud y de cómo se atiende a las personas que acuden al sistema. La flexibilidad de la biomedicina se sostiene en su calidad de sistema cultural: dinámico y plástico. Esto nos lleva a reflexionar sobre las consecuencias que tienen estas consideraciones para crear un modelo de salud intercultural que conciba al sistema biomédico como etnomedicina, haciendo caer la barrera entre los “otros” y el “nosotros”, desarrollando la capacidad crítica del personal de salud para detectar y transformar aquellos axiomas y conductas del sistema que se basan en prejuicios y alentando el establecimiento de relaciones entre funcionarios/as y usuarios/as más simétricas, flexibles y positivas.

Un punto clave para desarrollar estas habilidades es la comprensión de la plasticidad que tiene la Biomedicina como sistema cultural. Esta capacidad de transformación no hace sólo a su estructura ideológica, sino también a sus usos, prácticas y practicantes. El no considerar esta premisa tiene entre sus consecuencias no sólo la cristalización de normas y prácticas sin sentido, sino también la esencialización de la otredad. La construcción de estereotipos parte de la idea errónea de la cultura como diferencia, que se fija, se generaliza y se vuelve inmanente. Parte también de la forma más primitiva de conocimiento científico en la cual han sido formados los prestadores de salud, un modelo de conocimiento que escinde y fragmenta los fenómenos, reduciéndolos a porciones (variables) susceptibles de ser manipuladas y aprehendidas. La complejidad del mundo social no puede ser reducida a este esquema científico-técnico, pero salir de este marco epistemológico no representa una tarea sencilla. Se hace claro que la formación de los/as funcionarios/as es parte esencial del modelo de atención, la enseñanza de la biomedicina tendría que considerar el pensamiento crítico, holista y no reduccionista dentro de sus premisas.

La salud intercultural, definida por Millán (Citado en OPS, 2008) como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las diferencias y como una herramienta de consolidación de un sistema más equitativo y participativo, no puede comprenderse en un esquema de jerarquías. Por supuesto, también la definición de cultura en el ámbito sanitario no puede pensarse como una estrategia para subsumir o manejar las diferencias de aquellos/as que son considerados/as distintos/as, ajenos/as o extranjeros/as al sistema de salud chileno, sino por el contrario, como una forma de comprender, en primer lugar, que el propio sistema de salud es cultural y a partir de esa revisión abrirse a comprender los desafíos que presenta la migración. La interculturalidad en salud nos llama a expandir los límites imaginarios de la biomedicina. En este sentido, una definición apropiada del concepto debería contener -a diferencia de las definiciones clásicas como la de Millán (op.cit.) donde se aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales- la condición de la propia reflexividad y capacidad crítica respecto del manejo de las diferencias.

6. CONCLUSIONES.

El estudio que he presentado quiere constituir un aporte desde las ciencias sociales y la antropología para mejorar el espacio de atención de salud a las mujeres migradas peruanas. El material sobre el cual se cimentó esta investigación son los relatos de usuarias del sistema y del personal de salud que las atiende. Haciendo un breve resumen del estudio realizado, el objetivo general que planteé fue *Caracterizar el proceso de atención de salud de mujeres migradas peruanas y los usos del concepto de cultura implicados en este proceso, en dos centros de salud pública de la RM.*

Para ello, como primer objetivo específico, definí *describir el proceso de atención de salud de mujeres migradas peruanas en la atención primaria, desde sus propias perspectivas y la de funcionarios/as de salud, analizando sus problemáticas y transformaciones.* A partir de este objetivo mostré cómo se organizan los equipos médicos, qué ha significado para ellos/a la atención a población migrada, cómo se da esta relación en la práctica conceptualizando la existencia de buenos y malos pacientes. En un segundo componente de este apartado describí las problemáticas y transformaciones en el proceso de atención, poniendo el acento en los aprendizajes de los centros de salud en estudio y en las dificultades que continúan manifestándose en la actualidad. De parte de las usuarias se expresa una amplia aprobación de las prácticas médicas, sin embargo se releva la incomodidad y angustia que genera la discriminación (en diversos grados) de la que son objeto, esta discriminación proviene de la cristalización de estereotipos, que revisamos en el objetivo dos. Por parte del personal de salud se señala que existen una serie de factores de tipo estructural que afecta e incide negativamente en la atención: tiempos asignados para cada prestación, financiamiento, infraestructura, recursos humanos, etc., además reconocen molestia por ciertos comportamientos de las usuarias migradas, como la baja asistencia a controles, que redundan en una complejidad mayor en la atención hacia este grupo de la población. Se manifiesta de parte de la mayoría de los/as funcionarios/as una preocupación importante por mejorar la atención a este tipo de usuarias, en la que podemos ver que hay un camino recorrido como aprendizaje en la atención a migradas. Por otra parte las habilidades que el personal de salud tenga para enfrentarse y dialogar con las diferencias son claves y se expresan como una falta o necesidad que hay que trabajar.

