



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

**Interacciones entre médicos y mujeres
acompañantes de pacientes hijos e hijas de
inmigrantes en el Hospital Exequiel
González Cortés**

MEMORIA DE TÍTULO CARRERA DE SOCIOLOGÍA

Profesora guía: María Emilia Tijoux

Estudiante: Manuela Alamos S.

Santiago, Chile

2017

“Los nadies”

Sueñan las pulgas con comprarse un perro y sueñan los nadies con salir de pobres, que algún mágico día llueva de pronto la buena suerte, que llueva a cántaros la buena suerte; pero la buena suerte no llueve ayer, ni hoy, ni mañana, ni nunca, ni en lloviznita cae del cielo la buena suerte, por mucho que los nadies la llamen y aunque les pique la mano izquierda, o se levanten con el pie derecho, o empiecen el año cambiando de escoba.

Los nadies: los hijos de nadie, los dueños de nada.

Los nadies: los ningunos, los ninguneados, corriendo la liebre, muriendo la vida, jodidos, rejodidos.

Que son, aunque no sean.

Que no hablan idiomas, sino dialectos.

Que no profesan religiones, sino supersticiones.

Que no hacen arte, sino artesanía.

Que no practican cultura, sino folklore.

Que no son seres humanos, sino recursos humanos.

Que no tienen cara, sino brazos.

Que no tienen nombre, sino número.

Que no figuran en la historia universal, sino en la crónica roja de la prensa local.

Los nadies, que cuestan menos que la bala que los mata.

Eduardo Galeano, “El libro de los abrazos” (1989)

Quiero agradecer en primer lugar al proyecto Fondecyt N° 1130203 en el cual participé durante el año 2015, y a todo el equipo de investigadores que lo compuso, por las enriquecedoras discusiones y su seriedad y dedicación.

Especialmente a María Emilia Tijoux por ser mi guía de práctica y de esta tesis, por la acogida, la paciencia, la confianza, y por todo el aprendizaje otorgado a lo largo de esta carrera.

A la directora del Hospital Exequiel González Cortés María Begoña Yarza, por abrirme las puertas. A Francisco Véliz y Julia Fuentes, quienes me acompañaron incondicionalmente en este espacio desconocido. A María José, que llenó de risas y amistad mi paso por el hospital. Y a todos/as los/as funcionario/ass que me ayudaron en este proceso.

A todas y todos aquellos entrevistados, médicos y acompañantes, sin ellos nada de esto sería posible.

A Dominique Patri por ser mi guía, quizás sin saberlo, en el área de la salud (y por los mutuos apañes de trabajo).

A Diego Aníñir por su interés, por su escucha y su incondicional amistad a lo largo de la carrera.

A Paolo Perasso, por ser parte fundamental de este proceso. Por el apoyo, los consejos, las reflexiones y las largas discusiones que finalmente dieron lugar a esta investigación.

A toda mi familia, en especial a mis padres Carolina y José y mi hermana Elisa, por el ánimo y el cariño y por hacer de mi espacio de vida y de estudio un lugar de refugio y amor.

Resumen	8
I. Antecedentes	9
1. Antecedentes empíricos.....	9
1.1 Situación migratoria de Chile.....	9
1.2 Feminización de la inmigración: Mujeres inmigrantes y sus hijos/as.....	11
1.3 El derecho a la salud en Chile	14
1.4 El Hospital Exequiel González Cortés	17
2. Antecedentes socio-históricos	20
2.1 La formación del Estado-Nación en Chile	20
2.2 El “nuevo racismo” en el Chile de hoy	23
2.3 El reconocimiento y la necesidad de la interculturalidad.....	26
3. Antecedentes investigativos	27
II. Problema de investigación	30
1. Pregunta de investigación.....	32
2. Objetivos de investigación	32
2.1 Generales.....	32
2.2 Específicos	33
3. Relevancias sociológicas	33
III. Marco analítico conceptual.....	34
1. Interacción social.....	34
1.1 Las interacciones de primer orden	35
1.2 El punto de vista sobre las interacciones.....	36
2. El escenario de las interacciones: el Hospital Exequiel González Cortés.....	37
2.1 La posición del HEGC en la estructura de posiciones del campo médico.....	37

2.2 El(los) saber(es) médico(s).....	38
3. Interacciones en el hospital.....	41
3.1 La relación médico-paciente	41
3.2 La relación médico-paciente del HEGC.....	43
3.3 La relación médico-mujer inmigrante acompañante de paciente HHI.....	44
IV. Estrategia metodológica	47
1. Enfoque metodológico.....	47
2. Muestra	47
3. Técnicas para la producción de la información	49
3.1 Observación de campo	50
3.2 Entrevistas a madres inmigrantes y médicos.....	52
4. Plan de Análisis de la información	57
4.1 Notas de campo	57
4.2 Análisis de discurso.....	57
4.3 Clasificación de la información.....	58
V. Análisis de la información.....	59
1. Caracterización de los pacientes HHI del HEGC y las mujeres que los acompañan	60
1.1 Identificación de los pacientes HHI y sus acompañantes	61
1.2 Situación socio-económica.....	68
2. Escenario de las interacciones entre médicos, pacientes HHI y acompañantes: el	
Hospital Exequiel González Cortés	73
2.1 Al interior del HEGC	74
2.2 Las condiciones médicas de los pacientes HHI	85
3. Interacciones entre médicos, pacientes HHI y mujeres inmigrantes acompañantes .	91
3.1 Relación médico-paciente	91

3.2 Interacciones médico-acompañante inmigrante	99
3.3 Relación médico-paciente niño/a HHI	112
4. Racismo, xenofobia y exclusión de la otredad	114
4.1 Puntos de vista desde un racismo culturalista y diferencialista	115
4.2 Racismo en el HEGC	124
4.3 Racialización jerárquica de la práctica médica	128
VI. Conclusiones.....	136
Recomendaciones	143
Referencias	147
Anexos	157
Análisis de discurso.....	157
Pauta de entrevista a mujeres inmigrantes acompañantes.....	158
Pauta de entrevista a médicos.....	159
Ordenamiento categorial	160

Resumen

Esta investigación surge de una voluntad institucional del Hospital Exequiel González Cortés, particularmente de su Directora María Begoña Yarza, por conocer las especificidades de las diversas culturas que engloban a la *población migrante* que acude al hospital, mejorar la calidad de la atención e incitar a los funcionarios a conocer las historias de vida de estos pacientes. Esta voluntad manifestada a la Profesora María Emilia Tijoux en el marco del Proyecto Fondecyt¹ en el cual participé en el año 2015, buscaba atar lazos con instituciones de salud donde se atiende población inmigrante. Pensamos en el interés que la mirada sociológica tenía para ingresar en este campo problemático y estudiar las relaciones entre médicos y pacientes que devienen complejas cuando se trata de la actual población inmigrante del sector.

Entregaremos primeramente antecedentes empíricos que aluden a la situación migratoria de nuestro país, seguidos por los socio-históricos sobre la formación del Estado-Nación chileno, que ayudan a entender la respuesta que tiene la sociedad chilena frente a la llegada de inmigrantes, y finalmente algunos antecedentes investigativos que permiten situar la investigación en el contexto de la producción de conocimiento. El problema de investigación será abordado desde un marco analítico conceptual centrado en el concepto de interacción social, puesto en el contexto del hospital como escenario de interacción entre médicos y pacientes niñas y niños acompañados por mujeres inmigrantes. A partir del relato de la experiencia investigativa se explicará y describirá la estrategia metodológica escogida, las técnicas de producción utilizadas, y una serie de decisiones metodológicas que permitieron abarcar (y formar) al objeto de estudio en cuestión, seguido del plan de análisis de la información. Finalmente se presentarán los principales hallazgos de la investigación a partir del análisis de la información producida, seguido de las conclusiones finales.

Palabras claves: inmigración, hijos e hijas de inmigrantes, mujeres acompañantes, salud, médicos, Hospital Exequiel González Cortés, interacciones sociales.

¹ Proyecto Fondecyt N°1130203: “Inmigrantes ‘negros’ en Chile: Prácticas cotidianas de racialización/sexualización”, liderado por la Dra. María Emilia Tijoux y profesora guía de este seminario de grado.

I. Antecedentes

1. Antecedentes empíricos

1.1 Situación migratoria de Chile

La migración internacional en Chile se inserta en el contexto de las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe que en las últimas décadas se han caracterizado por una movilidad intrarregional, especialmente entre los países limítrofes o cercanos dependiendo de las coyunturas económicas y políticas tanto de los países que expulsan como los que reciben (Martínez, 2008). En la región, el país que moviliza mayor población es Colombia, con aproximadamente 700 mil personas que se dirigen en su mayoría a Venezuela. Le siguen flujos provenientes de Paraguay y Chile (aunque la emigración de chilenos ha disminuido en los últimos años) (Martínez, 2008). En los años 2003 y 2004 se registraron 487.174 personas nacidas en Chile residiendo en el exterior, cuyo principal país de destino corresponde a Argentina (INE y DICOEX, 2005).