Sobre el segundo objetivo específico *caracterizar la construcción que hace el personal de salud de la usuaria migrada peruana en el contexto de atención primaria del sistema de salud público chileno,* mostré cómo los estereotipos y prejuicios operan de forma solapada, siendo invisibilizados tanto por el personal de salud como las usuarias migradas, existiendo efectivamente discriminación y violencia en el trato, aunque no sea reconocido por los/as sujetos/as. Expuse que los temas claves donde se puede visualizar estas prácticas están ligados a los estereotipos de género. En primer lugar la mujer migrada es reducida a una mujer gestante. La imagen de embarazadas eternas que utilizan esta condición para conseguir beneficios aparece con frecuencia en los discursos del personal de salud. Por otra parte, la maternidad aparece como un mandato, pero no se trata de cualquier forma de ser madre, sino de un estereotipo muy rígido que deviene de nociones tradicionales ligadas al marianismo donde se concibe que la mujer debe sacrificar todo por sus hijos/as y que la maternidad “a distancia” es una forma de abandono que debe ser severamente desacreditada, exacerbando la culpa y la transgresión que hacen de este mandato las mujeres peruanas.

En tercer punto el objetivo propuesto fue *problematizar los usos del concepto de cultura implicados en el proceso de atención de usuarias migradas peruanas y cómo inciden en la comprensión de la interculturalidad en salud*. Mostré los equívocos de la utilización del concepto de cultura, y con esto quiero recalcar, la poca sensibilidad frente a la diversidad cultural que se traduce en brechas de significación entre usuarias y funcionarios/as, los que se expresan en mayor o menor medida según la capacidad que tenga la persona del funcionario/a para respetar estas diferencias. Indagué en el concepto de cultura que se desprende de la visión de los y las funcionarias, y cómo estas acepciones dan cuenta de la nula o poca reflexión sobre lo que significan los factores culturales en la atención de salud. Di cuenta de cómo operan estos conceptos en la práctica, como una especie de caja negra que se alimenta de aquellas conductas que los profesionales de salud no logran entender de las usuarias migradas, o aquello que les parece fuera de la norma y que por ende, es catalogado como algo negativo.

Para reafirmar esta recapitulación algunos puntos que son claves:

A través de este análisis se destaca la comprensión del sistema biomédico como sistema cultural, es decir, tiene como característica su capacidad de transformación y adaptación, con esto se releva la fluidez intrínseca de los sistemas médicos. Aunque de parte del personal de salud se afirma la *otredad* de lo cultural, a través de este trabajo se da cuenta de la necesidad de los actores del sistema biomédico de autocomprenderse como parte de un sistema cultural, visibilizando la cultura de la práctica médica.

En definitiva, afirmo que los centros de salud son espacios donde debiese garantizarse el derecho a la salud de las personas migradas. Esta prestación no puede concebirse sólo como un intercambio tecnocrático de una terapia, tratamiento o diagnóstico, sino como espacio integral, donde se considere al usuario/a como parte importante en la relación entre profesionales y usuarios/as. A través de esta investigación podemos manifestar que existe una conciencia respecto a esto en el personal de salud, sin embargo, no hay una traducción concreta y eficaz de estas premisas hacia prácticas horizontales y empáticas. Esto no sólo tiene relación con la nacionalidad de los/as usuarios/as, sino sobre todo con su diferencia, por lo tanto es válido para cualquier usuario/a. Continuando con esta idea, la cultura de las usuarias pasa a un plano muy secundario: lo central es el desarrollo de habilidades críticas en el personal de salud que partan por una mirada de sí mismos para continuar con el espacio del centro de salud y las problemáticas que enfrenta y presenta cada usuaria.

La cultura sanitaria de los prestadores de salud es un ámbito relevante y debiera ser estudiado para aportar a la construcción de una nueva deontología, donde se edifiquen relaciones más simétricas y se logren establecer mecanismos de escucha hacia los/as usuarios/as y de calidad de la atención de salud. Estos mecanismos, como ya se ha manifestado, no sólo debieran dirigirse a la población migrada. La poca preparación de los equipos de salud y la falta de sensibilidad con respecto a lo que significan los factores culturales en la atención los lleva a pensar erradamente en los “otros-exóticos”, y no en los “otros” en nuestro propio contexto, mucho menos a ser críticos respecto a la propia cultura.

En este sentido debiera ser considerada la especificidad de la experiencia migratoria, y que se tome en consideración para ello un concepto de cultura dinámico, y la salud intercultural como una esfera de articulación teórica-práctica, que pueda hacer visibles las desigualdades estructurales en la atención en las particularidades de cada usuario, pero que también se ocupe

de dar cabida en la atención al verdadero foco de la prestación médica, esto es, resolver los problemas que aquejan a los y las usuarias.

Desde aquello que se entiende por salud intercultural (Alarcón, Vidal y Neira, 2003; Meñaca, 2004) la premisa para los equipos de salud, debiera ser (superando las visiones de la cultura como tradición y como set de herramientas) evitar el establecimiento de una relación asimétrica en la que la tecnificación de la medicina lleva a la completa ignorancia del usuario, desde el lenguaje médico hasta, incluso, su propio proceso de cura o tratamiento.

En suma:

- Se detecta aquí la necesidad de ampliar y profundizar el concepto de cultura que se tiene desde las políticas públicas, en particular en el ámbito de salud, ya que cuando nos referimos a ésta no sólo hablamos de rasgos étnicos sino sobre todo a diferencias en los marcos cognitivos y simbólicos con los cuales nos manejamos y entendemos el mundo de la vida cotidiana, incluyendo el proceso de salud/enfermedad/atención. Es justamente la esfera de la vida cotidiana la que da sentido, por medio de los aprendizajes que hacen estas usuarias en sus contextos de origen, a cómo significan por ejemplo los roles de género, la maternidad, la crianza. Es por la misma razón, por establecer un marco normativo y de significado, que la biomedicina también es un producto social, un sistema cultural.
- Reafirmo lo señalado por Meñaca (2004) pues si bien se ha intentado dar información y educación sobre la diversidad cultural, usualmente se ha insistido en reducir la información cultural de los migrados y migradas a sus culturas tradicionales, que aparecen estereotipadas y exotizadas. En este sentido, se ha hecho uso de un concepto de cultura esencialista; un conjunto de conocimientos, valores y creencias inflexibles y rígidas. En este sentido, el personal de salud tiende a utilizar un concepto de cultura que se despliega a través de la operacionalización excesiva, es decir, de un afán por traducirlo a una lista de rasgos “típicos” que puedan ser fácilmente reconocibles: color de piel, lenguaje, costumbres, bailes y comidas típicas, etiquetas estereotipadoras “flojos”, “pobres”, etc.
- Otro problema es que los factores culturales no son siempre centrales para la atención de salud de las migradas, y quizá de hecho podrían dificultar un mayor conocimiento práctico de una usuaria. Sus condiciones socioeconómicas son, en muchos aspectos, más determinantes que su cultura de origen o su nacionalidad. Las condiciones materiales de existencia que se sostienen en el ejercicio de un ámbito laboral concreto es mucho más limitante que una creencia particular. La cultura no puede ser vista como una especie de caja negra donde se depositan todas las complejidades que el personal de salud no sabe cómo abordar.
- También podemos y debemos hablar de la cultura del profesional incluyendo tanto la formación cultural del médico/a, enfermera/o, o trabajador/a social, y la cultura de la biomedicina en sí misma, especialmente como es expresada en las instituciones de salud.
- Existen aspectos estructurales que influyen decisivamente en las prácticas de salud, los tiempos de espera, el tiempo asignado para brindar una atención, los recursos económicos

con que se cuenta, la infraestructura y los espacios, la cantidad de profesionales, etc., constituye una restricción en la atención pública de salud que no se puede pasar por alto.

- En la esfera de la salud sexual y salud reproductiva vemos que aún existe en una parte de los/as funcionarios/as una especie de acuerdo implícito respecto a que es un privilegio que se atienda a las mujeres migradas, y que, por consiguiente, no deberían “quejarse” de ella. El concebir la atención de salud como un favor es simbólico de un sistema que opera sobre la marcha, con la voluntad, buen ánimo, disposición (o falta de ello) del personal de salud, y no desde un nivel más estructural, desde donde debiera pensarse en la capacitación y desafíos que enfrenta hoy la salud en nuestro país.
- La invisibilización del camino recorrido por centros donde se atiende gran cantidad de migrados/as redundando en la falta de sistematización de los aprendizajes y buenas prácticas, de estrategias desarrolladas por los mismos equipos para enfrentar la atención a migrados/as.

Recomendaciones.

De estas conclusiones se derivan ciertas líneas de acción y de trabajo en las que me quiero detener:

Una primera sugerencia dice relación con la detección de parte del personal de salud, de la falta de capacitaciones para quienes trabajan con este sector de la población. Estas capacitaciones se piensan en dos ámbitos principalmente: cultural y epidemiológico.

*“No...lo que pasa es que no hay acá...A ver. Si bien tenemos una población que una alta tasa es inmigrante... pero **nunca ha habido una capacitación o algo... por ejemplo de conocer más a la población inmigrante o algo que nos haga conocer como la parte cultural, la parte de salud de ellos, la epidemiología de esos países**”*
(Camila, funcionaria Centro de Salud 2)

Me parecen claves ambas dimensiones. Sin embargo, el contenido que le asignaría difiere a lo que piensa el personal de salud. En primer lugar, una capacitación “cultural” desde la perspectiva que se aborda en esta investigación, no estaría centrada en la figura de las migradas. Se dirigiría a trabajar en la sensibilidad de los prestadores de salud para comprender(se) como partícipes de un sistema cultural, posibilitando la apertura y reflexividad de las implicancias de ver a la biomedicina como un producto social. En este sentido, en primer lugar es capital visibilizar la cultura de la práctica médica, para luego complejizar las realidades que cada usuario/a presenta.