Chile se ha posicionado desde los años noventa como un importante polo de recepción de inmigrantes latinoamericanos y caribeños debido a la aparente estabilidad económica y política que presenta. Puesto que el Instituto Nacional de Estadísticas ha deshabilitado el acceso a información del Censo de Población y Vivienda 2012 (por su invalidez estadística) solo podemos extraer datos censales acerca de las migraciones en Chile por medio del Censo 2002 que señala que, hasta esa fecha, la inmigración ha sido “la más numerosa recibida por Chile a lo largo de su historia reciente, pero su incidencia relativa es menor, pues equivale apenas al 1% de la población nacional”, correspondiente a 184.464 personas (Martínez, 2008: 111). Pero creemos que, si bien los registros de carácter censal “tienen una ventaja objetiva al momento de conocer algunas características de la inmigración” (Martínez, 2003: 13), basarnos únicamente en los datos del Censo 2002 sería un anacronismo para el estudio de las migraciones en el presente año 2016, debido al creciente dinamismo del proceso. Por ello haremos uso de los datos otorgados por la Sección de Estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y

Seguridad Pública (DEM) sobre “Migración en Chile 2005 – 2014” (2016)², que nos permite hacer un recorrido más actualizado de la situación migratoria del país. La inmigración en Chile ha ido en constante crecimiento; en 2005 la población de inmigrantes era de 212.935 (1,3% de la población total); en 2010, 305.212 (1,8%) y finalmente en el año 2014 se calculaba la presencia de 410.988 inmigrantes, correspondiente al 2,3% de la población total. El 56,8% del total proviene de países limítrofes (Perú 31,7%, Argentina 16,3% y Bolivia 8,8%), seguidos por colombianos (6,1%) y ecuatorianos (4,7%). La región con mayor concentración de extranjeros es la Región Metropolitana, representando el 61,5% del total. Le siguen las regiones del extremo norte como Antofagasta (6,9%), Tarapacá (6,0%), luego Valparaíso (5,8%) y Arica y Parinacota (3,3%) (DEM, 2016a). Por otro lado, si analizamos el aumento proporcional de ciertos nacionales (independiente del peso comparativo de su flujo migratorio), en base al análisis de los permisos de Permanencia Definitiva que permiten hacer un foco en las tendencias más recientes respecto a la migración de largo plazo, vemos que los permisos a peruanos han disminuido, pasando de un 45,2% en 2010 a un 28,0% en 2014, lo mismo para los permisos a argentinos, que disminuyeron de 15,7% en 2005 al 5,0% en 2014 y de ecuatorianos, que pasaron del 6,6% al 3,0% para los mismos años. En cambio, el otorgamiento de permisos de Permanencia Definitiva ha aumentado para nacionales de Bolivia, pasando de un 4,6 en 2005 a un 21,0% en 2014, y de España, que crecieron de un 1,9% a un 5,0%. Cabe destacar que países que en 2005 prácticamente no tenían ciudadanos presentes en Chile, en la actualidad se han transformado en fuentes principales de migración hacia el país, como lo son el caso de República Dominicana, que aumenta de un 0,2% a un 3,0% en 2014, y Haití, con un incremento de 0% a un 2,0% en el mismo periodo (Ibíd.: 29) respecto a estos permisos.

² Se trata de “un compilado estadístico de los actos administrativos realizados por el DEM, correspondientes a las visas de residencia, los permisos de Permanencia Definitiva, las cartas de nacionalización, los pronunciamientos de nacionalidad, las solicitudes de refugio y los órdenes de expulsión desde el año 2005 hasta el año 2014”. “En cuanto a la estimación de extranjeros residentes [...] se trata de un indicador compuesto, debido a que considera dos fuentes: los datos recogidos por el último Censo de población válido, correspondiente al año 2002, y la suma anual de permisos de Permanencia Definitiva otorgados” (DEM, 2016: 13). Para mayor información sobre la fuente informativa, sus ventajas y limitaciones metodológicas revisar el documento.

Estamos frente a una situación migratoria protagonizada principalmente por inmigrantes latinoamericanos que “procede de poblaciones empobrecidas, indígenas y marginadas y forma parte de los flujos migratorios de expulsados por la pobreza o la persecución” (Tijoux, 2013b: 87). Se entiende así la inmigración como una respuesta del sistema global frente a las necesidades de las economías capitalistas mundiales, que demandan mayor fuerza de trabajo (y mayor disposición de esta misma fuerza). En ese sentido, el inmigrante es quien abandona su identidad civil porque está disociado de todo orden nacional (de origen y de residencia), lo que lo convierte en un ser *abstracto*, fuera de todas las determinaciones o pertenencias (sociales, nacionales, etc.), que termina por ser nada más que una individualidad corporal, un cuerpo biológico (y técnico; un “cuerpo labor”) (Sayad, 1984). El sistema global migratorio moviliza en su mayoría meros cuerpos-mercancías como mano de obra barata y sin derechos, cuerpos máquinas.

1.2 Feminización de la inmigración: Mujeres inmigrantes y sus hijos/as

Otro aspecto relevante es la tendencia a la feminización de los flujos migratorios, que concuerda con un proceso de feminización de las migraciones a nivel mundial, y principalmente latinoamericano, respondiendo a los problemas económicos y sociales de las mujeres inmigrantes en sus países de origen (Tijoux, 2013, en Carrillo, s.f.). En países como Chile han surgido “nichos específicos de actividad ‘de inmigrantes’, principalmente de mujeres, que atraen flujos laborales con calificaciones y características determinadas” (Mora, 2009: 130), como el caso del trabajo doméstico y el comercio. A esto se suma la relativa facilidad del movimiento intrarregional frente a la migración hacia países del *norte* (como Estados Unidos o países de Europa), en tanto una menor inversión económica y la posibilidad de atender urgencias y rituales familiares brindada por la cercanía geográfica con el país de origen. Hay que tener en cuenta entonces que “el fenómeno migratorio involucra dinámicas profundamente ligadas al género de los individuos y a las desigualdades relacionadas a éste” (ibíd.: 132). De la población total de inmigrantes, el porcentaje de mujeres migrantes en Chile en los últimos 10 años se ha mantenido superior y en incremento, pasando de 51,6% en 2005 a 52,6% en 2014 (DEM, 2016a). Son las mujeres las que generalmente migran en primer lugar, estableciéndose solas y en muchos casos optan por reestructurar su grupo familiar, trayendo a sus hijos/as y otros familiares a residir

con ellas, constituyendo así un proceso de reunificación familiar (Cortez, Loredó, Muñoz, Rodríguez, Vásquez, 2004) o forman familia en el nuevo país.

Para este estudio, consideramos a los hijos e hijas de inmigrantes como aquellos/as que han nacido en el país de origen y migran, a través de fronteras internacionales junto con sus padres (o tutores) o uno de ellos; los niños/as nacidos en el país de destino, en el que residen sus padres (Ceriani, García y Gómez, 2014); y los que han viajado con posterioridad al momento de la migración de sus padres, concretando un proceso de reunificación familiar. Éstos/as sufren las consecuencias de la inmigración de sus padres “enmarcada en las condiciones generales de los procesos migratorios protagonizados por un universo de pobres, que responden a crisis mundiales y que hacen estallar los modos de vida de las sociedades, y en particular, a sus familias y vivencias cotidianas” (Tijoux, 2013a: 4). Los niños/as cargan con la inmigración de sus padres aunque hayan nacido en Chile, y se constituyen como *hijos-de*. Portan la extranjería sobre su historia y sus cuerpos, aunque no siempre en sus papeles. En este marco, vivirán “entre una sociedad de acogida que no los acoge y una sociedad de origen que tampoco los reconocerá” propiamente como nacionales, “dado que presentan una condición de inmigrante heredada e incompleta” (ibíd.). Estos niños/as sufren por un lado el desarraigo de sus países de origen y luego la llegada a un contexto totalmente nuevo donde se encuentran con “problemas de idioma, diferencias culturales, religiosas, una problemática socio-laboral de los adultos y el duelo que les ha significado dejar su país y su círculo social” (Reyes, en Cortez et al., 2004: 108), que no podemos dejar de considerar, situación que se asemeja para los hijos/as de inmigrantes nacidos en Chile. Ser inmigrantes y por tanto no-nacionales, puede repercutir en desprotección, por la falta de normas, reglamentaciones y políticas públicas dirigidas a esta población poco reconocida, especialmente en el contexto de la migración irregular (Feuk, Perrault y Delamónica, 2010).

Nos referiremos a estos niños y niñas como hijos e hijas de inmigrantes (HHI) para dar cuenta de la imposición estructural que los condiciona³. No existen registros acerca de la cantidad de HHI residentes en Chile, aunque respecto a aquellos niños nacidos en el país de

³ En Chile no hay registros de niñez migrante no acompañada.

emigración que hoy residen en Chile, según la encuesta Casen, en el año 2013 el 13,3% de la población migrante en Chile correspondía a personas de 0 a 14 años (Ministerio de Desarrollo Social, 2015); esta cifra no incluye a quienes se encuentran en situación de irregularidad, razón por la que nos ha de servir solo como un primer e inconcluso referente cuantitativo.

Al respecto, celebramos que el año 2016 el Registro Civil y el Departamento de Extranjería y Migración reconocieron la nacionalidad chilena de aproximadamente 2500 niños y niñas nacidos en Chile inscritos como “hijos de extranjero transeúnte” debido a la condición migratoria irregular de sus padres. Con esto, se dio razón a que la condición de los padres no fuera obstáculo para el derecho de los hijos a obtener la nacionalidad chilena y, por lo tanto, pudieran tener acceso a la totalidad de la red de protección social del Estado (DEM, 2016b).

En nuestro país, el cuerpo legal más importante en materias asociadas a migraciones corresponde al Decreto Ley N° 1.094, promulgado el año 1975, que regula el ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, el egreso, el reingreso, la expulsión y el control de las personas extranjeras. Desde sus inicios, este decreto “se caracterizó principalmente por ser una ley de orientación policial y de control, cuyo principal objetivo era evitar la entrada de ‘elementos peligrosos o terroristas’ que amenazaran la ‘estabilidad nacional’” (Stefoni, 2000, en Jensen, 2008: 2-3). A pesar de los constantes esfuerzos por parte de organizaciones sociales, de inmigrantes, académicas, municipales, entre otras, para proponer un nuevo proyecto de ley migratorio, y si bien se han registrado modificaciones en el decreto actual, estas no han representado cambios sustantivos, perpetuando su carácter discriminatorio y, por ende, obstaculizando la integración y respeto de los derechos de los inmigrantes.

Tomando en cuenta la posición de vulnerabilidad social, política y legal en que se encuentran los HHI y estando marcados por una organización societal adultocéntrica que legitima la jerarquización entre edades, asegurando la subordinación de las personas construidas como menores, donde el niño y la niña fueron retirados de la sociedad de los adultos (Duarte, 2012), buscaremos reflexionar sobre el acceso, y particularmente la

atención, a un derecho humano básico y esencial ya que tiene relación con la posibilidad misma de existir: el derecho a la salud, de los niños y niñas hijos/as de inmigrantes en Chile.

1.3 El derecho a la salud en Chile

Respecto al marco jurídico internacional, Chile ha suscrito un conjunto de instrumentos que estipulan la obligación del gobierno de proveer a la población migrante diferentes tipos de derechos, entre ellos el derecho a la salud, que emanan principalmente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual pretende constituir un “marco ético y valórico que unifica el criterio de no discriminación, desde el cual se sitúan los Estados para garantizar derechos básicos a todos sus miembros, sin importar su origen y condición” (Becerra y Altimir, 2012: 193), y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, abocada al derecho de la salud como un derecho humano fundamental que deben disfrutar todos los seres humanos sin discriminación alguna, ratificadas ambas por Chile en el año 1948. Sobre este mismo punto y en relación a la infancia, la Convención sobre los Derechos del Niño ratificada en 1990, en el artículo 24 especifica que “los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (Unicef, s.f.). La ratificación de los acuerdos y tratados internacionales por parte de nuestro país, reconoce a los inmigrantes como un grupo en riesgo legal y social, donde el Estado debe intervenir para asegurar el cumplimiento de sus derechos en el contexto nacional. De acuerdo a la Convención de Viena del año 1963, los Tratados Internacionales tienen un carácter consuetudinario, es decir, los países firmantes están obligados a dar cumplimiento al tratado, sin embargo, no existe un organismo que los obligue por la vía de la coerción a que cumplan dichos acuerdos.

En lo que atañe al sistema de salud chileno, reformado durante la dictadura militar, éste se compone de entidades públicas y privadas, donde el Estado desempeña una función rectora y reguladora a través del Ministerio de Salud. Según el artículo 19 de la Constitución Política del Estado, promulgada en dictadura en el año 1980, “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” (Art. 19.9). Esto, mediante el Sistema Nacional de Servicios

de Salud (SNSS), compuesto por los Servicios de Salud como unidades geo-administrativas de gestión, planificación y administración, cuya función es ejecutar las acciones que el artículo 19.9 demanda según las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud (Demoscópica, 2009).

Y “en relación a la previsión y el aseguramiento, se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como seguro público y el mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), para el ámbito privado” (OPS/OMS, 2011, en Becerra y Altimir, 2012: 195), dando espacio a instituciones con fines de lucro como prestadoras de salud. Según la encuesta Casen 2013, el 68,7% de los inmigrantes está afiliado a FONASA, el 18,1% a ISAPRE y el 8,9% no está afiliado a ninguno, versus el 2,5% de los chilenos en la misma condición. Estas cifras dan cuenta de las dificultades que presenta para los inmigrantes costear un servicio de salud privado, pues una gran cantidad de ellos no está suscrito a ningún tipo de previsión posicionándolos una vez más en una situación crítica de riesgo social y vital. Además, nos hace tener una idea del sistema de salud chileno, donde las ISAPRE se concentran en los sectores más acomodados liberándolos de aportar al financiamiento de la Salud Pública, y donde “se observan inequidades en el acceso de oportunidades de recibir servicios de salud” (De la Cruz, Rojas, Salas, 1996: 51)

Respecto al proceso y a las iniciativas que ha desarrollado el Estado de Chile para normar y asegurar la incorporación de los HHI al sistema de salud pública, se encuentran por ejemplo, el Ordinario N°2284 elaborado en 2007 por la Subsecretaría de Redes Asistenciales “que expresa el derecho a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales para extranjeros y nacionales con situación regularizada” (ibíd.: 196). Posteriormente, en el mismo año el Ministerio de Salud y el Ministerio de Interior firman un Convenio de Colaboración dando pie al Ordinario No. 3229 que se refiere a la Atención de Salud de población migrante en riesgo social y situación no regular y que permite la entrega de un permiso de residencia temporaria a niños y niñas menores de 18 años, independientemente de su condición migratoria, con el fin de proporcionarles atención de salud en establecimientos de red pública de salud, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos. Este convenio busca complementar el Oficio circular 1179 de enero 2003 que permite la entrega de un permiso de residencia temporaria a mujeres que se encuentran en

estado de gravidez y que se controlan regularmente en el Consultorio que corresponde a su domicilio.

Los extranjeros que se encuentran en situación migratoria irregular tienen derecho a la atención de urgencia y pueden atenderse en forma privada, cancelando el valor de las prestaciones médicas u hospitalarias (MINSAL, 2008). En el año 2008 la Ministra del ramo, considerando la necesidad del Ministerio de Salud de elaborar políticas y acciones específicas sobre los grupos de inmigrantes y refugiados, dicta la resolución exenta administrativa N° 542, que constituye un grupo de trabajo con el objeto de prestar su apoyo técnico a la salud de los inmigrantes y refugiados asentados en Chile (Grupo de Trabajo en Salud de Inmigrantes y Refugiados –SIR–).

En junio del presente año 2016 –posterior al proceso de recolección de datos mediante observaciones y entrevistas en terreno- el Ministerio de Salud impartió instrucciones para la aplicación de la circunstancia N° 4 del Decreto Supremo N° 110 de 2004 (modificado en el año 2015 por el Decreto 67 de este Ministerio), que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (Tramo A de FONASA), circunstancia consistente en: *“(4°) Tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos”*, permitiendo así que las personas en dicha circunstancia, puedan ser consideradas beneficiarias del Régimen de Prestaciones de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 136 letra e) del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud (MINSAL, 2016). Estas medidas estatales buscan subsanar situaciones en las que los HHI pudiesen quedar desprotegidos. Pero es en la misma institucionalidad, en los establecimientos de salud, que se ponen –o no– en práctica estas normativas mediante la interacción entre la población de HHI, y los agentes que proveen de atención en salud.

Para conocer cómo los HHI se insertan en el sistema de salud chileno no basta con conocer las normativas, acuerdos y tratados que el Estado de Chile ha firmado, ya que muchas veces pueden responder únicamente a demandas y estándares internacionales que no se condicen con la realidad del país, o específicamente con la realidad de cada Sistema de Salud inserto

en contextos geográficos, económicos y sociales distintos y que proveen la atención sanitaria a la población migrante desde diversos enfoques médicos e historias organizacionales propias, que marcan la mirada del funcionario público para enfrentarse a su interacción con este paciente lejano, con este *otro*. Es por esto que nos enfocaremos en un establecimiento de salud particular, el Hospital Exequiel González Cortés, para conocer sus dinámicas de funcionamiento, acuerdos e iniciativas tomadas frente a la atención de una población HHI en crecimiento y, en particular, para analizar cómo los médicos interactúan con los pacientes HHI y las mujeres que los acompañan al interior de este espacio hospitalario.