Una capacitación de este tipo podría ayudar a los equipos a situarse en contextos más particulares y específicos, problematizando las variables que afectan los procesos de salud de los usuarios y las usuarias. Por ejemplo, en relación a las dificultades del uso de métodos anticonceptivos entre usuarias chilenas y peruanas, revisamos las diferencias que se conceptualizaban desde el personal de salud como ‘culturales’, lo son, por cierto, pues

estructuran saberes, acciones y significados, pero lo clave es no caer en la caja negra de la cultura que deja estas problemáticas en un limbo misterioso de difícil o imposible resolución (“¡la cultura es muy difícil de cambiar!”, señaló más de un funcionario). Por el contrario, si se analiza qué es lo que está en juego en esas percepciones diferenciadas se pueden pensar herramientas para abordar tal complejidad a través, por ejemplo, de talleres sobre género que lleven a las mujeres a reflexionar sobre sus trayectorias vitales y a empoderarse utilizando la información y recursos disponibles en el sistema como herramientas de su propio cambio, analizando por ejemplo las trayectorias biográficas de sus madres en relación a las suyas, visibilizando el peso del componente religioso, etc. Este tipo de capacitaciones no pueden ser exclusivas para las personas migradas u otras minorías ‘culturales’, hemos sostenido que todos los y las usuarias son parte de entramados culturales, por lo que se comprende ipso facto la naturaleza transversal del trabajo sobre la sensibilidad cultural, tanto entre personal de salud como usuarios/as.

En segundo punto, sobre una capacitación epidemiológica sería interesante confrontar los mitos construidos en relación a los padecimientos e indicadores de morbilidad y mortalidad entre personas migradas y los/as usuarios/as nacionales, de tal manera que se puedan derribar los estereotipos establecidos sobre esta población.

Por otra parte se detecta la necesidad de realizar investigaciones en los contextos de atención que puedan generar insumos para una atención más comprensible y empática con la población migrada. Generar herramientas que permitan desarrollar la empatía implica, en primer lugar, conocer cuáles son las dificultades que reportan las usuarias:

*“A lo mejor incluso **significaría probablemente cambiar algún lenguaje; algunos códigos que nosotros usamos acá que pueden, al comienzo, ser dificultosos y ser barrera. Sí, sería interesante. Yo siento que nunca se ha hecho nada como a nivel de un estudio, o que se haya hecho un trabajo con la población inmigrante. O que se vea de qué manera actuar, o como enfrentar ciertas problemáticas como es el ingreso precoz. Es nomás. Y así se ha seguido arrastrando y esto ha seguido creciendo porque cada vez la población inmigrante es más grande (...) sobre todo con la adherencia a los controles posteriores. No tanto en el control prenatal, que son bien responsables, pero en los controles posteriores, los controles de niños sanos, uno ve harta ausencia. Los controles de pacientes crónicos. Y eso es un tema cultural, podría haber un manejo distinto”** (Camila, funcionaria Centro de Salud 2).*

Respecto al conocimiento que tienen de las instrucciones del Ministerio de Salud, señalan haberse formado bajo el concepto de salud intercultural, pero que éste no sería operativo y se enseña sólo teóricamente: un desafío clave es operacionalizar conceptos que resultan tan atrayentes como inútiles si no se los dota de contenido.

*“Quedan en el aire. De hecho, a nosotros creo que a todos nos pasan esos en la U, po, cuando estudian los profesionales de salud, siempre en alguna parte: la salud intercultural. Yo habré tenido una clase de eso. Entonces, tenía el concepto, **pero si me preguntas como aplicarlo, no tengo idea”**. (Natalia, funcionaria Centro de Salud 1).*

La especificidad que debieran tener estos centros de salud salta a la vista y resulta evidente en los relatos del personal de salud, incluso señalan que existen días en que sólo atienden a extranjeros. Por otra parte, al realizar esta investigación para varias personas fue innegable que se ha recorrido un camino en la atención a personas migradas, y que estos aprendizajes no se

comunican al resto de la red de salud, ni ha sido sujeto a evaluación. Es clave, entonces, sistematizar las buenas prácticas, no sólo para trabajar en el reconocimiento y fortalecimiento de los equipos sino en la búsqueda de herramientas más eficaces para la atención.

Una de las matronas consultadas señala que debiera hacerse un plan especial de atención ginecológica y de educación en métodos preventivos a las usuarias migradas, porque no conocen la oferta y los derechos que tienen en el país. A esto agregaríamos que, efectivamente debiera existir este espacio pero que además hay variables culturales en juego que debieran ser abordadas, como sus creencias compartidas y la religiosidad que permea gran parte de éstas y por lo cual la educación de estas usuarias no puede enfocarse sólo en la mera entrega de información. Las mujeres migradas son sensibles y receptivas al cambio, y por supuesto, una vez que tienen un parto en el país son mucho más conscientes de esto. El centro de salud es cada vez más, un espacio amigable para las usuarias, pero aún queda camino que recorrer.

Por otra parte, el personal de salud señala la importancia de conocer cómo viven aquí las personas migradas, conocimiento que en parte es cubierto por las visitas domiciliarias donde se hace un estudio a la familia y red de apoyo, pero muchas veces el ámbito socioeconómico recae en el o la asistente social. Un punto clave es la necesidad de un trabajo en conjunto con otras instituciones, intersectorial y comunitario, que pueda abordar el tema de la educación, por ejemplo. Formar redes y asociaciones con las mismas organizaciones de migrados/as.

*“Porque muchas veces tenemos niños que a lo mejor están en situaciones de riesgo, y nosotros no lo sabemos pero el colegio sí lo sabe. Pero **para los profesores a lo mejor ellos miran otra clase de riesgo, y nosotros medimos otra clase de riesgo. Entonces al final...está parcelado el conocimiento**”* (Natalia, funcionaria Centro de Salud 1).

*“Es que nunca se ha hecho como una reflexión al respecto. Estamos como en una bola de nieve, que estamos tan envueltos en eso que **nunca hemos hecho una reflexión de lo que significa la atención al inmigrante**”* (Pilar, funcionaria Centro de Salud 2).

*“Yo pienso que, más que capacitación desde lo oficial nuestro, lo que podría servir más es que nosotros tuviéramos acceso, una interacción con grupos de migrantes organizados. Eso yo pienso que serviría más. Para saber más de ellos, porque desde la teoría, de lo oficial, probablemente vamos a siempre quedar cojos. **Es más bien desde la de ellos, de su colectivo, de sus organizaciones...**”* (Osvaldo, funcionario Centro de Salud 1).

De parte de las migradas los requerimientos giran en torno a lograr mayores cuotas de empatía de parte de los y las funcionarias, y que se vigile el espacio del centro de salud como un lugar libre de tratos discriminatorios, por parte de usuarios y usuarias chilenos/as. Como he mostrado, este requerimiento es susceptible de abordar si los equipos de salud se identifican y comprometen con su espacio laboral abierto a la diversidad.

*“A mí lo que me gustaría... es mejorar cuando te atienden, que uno no tenga que estar pendiente de caerle bien a la señorita, que entiendan cuando uno falta que a veces, o sea, las más de las veces no es culpa de uno, que no es que uno quiera o que no entienda la importancia de ir... ¡si una es la más interesada pues! **A veces creo que falta que se pongan en nuestro lugar, nada más**”* (Gisella, usuaria Centro de Salud 2).

La migración pone en jaque muchos de los conceptos utilizados en la biomedicina, la relación médico-paciente se vuelve más compleja, y en la práctica, casi imposible de sortear con éxito si no se aplica otra forma de establecer una conexión con las usuarias. La globalización y su ideal de movilidad en el espacio, sigue siendo un ideal inaccesible para muchos pero al mismo tiempo constituye la primera condición para una educación real y una aprehensión completa de la vida social. Como señala Augé: *“Hay que aprender a salir de uno mismo, del propio entorno, a comprender que es la exigencia de lo universal lo que convierte a las culturas en relativas y no al revés. Hay que salir del hábito que tienen las culturas a referirlo todo a sí mismas y promover el éxito del individuo transcultural; aquel que, al interesarse por todas las culturas del mundo, no se aliena en ninguna de ellas”* (Augé, 2008: 92).

Los equipos de salud pueden hacer el ejercicio y transitar hacia esquemas más innovadores que les permitan aprehender y comprender las complejidades de la vida social actual, tal como algunos equipos ya lo han hecho. La cuestión de la identidad es simultáneamente individual y plural. Es el mayor asunto político en juego que ya hemos subrayado: ningún individuo puede vivir aislado, mucho menos concebirse aislado, pues la relación con los demás es esencial a la definición y a la percepción de la identidad individual. Lo mismo vale para el sector salud, el estancamiento y cristalización de ciertas prácticas que pudieron ser efectivas en su momento, hoy están produciendo brechas entre las usuarias y el personal que las atiende. Es imprescindible proporcionarles herramientas concretas (no sólo conceptos que no saben cómo utilizar) que se fundamenten en una reflexión profunda respecto a lo que significa la atención de salud hoy, y en particular qué se pone en juego con estas usuarias.

Como señala Augé: *“nuestra mirada tiene dificultades para discernir los contornos todavía vagos del nuevo porvenir, del cual debería ser abolida no la realidad de la alteridad, constitutiva de nuestra identidad, sino la idea misma de lo extranjero”* (2014: 90)