1.4 El Hospital Exequiel González Cortés

El Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) es un Establecimiento Asistencial pediátrico Docente que se ubica en la comuna de San Miguel de la Región Metropolitana. Hace parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), que tiene a su cargo la administración de la Red de establecimientos de salud ubicados en las comunas de San Miguel, La Granja, Paine, Buin, Calera de Tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo y San Joaquín. En el SSMS trabajan 813 funcionarios y funcionarias y su población correspondiente a 275.988 niños y niñas de 0 a 15 años, representa el 23% de la población beneficiaria de la Región Metropolitana. Respecto al funcionamiento del hospital, en el año 2014 se atendieron 195.137 pacientes (consultas de especialidad, consultas de urgencia, egresos hospitalizados); éste cuenta con Servicio de Urgencia Infantil, Atención de Especialidades y cartera de Procedimientos Quirúrgicos, dónde trabajan 152 médicos (Cuenta pública HEGC, 2015)⁴.

La siguiente tabla muestra la estimación de la pobreza para las 52 comunas de la Región Metropolitana; de las 11 comunas que abarca el SSMS, 8 pertenecen al 50% más pobre, siendo San Joaquín y Lo Espejo las comunas con mayores índices de pobreza en toda la región. Esto nos permite conocer a grandes rasgos la situación socioeconómica de los pacientes que acuden al hospital.

⁴ El hospital no cuenta con estadísticas acerca del número de HHI que ahí se atienden. Tampoco existen registros sobre la población inmigrante por comunas del país ni de la RM.

Tabla 1: Pobreza comunal en la RM (2011)

Comunas	Incidencia de Pobreza (tasa SAE Casen 2011) ⁵	Comunas	Incidencia de Pobreza (tasa SAE Casen 2011)
San Joaquín	26,9%	Conchalí	10,8%
Lo Espejo	21,9%	Tiltil	10,1%
Renca	20,7%	Lo Barnechea	10,3%
Lampa	19,9%	San José de Maipo	9,6%
San Bernardo	18,8%	Macul	9,3%
San Ramón	17,7%	Maipú	9,2%
Estación Central	17,6%	La Florida	9,2%
La Granja	15,9%	María Pinto	9,2%
Puente Alto	15,4%	El Monte	8,8%
La Pintana	15,2%	Talagante	8,6%
Melipilla	14,7%	Independencia	8,2%
Cerro Navia	14,6%	Colina	7,7%
Peñalolén	13,8%	Isla de Maipo	7,7%
San Miguel	13,0%	La Cisterna	7,5%
Lo Prado	12,5%	La Reina	7,1%
Buín	12,6%	Paine	7,0%
Huechuraba	12,6%	Alhué	6,0%
Pedro Aguirre Cerda	12,3%	Santiago	5,7%
Cerrillos	11,7%	Ñuñoa	5,2%
Recoleta	11,5%	Padre Hurtado	4,3%
Quinta Normal	11,4%	San Pedro	3,3%
Curacaví	11,4%	Pirque	4,1%
El Bosque	11,1%	Calera de Tango	1,5%
Peñaflor	10,9%	Las Condes	1,4%
Quilicura	10,9%	Providencia	0,2%
Pudahuel	10,9%	Vitacura	0,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Casen 2011 trabajados por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social

En cuanto a la dimensión específica de salud, se observa en la siguiente tabla que en todas las comunas del SSMS la mayoría de la población está afiliada a FONASA y pertenece a los grupos A y B de menores ingresos. Además, en cada comuna esta proporción de la

⁵ La estimación de la tasa de pobreza comunal es obtenida mediante la aplicación de una Metodología de Estimación para Áreas Pequeñas, que combina datos de la Encuesta Casen 2011 (sub muestra 2011 – enero 2012) y datos administrativos y censales. Para mayor información ver:

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=82&a=2011>

población afiliada a FONASA A y B es mayor que el promedio regional (de 55,6%). Esto nos permite tener una segunda mirada acerca de la situación socioeconómica de la población que se atiende en el HEGC así como el eventual nivel de demanda de servicio de salud pública en la zona.

Tabla 2: Población SMSS afiliada a FONASA A y B (2011)

Comunas del SMSS	Proporción población afiliada a FONASA (grupos A y B)
San Joaquín	56,9%
Lo Espejo	60,7%
San Bernardo	57,5%
La Granja	57,7%
San Miguel	55,8%
Buín	61,2%
Pedro Aguirre Cerda	57,6%
El Bosque	58,5%
La Cisterna	56,0%
Paine	64,7%
Calera de Tango	57,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Casen 2011 trabajados por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social

Desde el año 2008 el HEGC y el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la Paz, Bolivia, mantienen un Convenio de Hermandad y Cooperación, auspiciado por la Agencia de Cooperación Internacional de Chile, en colaboración con el Ministerio de Salud de Chile y su contraparte de Bolivia. Esta iniciativa ha permitido a los funcionarios del HEGC conocer el modelo de atención con enfoque intercultural que se desarrolla en el hospital boliviano y los logros interculturales de Bolivia con sus comunidades indígenas en el área de atención de salud. Gracias a esto, en 2012 se implementó un Programa de Interculturalidad en el HEGC a cargo del Comité de Interculturalidad, que se ha preocupado por conocer e integrar los saberes culturales y médicos de los pueblos mapuches de la zona sur de Santiago (AGCI, 2013), mediante talleres de capacitación para funcionarios del hospital. Actualmente, se pretende ampliar el Programa de Interculturalidad a la población migrante; se han realizado trabajos conjuntos con las embajadas de Haití y Perú, además de la coordinación con Extranjería, Registro Civil y

FONASA. Uno de los desafíos planteados por el recinto consiste en consolidar el proyecto intercultural, sobre todo desde la mirada de los inmigrantes, aspecto que aún se mantiene débil en comparación con los avances que se han llevado a cabo desde la cultura mapuche, gracias a los fondos entregados por el Estado mediante el Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas (PEPSI)⁶ desde el año 2013.

2. Antecedentes socio-históricos

Como mencionábamos, los inmigrantes e HHI portan en sus cuerpos la historia de una pobreza de clase y la “expulsión⁷” de sus países de origen, que el nacional, en este caso chileno/a, reconoce y distingue según nacionalidades, costumbres o idiomas. Pero este reconocimiento diferencial o *racialización jerárquica*, “vale decir, de la generación de desigualdades entre las personas a partir de sus diferentes rasgos, pasaportes, color de piel, tipo de pelo, estructura corporal, idioma, etc.; y de la existencia de privilegios basados en estas desigualdades” (Hernández, 2015: 4), de los extranjeros que llegan al país, debe comprenderse desde el pasado y presente de la historia de Chile en tanto sujetos históricos. Ya que las estructuras sociales solo pueden explicarse “si se tiene en consideración las conductas de actores pasados y la forma en que los resultados de esas conductas se interrelacionan con lo que los agentes realizan en el presente” (Chernilo, en Archer, 2009: 17).

2.1 La formación del Estado-Nación en Chile

La historia de América Latina y el Caribe, desde su invasión europea, ha sido marcada por una negación cultural que ha servido como base para la exclusión socioeconómica y la dominación sociopolítica de ciertos sectores sociales y *étnicos* que se propaga hasta nuestros días. Como mencionan Calderón, Hopenhayn y Ottone (1996) esta tendencia histórica de negación se gesta desde sus inicios por parte del descubridor, luego

⁶ Se trata de un “Modelo de salud con enfoque intercultural que involucra la activa participación de los pueblos originarios en su diseño, ejecución y evaluación. Contempla un trabajo coordinado a nivel nacional, regional y local entre las instituciones de salud, organizaciones indígenas y otros sectores, contribuyendo a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados” (Saldías, R., Lagos, O., 2012).

⁷ Los inmigrantes se desplazan empujados por la pobreza, las guerras y/o persecuciones.

conquistador, evangelizador, colonizador, criollo y finalmente blanco hacia el indio, la mujer, el pagano, el negro, el mestizo, el campesino, el marginal-urbano, el extranjero – podríamos sumar los/as homosexuales e incluso los niños/as como sujetos históricos (o *ahistorizados*)–, de los cuales se diferencia respecto de sí mismo considerándolos como un *otro*, y desvalorizándolos.

Desde el periodo colonial hasta el proceso de construcción y formación del Estado-Nación chileno y su concomitante *identidad nacional* durante el siglo XIX, los pueblos indígenas del territorio (y los mestizos) fueron sujetos de “representación y manipulación etnocentrista [...] que desde ese momento se comenzó a presentar devaluada, *barbarizada* y racialmente ‘inferiorizada’” (Bello, 2002: 2). Esto como respuesta a la búsqueda de orden y homogeneidad de una cultura y población heterogénea que debía calzar con el ideal de la *raza chilena*, marcada por la idea eurocéntrica de una superioridad *blanca* y occidental, plasmada en la idea de Estado-Nación, proceso propio de la modernidad, “generado por la necesidad que ha tenido el capitalismo de homogenizar y controlar poblaciones dentro de determinados límites territoriales” (ibíd.: 4). Este proceso da lugar al principio de nacionalidad, bajo el ideal de que cada nacionalidad debe tener su propio Estado, y que cada Estado debe incorporar una sola nacionalidad (Stavenhagen, 2001, en Bello, 2002). Pero “*ninguna nación* (es decir, ningún Estado nacional) *posee de hecho una base étnica*, lo que quiere decir que no se podría definir el nacionalismo como un etnocentrismo, sino, precisamente en el sentido de la producción de una etnicidad *ficticia*” (Balibar y Wallerstein, 1988: 80). Así, esta nacionalidad chilena se pretende, en tanto *etnicidad chilena*, como uniforme, blanca y europeizada, hispanoparlante, fundante y fundada por el nuevo Estado de la República de Chile.