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAR, L. Y SAFFIE, N. 2010. Migrantes en Chile: políticas públicas en salud, cohesión social e interculturalidad. En *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. Editado por Agar, L. pp: 51-64. Biplano, Santiago.
- AGUIRRE, A. 1997. *Cultura e identidad cultural. Introducción a la antropología*. Bardenas, Barcelona.
- ALARCÓN A., VIDAL A., y NEIRA J. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica Chile*. (131):1061-1065.
- AMARASINGHAM, L. 1996. Studying Biomedicine as a Cultural System. En, Sargent y Johnson (eds.), *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. Praeger Publishers, pp. 165-180.
- ARAUJO, K., LEGUA, M., OSSANDÓN, L. 2002. Migrantes andinas en Chile. El caso de la migración peruana. *Fundación Instituto de la Mujer, Santiago*.
- ARIAS, J. Y RESTREPO, E. 2010. Historizando raza: propuestas conceptuales y metodológicas. *Crítica y Emancipación*, 45-64.
- AUGÉ, M. 2007. *Por una antropología de la movilidad*. Ed. Gedisa, Barcelona
- AUGE, M. 2014. *El antropólogo y el mundo global*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- AVARIA, A. 2012. ¿Investigación social con personas migradas? Reflexiones metodológicas y desafíos en este contexto. En *Desafíos de la migración*, editado por Avaria, A. pp: 51-77. Ediciones Universidad Santo Tomás, Santiago.
- BASSI, J. (2014). Adiós a la partitura: Una defensa de los diseños flexibles en investigación social. En *Investigación social. Lenguajes del diseño*. Editado por Canales, M. pp. 231-244. LOM, Santiago.
- BAUMAN, Z. 2002. *Modernidad líquida*. FCE, Buenos Aires.
- BOCCARA, G. 2007. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de salud intercultural en Chile. *Chungará, revista de antropología chilena*, 39, (2), 185-207.
- BOURDIEU, P. 1973. *El oficio de sociólogo*. Siglo XXI, México.
- BOURDIEU, P. 2000. Sobre el poder simbólico. En *Intelectuales, política y poder*. UBA/ Eudeba, Buenos Aires.
- BUTLER, J. 2002. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, Barcelona.

CABIESES, B.; TUNSTALL, H. Y PICKETT, K. 2012. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the chilean-born: are there different stories to tell? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 9, 4403-4432

CABIESES, B.; TUNSTALL, H. Y PICKETT, K. 2013a. Testing the Latino paradox in Latin Population-Based Study. *International Migration*.1: 2-17

CABIESES, B.; TUNSTALL, H. Y PICKETT, K. 2013b. Understanding the Socioeconomic Status of International Immigrants in Chile Through Hierarchical Cluster Analysis: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista Médica de Chile*. 141: 1255-1265.

CANALES, M. 2006. Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. LOM Ediciones, Santiago.

CANO, V., SOFFIA, M. 2009. Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. *Revista Papeles de Población*. 15 (61): 129-167.

CARRASCO, C. 2010. Salud y Migración. En *Migraciones y salud*, editado por la Organización Internacional de Migraciones, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile.

CASTRO, A. Y FARMER, P. 2005. El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Revista de Antropología Social*. 125-144.

CEPAL. 2007. Migración y desarrollo, el caso de América Latina. Cepal, Santiago.

CITARELLA, L. 1995. Medicinas y Culturas en la Araucanía. Sudamericana, Santiago.

COMELLES, J. & ALLUÉ, X. 2004. De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En *Salud e interculturalidad en américa latina*. Gerardo Fernández (coord.), Ed. Abyala, Quito.

CORTÉS, A. 2001. Salud e inmigración internacional: un acercamiento a los principales problemas de salud que afectan a los inmigrantes latinoamericanos residentes en Santiago. Universidad de Chile, Santiago.

CUMSILLE, G. Y VALDEBENITO, M. 2010. Perfil socioeconómico de la población inmigrante: análisis comparativo con la población chilena. En *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. Editado por Agar, L. pp: 9-24. Biplano, Santiago.

DAVIS-FLOYD, R.1992. Birth as an American rite of passage. University of California Press, Berkeley.

DELGADO, M. 1999. El animal público. Hacia una antropología de los espacios urbanos. Anagrama, Barcelona.

DELGADO, M. 2007. *Sociedades movedizas. Pasos hacia una antropología de las calles*. Anagrama, Barcelona.

DELGADO, M. 2011. *El espacio público como ideología*. La catarata, Madrid.

DEMOSCÓPICA. 2009. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona Norte de la región metropolitana. [en línea] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf> Consulta: 11 de agosto, 2014]

DEPARTAMENTO DE EXTRANJERÍA. 2014. Estadísticas migratorias. [en línea] <http://www.extranjeria.gob.cl/quienes-somos/estadisticas-migratorias/> [Consulta: 13 de Enero, 2015]

DEWALT, K. Y DEWALT, B. 2002. *Participant observation: a guide for fieldworkers*. AltaMira Press, CA.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL DE SANTIAGO [DISAL]. 2014. Plan de Salud comunal 2014. [en línea] <http://www.saludstgo.cl/index.php/documentos/ver-categoria?dir=ASC&limit=5&limitstart=0&order=hits> [Consulta: 19 de noviembre, 2015]

EUROPEAN COMMISSION AGAINST RACISM. 2000. Health For All? Inequalities, Discriminations and Health Care For Migrants. En *European Experiences on Health Care for Migrants*. Editado por P. Vulpiani, J. M. Comelles, E. V. Dongen, & P. Vulpiani, pp: 17-122. Cidis/Alisci, Londres.

FEMENÍAS, M. 2009. Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres. En *Sociologías*, Porto Alegre, año 11, nº 21, jan./jun.,p. 42-65. [En línea] <http://www.pensamientopenal.com.ar/articulos/poderviolencia-sobre-cuerpomujeres> [Consulta: 03 de septiembre, 2014]

FERNÁNDEZ, C. 2009. Síntesis estudio de caracterización de comunidades peruanas de la zona norte de Santiago. *Revista Cultura Urbana* 6:21

FIRESTONE, S. 1976. *La dialéctica del sexo*. Kairós, Barcelona.

GOFFMAN, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hal, Washington.

GOFFMAN, E. 1986. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

GOFFMAN, E. 1970. *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.

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, Barcelona.

GOOD, B. 2003. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Ed. Bellaterra, Barcelona.

GORDON, D. 1988. Tenacious Assumptions in Western Medicine. En *Biomedicine Examined*, editado por M. Lock y D. Gordon, pp. 19-56. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

GUTIÉRREZ, E & OSORIO, P. 2008. Modernización y transformaciones de las familias como procesos del condicionamiento social de dos generaciones. *Última Década* 29, 103-135.

HAHN, R. 1995. *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. Yale University Press, New Heaven.

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, P. 2004. *Metodología De La Investigación* (3ª ed.). MC Graw-Hill, México D.F.

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

INSTITUTO NACIONAL DE DDHH-CHILE, 2014. Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en Chile. . [en línea] <http://www.indh.cl/wp-content/uploads/2014/12/INDH-2014-Final.pdf> [Consulta: 10 de noviembre, 2015]

KLEINMAN, A. Y BENSON, P. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* 3(10): 294-230.

KUHN, T. 1962. *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE, México.

LAGARDE, M. 1997. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM, México DF.

LAMAS, M. 1986. La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología* 8: 173-198.

LOZANO, C. & BOTERO, A. 2011. Tras el espejo del capitalismo global. Violencia sexual al otro lado: el cuerpo visible. *Jaque a la Reina Negra*, ACSUR-Las Segovias.

MARTÍNEZ, A. 2008. *Antropología Médica Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*.

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

MENENDEZ, E. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* (8): 71-78.

MENÉNDEZ, E. 1997. Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología* 1997, XV (51)

MENENDEZ, E. 2000. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En *Medicina y cultura*. Editado por Perdigueros, E. y Comelles, J. pp:163-188. Editorial Bella tierra, Barcelona.

MENENDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde. Coletiva*. 8(1): 185-207.

MEÑACA, A. 2004. Salud y Migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Compilado por Fernández, G. pp: 53-63. Ediciones Abya-Yala, Quito.

MILET, P. 2004. Chile-Perú: las dos caras de un espejo. *Revista de Ciencia Política*. 2 (24): 228-235.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. 2015. CASEN 2013: Una Medición de la Pobreza Moderna y Transparente para Chile. [en línea] http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf [Consulta: 26 de marzo, 2015]

MINISTERIO DE SALUD. 2008. Gobierno de Chile- MINSAL Ordinario A14 N° 322 [en línea] <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71821af88f80fda7e04001011f0164f3.pdf> [Consulta: 25 de mayo, 2014]

MINISTERIO DEL INTERIOR. 2008. Política nacional migratoria. [en línea] http://www.interior.gov.cl/filesapp/Presentacion_Sub_Interior.pdf [Consulta: 03 de junio, 2014]

MONTECINO, S. 2007. *Madres y huachos, alegorías del mestizaje chileno*. 4ª edición. Catalonia, Santiago.

MORA, C. 2006. The meaning of womanhood in the neoliberal age: class and age-based narratives of Chilean women. *Gender Issues*, 23(2), 44–62.

NÚÑEZ, N. y TORRES, C. 2007. *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva*. Usuarías de consultorios de salud de la Zona Norte de la Región Metropolitana. Fundación Instituto de la Mujer, Santiago.

OPS, 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. [en línea] http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia_intercultural_web.pdf [Consulta: 11 de agosto, 2014]

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM) CHILE. 2009. Los desafíos de las migraciones en Chile. [en línea] <http://www.oimchile.cl/documentos/OIMPublicacion2009.pdf> [Consulta: 09 de octubre, 2014]

ORTNER, S. 1979. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En *Antropología y feminismo* Compilado por Harris, O., y Young, K. pp: 109-131. Anagrama, Barcelona.

PERDIGUERO, E. 2004. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Compilado por Fernández, G. pp: 33-49. Ediciones Abya-Yala, Quito.

PEREDO, E. 2004. Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina. CEPAL, Santiago.