El ideal de nacionalidad chilena excluía a los indígenas, negros y a ciertos extranjeros como los peruanos y bolivianos, lo cual se refuerza principalmente con la consolidación de la *identidad nacional*, luego de la Guerra contra la Confederación Perú-boliviana en 1837. Respecto a los mulatos o los negros, la historia –del poder– de Chile se ha encargado de ignorar y negar su participación y su presencia en la historia identitaria nacional. Por lo mismo, es importante contrastar esta naturalización de la ausencia de *negros* en Chile (“no ha habido negros en Chile”), con los datos demográficos accesibles de la época. La

población negra en Chile se transaba como mercancía en el mercado de esclavos; en 1778 “la presencia de esclavos se consignaba con los empadronamientos de Jáuregui [de Maule al Norte, (INE, 1953)] que señalaba a un 9,8% de población ‘negra’” (Tijoux, 2014: 1). En 1812, en el Obispado de Concepción (de Maule al Sur) el 3,7% de la población era “negra y mulata” y de “profesión” esclavos. Estos datos se contradicen con una creencia histórica que niega la presencia de *negros* en Chile, teniendo en cuenta que para la época, la mayoría mantenía el estatuto de esclavos y, por lo tanto, su participación histórica era altamente subvalorada, eran cosificados e invisibilizados como personas y como agentes históricos.

Esta negación del *otro* por parte de las elites políticas y económicas, asumidas generalmente como criollas o chilenas *blancas* y nunca como mestizas, se da tanto en forma externa como interna; por un lado se diferencia y desvaloriza al otro-extranjero, como aquel “que ‘amenaza nuestra identidad’ (desde afuera), que corroe la nación como un virus que se introduce desde la frontera” (Calderón, et al., 1996: 66) lo que en el caso de Chile referiría a los negros traídos de África y a ciertos extranjeros (amerindios), y por otro lado, el mismo chileno ha negado al otro-interno, al indígena, distanciándose así de lo autóctono, asumiéndose como una *raza pura* europea y *blanca*; y al mestizo, aquel emergido del violento encuentro sexual entre españoles e indígenas, quien “racial y culturalmente se trató de un ‘otro’ que con frecuencia renegó de sus raíces indígenas para adoptar un remedo de la cultura hispana” (Salazar y Pinto, 1999: 159). Si bien en los inicios de la República de Chile, el “padre de la patria” Bernardo O’Higgins intentó promover la igualdad de los indígenas, mediante la promulgación de un Bando Supremo en 1819 que sugería que los indígenas “deben ser llamados *ciudadanos chilenos* y libres como todos los demás habitantes del Estado, con quienes tendrán igual voz y representación” (Aylwin y Castillo, 1990, en Bello, 2002: 6), este reconocimiento se tradujo con el tiempo en una anulación o negación cultural, obligándolos a abandonar no solo sus territorios, sino que también sus particularidades culturales, usos y costumbres, a través de métodos violentos y mecanismos de aculturación y asimilación cultural, logrando propagar la idea de que la nueva nación era racial y culturalmente homogénea.

Este proceso de persecución física y cultural de estos *otros* externos e internos por parte de las elites *blancas* en Chile antes y durante la conformación del Estado-Nación, tuvo

consecuencias directas en la concepción, percepción y valoración de sí por parte de los primeros. Desde el mismo negado se vive un doble proceso de negación; se introyecta la negación del indio, del mestizo o del *negro* como autonegación de sí, desvalorizando e inhibiendo la propia cultura, lo que provoca el cercenamiento de la identidad propia frente a sí misma. Además, esta negación se vive “como una asimilación siempre deseada y siempre frustrada al mundo de lo ‘blanco’, al progreso, en fin, a la modernización” (Calderón, et al., 1996: 66) ya que la identidad del sí mismo *otro* no será nunca como la del *blanco* puesto que el pasado, la historia y el habitus de este negado que se niega y la del *blanco* no pueden asimilarse. Así, la identidad que se espera alcanzar se presenta como una eterna imposibilidad. Pero esta identidad fallida concierne también al dominador latinoamericano, que ha caído en su propia trampa de la negación, ya que el criollo, y luego el nacional asumido como *blanco*, se identifica como no-indio, no-boliviano, etc., pero esta no-identidad es solo la postergación de un ideal, en tanto que esto no lo convierte nunca en europeo. En ese sentido, “su compulsión a huir de la diferencia le impide ver la diferencia fuera y dentro de sí, con lo cual niega parte de su propio ser” (ibíd.: 71). Esta contradicción entre identidad ideal e identidad real nos dota de un habitus desadaptado y muchas veces incoherente; “habitus desgarrados, dados a la contradicción y la división contra sí mismos, generadora de sufrimiento” (Bourdieu, 1999a: 210). Cada vez que el chileno niega y aniquila simbólicamente a este *otro* indígena, negro, extranjero se niega y aniquila a sí mismo; esto es lo que Calderón, Hopenhayn y Ottone (1996) llaman la *dialéctica de la negación del otro*.

2.2 El “nuevo racismo” en el Chile de hoy

La negación y la exclusión de esta otredad arraigada en los fundamentos históricos de la América colonizada dan lugar a un *imaginario racializado* constitutivo de la chilenidad, del *ser* chileno, lo que hoy sigue manifestándose en prácticas racistas contra esos mismos *otros* (indígenas, inmigrantes andinos, afroamericanos, etc.). Como declara Balibar (1988), “el racismo es una relación social y no un simple delirio de sujetos racistas. La actualidad sigue estando ligada a los restos singulares del pasado” (p. 69). Este análisis crítico de la construcción idílica de una identidad nacional, racial y culturalmente homogénea, nos

permite entonces trasladarnos a la discusión acerca de la existencia de racismo⁸ en el Chile de hoy.

Esta supuesta *identidad nacional*, encerrada en unas fronteras geográficas y en la administración del Estado de Chile, y por lo tanto como una cultura enmarcada en los límites de la *Nación*, nos sitúa en el problema expandido del nacionalismo, supuesto simbólico cultural y físico que uniformiza y racializa a esta población situada, territorializada, dando lugar al racismo. Utilizando la definición entregada por Balibar, el racismo, como verdadero fenómeno social total, “se inscribe en prácticas (formas de violencia, de desprecio, de intolerancia, de humillación, de explotación), discursos y representaciones que son otros tantos desarrollos intelectuales del fantasma de profilaxis o de segregación (necesidad de purificar el cuerpo social, de preservar la identidad del ‘yo’, del ‘nosotros’, ante cualquier perspectiva de promiscuidad, de mestizaje, de invasión), y que se articulan en torno a estigmas de la alteridad (apellido, color de la piel, prácticas religiosas)” (Balibar y Wallerstein, 1988: 32).

Puede resultar políticamente incorrecto hablar de racismo, porque como declara la UNESCO, “la raza no existe” (Tijoux, 2014). Pero esta desaparición lingüística no implica la desaparición de prácticas racistas; si bien el concepto de *raza* ya no existe –como científica y políticamente correcto–, ha sido sustituido por el de *inmigración*. Y “parece que en las actuales condiciones económicas de un capitalismo que gana, cuando un sistema político le abre las puertas, la ‘raza’ sigue más presente que nunca, anclada a la clase y a la Nación. Los efectos perversos de esta posición de deconstrucción de la ‘raza’, siguen produciendo múltiples discriminaciones” (ibíd.: 13). Se reemplaza el racismo colonial por un *racismo sin razas*: “un racismo cuyo tema dominante no es la herencia biológica, sino la irreductibilidad de las diferencias culturales” (Balibar y Wallerstein, 1988: 37). El problema se traslada de la preservación de la raza, a la preservación de la cultura como

⁸ Hablaremos antes de racismo que de discriminación, ya que creemos que este segundo término refiere a “un lenguaje postracial que sustituye un modo de nombrar las acciones de exclusión y segregación social que permanecen hasta el día de hoy contra quienes están más próximo a la negritud” (Fondecyt n° 1130203, 2015. Discusión bibliográfica), y lo indígena.

imperativo para conservar la(s) identidad(es) –del *nosotros* y del *otro*– y así el orden y el control, en base a una supuesta historia cultural lineal y única para un mismo y único grupo de individuos. Podríamos llamar entonces a este nuevo o neorracismo, un *racismo culturalista y diferencialista*.

El racismo hacia los inmigrantes no se da hacia cualquier extranjero, sino principalmente hacia aquellos cuyas nacionalidades se asocian con comportamientos culturales, con formas de ser, hasta conseguir que la categoría *inmigración* sustituya a la noción de raza. Podríamos decir que en Chile son seis las naciones que señalan y de cierto modo “definen” a los *inmigrantes*; peruanos, bolivianos, ecuatorianos, dominicanos, colombianos y haitianos, versus otros *extranjeros* (también inmigrantes) que por su “cultura” se asemejan e incluso superan el ideal nacional y cultural chileno, como los europeos y norteamericanos, por ejemplo. “Es así como inmigrante no es palabra que refiera a todos los de dicha condición, sino a quienes develan la inmigración como estigma construido; es decir, a los que traen a cuestas lo indígena o lo negro” (Tijoux, 2013a: 4).

Vemos que los inmigrantes son categorizados racialmente, es decir, opera una jerarquización racial y cultural según características fenotípicas, estatus migratorio, etnicidad y origen nacional. Hoy, la dialéctica de la negación del otro transmuta en la dialéctica de la exclusión, donde “los descendientes de los negros que fueron esclavos traídos de África, y de los indios que fueron sometidos por la conquista, son hoy, en su mayoría, pobres y marginados (aunque no sean los únicos pobres o marginados). El estigma no se interrumpe ni con las revoluciones de independencia, ni con las empresas modernizadoras, ni con el Estado de derecho” (Calderón, et al., 1996: 68). Así, esta jerarquización culturalmente racializada tiene “un impacto material cuando se aplican a grupos específicos, que alcanza no sólo a una posición de desventaja frente al mercado del trabajo, sino que a una exclusión de las prácticas culturales de un estado-nación” (Duany, 1998: 166, en Mora, 2009: 135).

Nos parece también que es de interés para el campo de estas investigaciones citar algunos estudios cuantitativos que se han hecho en Chile en la actualidad que dan cuenta del carácter racista de nuestra población, pues ya en el año 2003 la “Encuesta tolerancia y no

discriminación. Tercera medición”, realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, daba cuenta que el 46% de los santiaguinos encuestados estaba totalmente de acuerdo o muy de acuerdo con que “a pesar de que hay excepciones, está claro que los chilenos somos más capaces que los habitantes de países vecinos”, y en la misma línea, el 25% afirmaba que “algunas razas son mejores que otras” (lo que daba cuenta ya de un racismo presente en la sociedad chilena). La UNICEF, en el estudio “Voz de los Niños, Niñas y Adolescentes y Discriminación” (2011) muestra que el 27,6% cree que hay nacionalidades inferiores a la chilena, donde aquellas con mayor porcentaje de mención espontánea fueron la peruana, boliviana y haitiana. El mismo porcentaje opina que Chile es un país más desarrollado que sus vecinos pues hay menos indígenas. Finalmente en un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad Diego Portales (2012) acerca de las “Elites Políticas. Discriminación y diversidad étnica” se constata que el 87,3% de los entrevistados a lo largo del país piensa que los chilenos somos muy discriminadores, el 72% cree que una persona puede ser discriminada por el color de piel, y el 76,5% por ser mapuche.

2.3 El reconocimiento y la necesidad de la interculturalidad

La negación del otro en Chile que deviene en prácticas racistas se vuelve en contra del sí mismo chileno, *formado* histórica, cultural e incluso *racialmente* de manera heterogénea, y por tanto, negando al no-blanco el nacional se niega a sí mismo. América Latina y el Caribe “ha sido desde su fundación un abigarrado tejido intercultural, un recurrente acto de compenetración intercultural o ‘asimilación activa’ de la cultura de la modernidad desde el acervo histórico-cultural propio” (ibíd.: 80). Chile, al igual que los demás países del continente, ha combinado y combina múltiples corrientes culturales provenientes de sociedades amerindias, europeas, africanas y otras. Del mismo modo que la negación del otro proviene de un pasado y se trasmuta al presente, el sincretismo o tejido intercultural que caracteriza a nuestra(s) cultura(s) “es también historia presente, y si bien su fuente es el encuentro de culturas distintas –siempre renovándose, además–, se ramifica hacia todo orden de cosas” (ibíd.: 81).

Esta negación se ha llevado a cabo mediante el *blanqueamiento* de una población que no logra reconocerse a sí misma, menos aún mediante la negación de ese *otro* altamente más

cercano que el ideal del sí mismo *blanco*. Pero de nada serviría reivindicar únicamente la identidad de *otredad* que podría tener el chileno versus una posible identidad *blanca*, contrastando pura y simplemente el nacionalismo y la *cultura* de los dominantes con la de los dominados, ya que “esta asimetría formal no es extraña a una dolorosa experiencia que hemos vivido repetidamente: la de la transformación de los nacionalismos de liberación en nacionalismo de dominio [...] que nos lleva a cuestionarnos regularmente sobre la potencialidad opresora que lleva en sí todo nacionalismo” (Balibar y Wallerstein, 1988: 76). No apelamos aquí a *mapuchizarnos*, *andinizarnos*, o asumir por completo una cultura particular, ya que caeríamos en la valorización de una empresa *individual* desconociendo una vez más lo que caracteriza a nuestra *nación* y cultura: la interculturalidad.

Es por esto que la incorporación de la *interculturalidad* como principio identitario, es un camino de autoreconocimiento como chilenos y de reconocimiento de estos “otros” con quienes compartimos una historia común. Al mismo tiempo así se respondería al antineorracismo al reconocer no solo la riqueza que deviene de la *mezcla* de *culturas*, sino la verdad que implica esta mezcla en nuestra propia constitución como sujetos históricos y sociales, y la mentira que significa entendernos y reconocernos como *blancos* o *chilenos* con una cultura homogénea, única y lineal, que desconoce toda la historia de poder, dominación, pero también de intercambio cultural y genetal que habita en nuestros cuerpos.

3. Antecedentes investigativos

Esta investigación se enmarca en el campo de los estudios migratorios, enfocada particularmente en la población infantil, o hijos/as de inmigrantes. Desde la producción científica social en Chile, hemos encontrado una acotada bibliografía compuesta por artículos y tesis de pregrado y post grado referentes a la experiencia migratoria de niños/as peruanos (Pavez, 2012a), los derechos de las niñas y niños peruanos (Pavez, 2010) e inmigrantes en general en Chile (Cortez, et. al, 2004) y la identidad de niños peruanos inmigrantes en el país (Alarcón, Carrasco, 2013). También hallamos estudios sobre experiencias escolares de hijos/as de inmigrantes en Chile (Molina, 2015; Carrillo, 2013; Correa, 2013), y experiencias de racismo tanto en el contexto escolar (Tijoux, 2013a) como en la vida cotidiana (Tijoux, 2013b; Pavez, 2012b).

El escenario de nuestra investigación es un hospital público, por ende es necesario hacer un recorrido por los estudios que vinculen inmigración y salud en el país. Se encontraron mayormente estudios abocados a la salud reproductiva de mujeres inmigrantes peruanas residentes en la zona norte de la Región Metropolitana (Scozia, Leiva, Garrido, Álvarez, 2014; Núñez, 2011; Núñez, Torres, 2007). Desde el ámbito de lo público nos encontramos con estudios dedicados a proponer planes pilotos de atención en salud de la población inmigrante de las comunas de la zona norte de la Región Metropolitana (Consultora Demoscópica, 2009). También encontramos una investigación desde la disciplina de la psicología que refiere a los efectos de las estrategias de aculturación de inmigrantes bolivianos, peruanos y colombianos residentes en Antofagasta y Calama (Segunda Región) en su salud mental y bienestar psicológico (Yáñez, Cárdenas, 2009).

Nos detendremos en el estudio de Liberona (2012) sobre las relaciones generadas entre administrativos y profesionales de la salud e inmigrantes sudamericanos usuarios del Sistema Público de Salud chileno, particularmente del Servicio de Salud Metropolitano Central, que busca mostrar “cómo se construye una nueva alteridad y cómo, a través de las prácticas y los discursos de los agentes, se legitima y perpetúa la dominación racial, étnica y de clase, produciendo discriminaciones hacia los inmigrantes” (p.19), ya que se relaciona con nuestra propia investigación en tanto al contexto y al problema planteado. Desde la propia institucionalidad se reconocen “actitudes discriminatorias –constatando diferentes grados de consciencia del fenómeno– en el tratamiento y el servicio entregado a las personas migrantes” (Representante de la dirección del SSMC) (p. 30). La autora evidencia que los agentes de salud asocian y refieren a los inmigrantes a partir de los pacientes peruanos, como si estos fueran los “auténticos” inmigrantes (p. 31). Esta forma de asociación de los inmigrantes a una nacionalidad particular está también presente en nuestra investigación, pero como veremos más adelante en el análisis y los hallazgos, ya no se centra en la imagen del peruano sino que en la del haitiano. Este artículo y esta tesis sirvieron de guía para estructurar las entrevistas y formular ciertas preguntas realizadas a médicos y acompañantes de pacientes HHI.