PÓO, X. 2009. Imaginarios sobre inmigración peruana en la prensa escrita chilena: una mirada a la instalación de la agenda de la diferencia. Revista Faro. 5(9)

RIVAS, H. 2010. Migración y salud: una aproximación desde el ámbito legal. En Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas. Editado por Agar, L. pp: 65-86. Biplano,

ROJAS, G. 2008. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región metropolitana. [en línea] http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71821af88f6ffda7e04001011f0164_f3.pdf [Consulta: 06 de septiembre, 2015]

ROJAS, G., CASTRO, L. Y FRITSCH, R. 2010. Salud mental de los inmigrantes de la comuna de Independencia, R.M. de Santiago, Chile: el caso del consultorio Dr. Agustín Cruz Melo. En Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas, Editado por Agar, L. pp: 131-144. Biplano, Santiago.

RUBIN, G. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. Nueva Antropología, VIII (30), 95-145.

RUIZ, E. 2008. Migración y desarrollo en América latina: ¿círculo vicioso o círculo virtuoso? Pensamiento Iberoamericano . [en línea] <http://www.pensamientoiberoamericano.org/xnumeros/0/pdf/pensamientoIberoamericano-25.pdf> [Consulta: 14 de septiembre, 2014]

SADLER, M. 2008. Algunas reflexiones en torno a la investigación en salud intercultural. Iº Encuentro de Experiencias de Investigación en el Ámbito Psicosocial y Salud Mental. Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS, y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

SADLER, M. 2009. Apuntes de Clases Antropología Médica. [Diapositiva]. Santiago, Universidad de Chile.

SAID, E. 1993. Cultura e Imperialismo. Ed. Anagrama, Barcelona.

SASSEN, S. 2001. Una sociología de la globalización. Editorial Katz. Pag.205- 233.

SAUTU, R., BONILO, P., DALLE, P. y ELBERT, R. 2005 Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología. Títulos del campus virtual de la Clacso, Buenos Aires.

- SAYAD, A. 1999. Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. Peuples méditerranéens, París.
- SAYAD, A. 2010. La doble ausencia: de las ilusiones del emigrado, a los padecimientos del inmigrado. Anthropos, Barcelona.
- SCOZIA, C., LEIVA, C., GARRIDO, N., ALVAREZ, A. 2014. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. Rev. Sociedad & Equidad. 6: 6-33.
- SEGATO, R. 2003. Las estructuras elementales de la violencia. Universidad Nacional del Quilmes, Buenos Aires.
- SEGATO, R. 2010. Los cauces profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. Crítica y Emancipación, (7)11-44.
- SHARIM, D; SILVA, U; RODÓ, A. & RIVERA, D. 1996. Los discursos contradictorios de la sexualidad. Ediciones Sur, Santiago.
- SHARIM, D. 2005. La identidad de género en tiempos de cambio: una aproximación desde los relatos de vida. Psykhe, 14(2), 19-32.
- STEFONI, C. 2001. Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas CLACSO.
- STEFONI, C. 2003. Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración. Editorial Universitaria, Santiago.
- STEFONI, C. 2009. Inmigrantes en Chile. Una integración diferenciada al mercado laboral. [en línea] http://sociologia.uahurtado.cl/publicaciones/C.Stefoni_Inmigrantes_en_Chile_Una_integracion_diferenciada_al_mercado_laboral.pdf [Consulta: 06 de septiembre, 2014]
- STEPHENSON, M. 1993. Ideologías de la feminidad y nuevas esferas públicas (1920-40). Mimeo, La Paz.
- SUÁREZ, L. 2008. Colonialismo, gobernabilidad y feminismos postcoloniales en. En Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes. Editado por Suárez N, y Hernández, R. pp: 82-103. Feminismos, Bogotá.
- TAYLOR & BODGAN. 1984. La observación participante en el campo. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós Ibérica, Barcelona.
- TIJOUX, M. 2011. Negando al 'Otro'. El constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En Mujeres inmigrantes en Chile ¿Fuerza de trabajo o mujeres con derechos? Stefoni. Compilado por Stefoni, C. pp: 17-42. Universidad Alberto Hurtado, Santiago.
- TODOROV, T. 1982. La conquista de América, el problema del otro. Ed. Siglo XX, Madrid

VALDÉS, X; CARO, P; SAAVEDRA, R; GODOY, G; RIOJA, T & RAYMOND, E. 2005. Entre la reinención y la tradición selectiva: familia, conyugalidad, parentalidad y sujeto en Santiago de Chile. En X. Valdés & T. Valdés (eds.), Familia y vida privada ¿Transformaciones, tensiones, resistencias o nuevos sentidos? (pp. 163-214). CEDEM, FLACSO-Chile, Santiago.

VAN DIJK, R. 1998. Culture as a excuse: the failures of health care to migrants in Netherlands. Het Spuins, Amsterdam.

VAN DONGEN, E. Y VAN DIJK, R. 2009. Sacar a los peces del agua. La opacidad de la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes. En Migraciones y salud. Compilado por Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Fernández, J., y Mascarella, L. pp: 167-183. URV, Tarragona.

VULPIANI, P. 2000. Health for All? Inequalities, Discriminations and Health Care for Migrants. En Health for All, All in Health. European Experiences on Health Care for Migrants. Editado por Vulpiani, P., Comelles, J. y Dongen, E. pp: 17-30. Cidis/Alisci.