Finalmente hemos revisado estudios que vinculen inmigración, niñez y salud en Chile. Solo hemos encontrado dos, los cuales provienen del área de estudio de la salud, específicamente

de la subespecialidad médica de psiquiatría y de pediatría. El primero tenía como objetivo proponer un proyecto de intervención en salud mental para inmigrantes con el fin de contribuir a la integración de éstos al sistema de salud nacional (en sus normas, programas y políticas). Esto, sobre la base de un diagnóstico de salud mental con población adulta inmigrante consultante al Consultorio Cruz Melo de la comuna de Independencia y con población infanto-juvenil, escolares extranjeros matriculados en Instituciones Educativas de la comuna de Independencia (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008). El segundo, de Vásquez-De Kartzow (2009), desde un enfoque epidemiológico y de salud de la población infantil inmigrante en Chile, plantea que las migraciones influyen en la epidemiología local, ocasionando un aumento o estancamiento en las tasas de infecciones. Se advierte que la atención de los niños/as inmigrantes o hijos/as de inmigrantes debe “incluir preguntas dirigidas a detectar la presencia de ciertas enfermedades, verificar colocación de vacunas PAI y conocer antecedentes epidemiológicos acerca de enfermedades prevalentes en el país de origen” (p. 166) ya que existe la posibilidad de enfrentarse a enfermedades desconocidas en Chile, como la anemia de células falciformes en inmigrantes de raza negra, otras hemoglobinopatías, etc. Al mismo tiempo, enfermedades que están en vías de erradicación en Chile, como la tuberculosis, podrían demostrar una detención en el ritmo de decrecimiento. No hemos encontrado aún estudios sobre la salud de pacientes inmigrantes de la zona sur de la Región Metropolitana, ni tampoco investigaciones provenientes de las ciencias sociales que se ocupen de la salud de los hijos/as de inmigrantes en el país.

II. Problema de investigación

En la actualidad, en Chile y en el mundo, la inmigración ha pasado de ser vista como un fenómeno social e histórico a ser considerada un problema social. Se plantea como un problema económico (“los inmigrantes vienen a quitar los trabajos de los nacionales”), un problema político vinculado a la irregularidad de los inmigrantes concebidos como “peligrosos” para la Nación, como “delincuentes”. Un problema educacional (dónde se insertan los hijos/as de inmigrantes). Respecto a la salud, últimamente los inmigrantes han sido señalados como los responsables de atochar los consultorios del país, de traer nuevas enfermedades que “contagian” a nuestra población, pero poco se ha hablado de los problemas que encuentran en el acceso y en la atención, de las enfermedades físicas y mentales que desarrollan en Chile.

Para los propósitos de esta investigación, importa detenerse en la figura del o la acompañante del niño/a enfermo, quien lo/a cuida y en este caso acompaña a las consultas de atención médica o permanece junto a él/ella cuando hay hospitalización. Este rol de cuidado ha sido ampliamente estudiado ya que la familia es la principal proveedora de cuidados de la salud, antes que los servicios formales (profesionales) prestados por las instituciones sanitarias (Duran, 1999, en García, Mateo y Maroto, 2004). El cuidado no-formal puede definirse como “la prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (Wright, 1983, en García, et al., 2004: 84). El trabajo de cuidar implica una variedad de tareas; Magaña, Calquín, Silva y García (2011), a propósito de un estudio que analiza el papel de las mujeres y de las familias que asisten a un CESFAM de una localidad urbano-rural de la Región Metropolitana en la producción de los cuidados en salud, clasifican los tipos de cuidado en: i) cuidados de acompañamiento del enfermo/a a la consulta, ii) cuidado doméstico, iii) tareas de cuidado permanente en enfermedades crónicas y condiciones especiales de capacidad física y/o mental y adultos/as mayores (p. 38). Generalmente son las mujeres quienes han adoptado este rol de persona cuidadora a lo largo del tiempo, a partir de la división sexual del trabajo, y la constitución familiar ideal compuesta por “un hombre proveedor y una mujer ama de casa responsable de la crianza de los hijos y el aseo

y cuidado del hogar” (ibíd.: 34), situación tensionada hoy con la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado. Los autores se refieren a los resultados preliminares de la Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en Chile realizada en 2008 que muestran que nueve de cada diez cuidadores de salud no remunerados son mujeres que tienen bajo su responsabilidad la mayoría de las tareas domésticas y de cuidado, así como la organización y funcionamiento del hogar (Hopenhayn, 2009, en ibíd.).

Queda claro que el rol del cuidado de los enfermos es femenino, y protagonizado por mujeres (madres, hijas, abuelas, vecinas...), lo que pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres, como la invisibilidad social de esta labor y la falta de reconocimiento de quienes la desempeñan. Por último, hay que señalar que no todas las mujeres participan por igual en el cuidado doméstico en salud, “son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de niveles inferiores de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales” (García, et al., 2004: 86). A partir de lo señalado y en relación al problema de investigación, nos referiremos a los pacientes hijos e hijas de inmigrantes como acompañados por mujeres, para dar cuenta que éstos/as no se movilizan solos a los establecimientos de salud, enfatizando así la tarea específica propia del acompañamiento del enfermo/a a la consulta protagonizada por mujeres.

Este rol de cuidadora y específicamente de acompañante implica reorganizar la vida ya que obliga al desplazamiento, cuestión que afecta el desempeño laboral por el cambio de horarios, poniendo en riesgo la continuidad del trabajo en razón de ausencias repetidas, y el desempeño familiar pues la mujer enfrenta los problemas de la dedicación o cuidado de otros familiares a su cargo. Se agrega a esta situación el sufrimiento que implica tener un familiar niño/a enfermo, y los conflictos emocionales derivados de la inquietud constante por la salud de éste. A partir de la preocupación por el impacto del cuidar en la salud y el bienestar de las cuidadoras ha llegado a acuñarse el término de “síndrome de cuidador” “para describir el ‘conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas’, e incluso ‘los problemas laborales, familiares y económicos’ que enfrentan las cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara” (Pérez, Abanto y Labarta, 1996, en García, et al., 2004: 88). En el caso de las inmigrantes, esta situación se vive con mayor apremio pues se encuentran frente a “barreras idiomáticas, diferentes nociones acerca de la salud y

enfermedad, el prejuicio y desconocimiento de los servicios de salud respecto a las características y problemas de la población migrante” (Neumann, en Cortez et al., 2004: 114), aunque estas barreras también las experimentan las mujeres de pueblos indígenas, principalmente el pueblo mapuche.

Así, estamos frente a un complejo escenario, donde se juega la salud de las personas (física y mental), donde “las relaciones entre agentes de salud y pacientes determinan la calidad de vida de los últimos” (Liberona, 2012: 23). Esto determina de antemano relaciones asimétricas de poder, lo que se ve agudizado con la presencia de un *otro* inmigrante sometido al estigma social y estatal no-nacional. En este difícil contexto, nos interesa conocer el modo en que enfrentan la vida las mujeres inmigrantes cuando debido a enfermedades de sus familiares niños/as deben acudir al sistema de salud del hospital EGC y al trato que reciben tanto los niños/as que se atienden como estas acompañantes por parte del equipo de salud.

1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los puntos de vista de los médicos y de las mujeres inmigrantes que acompañan a los niños/as al hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés sobre sus interacciones sociales?

2. Objetivos de investigación

2.1 Generales

- 1) Comprender los puntos de vista de los médicos y las mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes niños y niñas hijos/as de inmigrantes al hospital pediátrico Dr. Exequiel González Cortés sobre sus interacciones.
- 2) Contribuir con los resultados de la presente investigación al Comité de Interculturalidad del HEGC en el desarrollo de la línea de intervención respecto a la población inmigrante que se atiende y acompaña a los pacientes HHI.

2.2 Específicos

- 1) Caracterizar a los pacientes HHI y a las mujeres que los acompañan.
- 2) Analizar las interacciones entre los médicos y las mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes HHI que se atienden en el hospital.
- 3) Describir las prácticas discriminatorias por parte del equipo de salud del HEGC hacia los pacientes HHI y las mujeres que los acompañan.

3. Relevancias sociológicas

En primer lugar, consideramos que esta investigación tiene relevancias políticas ya que se da en un momento en que la cuestión migratoria está en primera plana de los medios de comunicación y la agenda del Estado.

Por otra parte, se pretende que sea un aporte para los estudios sobre migraciones y racismo, por medio de la comprensión de interacciones *mixtas* entre *normales*, en este caso médicos, y *estigmatizados*, las mujeres inmigrantes acompañantes, donde el estigma racial se entiende como un fenómeno histórico y estructural vinculado a la formación del Estado Nación chileno, radicado en prácticas y discursos que se manifiestan en las interacciones cotidianas entre los actores. Actualmente los inmigrantes son constantemente cuestionados por los chilenos, y sufren las consecuencias.

Respecto a la disciplina sociológica pensamos que se presenta como relevante para la sociología de la infancia al mostrar a los hijos e hijas de inmigrantes como actores que sufren las consecuencias del estigma que portan sus padres, además de dar cuenta específicamente de la infancia y de las mujeres migrantes. En ese sentido, se busca integrar y visibilizar teóricamente el concepto de “rol de cuidado”, destacando el acompañamiento que realizan las mujeres a los pacientes niños/as a los servicios de salud.

Por último, se pretende aportar a los estudios de políticas públicas, desde una visión médica intercultural, preocupada por ampliar cultural y socialmente las interacciones entre médicos y pacientes y/o acompañantes.

III. Marco analítico conceptual

La *interacción social* es el concepto central que compone el marco teórico conceptual, a partir del cual definiremos lo que entendemos por interacciones *cara a cara* de *primer orden* entre *actores* en un *escenario*. En este caso, interacciones *mixtas* entre médicos y mujeres inmigrantes acompañantes de pacientes HHI en el Hospital Exequiel González Cortés, las cuales buscamos comprender a partir de sus *puntos de vista*.

1. Interacción social

Para el filósofo y sociólogo George Simmel, estudiar la sociedad implica abordar el efecto recíproco de la acción de los individuos, lo que nos sitúa en el plano de la micro-sociología, o de las micro relaciones que se construyen a través de las prácticas sociales, la *praxis* –de la que las instituciones macro sociales, como la médica, son su producto objetivado. De las interacciones recíprocas resulta toda una trama de significados, como categorías de comprensión, que les permiten a los individuos definir al mundo, a sí mismo y a los otros. Así, toda acción recíproca adquiere su significado, comprendido por los sujetos actuantes a través de la interacción con otros, otras cosas, o acontecimientos. Estas acciones recíprocas a las que nos referimos, “todas estas miles de relaciones que juegan entre una y otra persona de manera momentánea o duradera, consciente o inconsciente, evanescente o con consecuencias, nos entrelazan de manera ininterrumpida” (Simmel, 2002: 33), en virtud de la influencia y determinación que los individuos ejercen recíprocamente entre sí. Además, estas interacciones cotidianas “menores y aparentemente insignificantes según los casos [...] son las que primeramente logran constituir la sociedad tal como la conocemos” (ibíd.: 32) y consolidar los grandes sistemas y organizaciones supraindividuales.

Para Erving Goffman (1997) la interacción es la que “tiene lugar en cualquier ocasión en que un conjunto dado de individuos se encuentra en presencia mutua continua” (p.27) –hoy especificaríamos, física o virtual–. Para fines de este trabajo nos interesan las interacciones cara a cara, definidas como “la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata” (ibíd.). Para Goffman, la vida es como una representación teatral y consiste en actuaciones *performances*, donde hay actores y público, concebidas como reales mientras dura la representación. Las actuaciones

se dan entonces en un escenario, en un espacio geográfico y de interacción en el cual los sujetos asumen y representan sus roles. La adopción de diferentes roles entre quienes interactúan supone la preexistencia de normas y pautas de acción a las que los individuos deben adecuarse en su actuación. El proceso de interpretación individual en la ejecución de toda interacción es fundamental, por lo que Goffman “deja de asumir al actor como un agente pasivo que actualiza las normas y valores de la sociedad, para concebirlo como un ser abierto dotado de creatividad que produce, y no solo reproduce, a la sociedad en su actuar cotidiano” (Mercado, Zaragoza, 2011: 161) reconociendo así la existencia de estructuras sociales amplias, no estáticas sino que transformadas en el proceso interactivo. Entonces, las interacciones entre los individuos en un escenario específico, toman forma según los roles que adoptan los actores y las prácticas que realizan para interpretar estos roles en ese escenario.

1.1 Las interacciones de primer orden

Las interacciones que nos competen tienen como escenario el HEGC, las cuales ocurren en diversas escenas como la consulta médica en el policlínico, la atención de Urgencia, la visita periódica de los médicos a los pacientes hospitalizados, etc. En general estamos frente a interacciones de *primer orden*, donde quienes interactúan poco saben los unos de los otros (Le Breton, 2002). Por lo tanto, el cuerpo y las formalidades adquieren relevancia al momento de la interacción. Porque el cuerpo del paciente es la razón principal de la interacción, dada en la inmediata presencia de los actores, y además, porque “en las condiciones comunes de la vida social, etiquetas sobre el cuerpo rigen las interacciones” (ibíd.: 78). Se trata del cuerpo en tanto cuerpo socializado (y no un objeto), moldeado por el contexto social y cultural. Al mismo tiempo, “una interacción implica códigos, sistemas de espera y de reciprocidad, a los que los actores se pliegan a pesar suyo. En todas las circunstancias de la vida social es obligatoria determinada etiqueta corporal y el actor la adopta espontáneamente en función de las normas implícitas que lo guían” (Le Breton, 2002: 50). Pero estas normas son arbitrarias, se definen según contextos e historias específicas, y por ende las normas incorporadas para algunos pueden contradecirse con las de otros, provocando incomodidades o malentendidos para los actores.

Además de esta *hexis corporal*, adquiere relevancia en este tipo de interacciones de *primer orden* la comunicación que se genera entre los actores por medio del habla, donde se manifiestan distintos habitus lingüísticos según quién habla y desde qué posición se habla. Entendiendo el habitus, desde la teoría de Bourdieu (2007), como “sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones” (p. 86). Es decir, el habitus podría entenderse como una herencia familiar, histórica, de clase, en definitiva de las condiciones objetivas que han permitido y formado nuestra existencia social, incorporada en los agentes a tal punto que se presenta como un operador inconsciente que nos dota de un sistema de disposiciones que nos permite *estar-en-el-mundo*, de la manera más “adecuada” posible. Y “lo que se expresa a través del habitus lingüístico, es todo el habitus de clase al que él pertenece, es decir, de hecho, la posición que se ocupa, sincrónica y diacrónicamente en la estructura social” (Bourdieu, 1985: 57). En ese sentido, estudiar las interacciones es estudiar los discursos y los habitus lingüísticos que se enfrentan en éstos según la posición en la escala de poder de los actores.

1.2 El punto de vista sobre las interacciones

Las interacciones entre médicos y mujeres acompañantes son comprendidas a partir de los puntos de vista de los actores sobre éstas. El complejo escenario en que nos situamos (como la realidad misma del mundo social) da lugar a diversos discursos sobre las mismas realidades según los diferentes actores, por lo cual es necesario “abandonar el punto de vista único, central, dominante –en síntesis, casi divino– en el que se sitúa gustoso el observador –y también su lector (al menos, mientras no se sienta involucrado)– en beneficio de la pluralidad de puntos de vista coexistentes y a veces directamente rivales” (Bourdieu, 1999b: 9). Porque siguiendo a Leone y Díaz (2005), y parafraseando a Bourdieu, “los puntos de vista son vistas tomadas a partir de un punto”, desde una posición determinada en el espacio social. Y el espacio social debe ser comprendido como la “sede de la coexistencia de posiciones sociales, de puntos mutuamente exclusivos que, para sus ocupantes, originan puntos de vista” (Fernández, 2005: 4). Es por esto que, el análisis sociológico “debe incluir una sociología de la percepción del mundo social, o sea, una

sociología de la construcción de las visiones del mundo, visiones que, a su vez, colaboran también con dicho proceso de construcción” (ibíd.: 129).

Los actores captan activamente el mundo según sus hábitos, o estructuras mentales a partir de las cuales aprehenden el mundo social. Las representaciones o puntos de vistas de los actores sobre el mundo y sus interacciones varían según su posición y según sus hábitos en tanto esquemas de percepción y apreciación.

2. El escenario de las interacciones: el Hospital Exequiel González Cortés

2.1 La posición del HEGC en la estructura de posiciones del campo médico

Siguiendo a Bourdieu (2005), un campo “es un conjunto de relaciones objetivas e históricas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o capital)” (p. 41). El campo de la medicina en Chile y en el mundo se constituye como tal mediante luchas históricas de poder; antiguamente la medicina era una profesión devaluada socialmente, donde se privilegiaban otros saberes (familiares, religiosos, chamánicos, etc.) para atacar los dolores, las enfermedades y los sufrimientos. En Chile, “solo la llegada de médicos extranjeros, con sus conocimientos especializados en el saneamiento de la ciudad y los cuerpos, creará las condiciones de posibilidad para el posicionamiento de la medicina” (Sir Retamales, 2014: 195) a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Este nuevo saber debe su progreso al crecimiento de las ciencias naturales, y al desarrollo de otro campo, la tecnología, que tuvo como consecuencia la industrialización del mundo moderno.

Pero este progreso encareció a la medicina de tal manera que grandes sectores de la población no son capaces de pagar los servicios que requieren. Mientras más eficiente, más complicada y más cara se hace la medicina, más difícil le resulta al médico prestar atención gratuita. Paradójicamente mientras la medicina mejora y es capaz de tratar un mayor número de enfermedades, su encarecimiento hace que ésta no pueda ser aplicada a toda la población. Entonces aparece el Estado como el garante de salud para las poblaciones con menos recursos, bajo “un conjunto de campos burocráticos o administrativos [...] donde los agentes y grupos de agentes gubernamentales o no gubernamentales luchan en persona o por procuración por esta forma particular de poder que es el poder de *regir* una esfera

particular de prácticas [...médicas] mediante leyes, reglamentos, medidas administrativas” (Bourdieu, 1995: 74), que en el caso chileno dan lugar al Sistema Nacional de Servicios de Salud bajo regulación del Ministerio de Salud. El HEGC, hospital público, pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur, zona que alberga un conjunto de comunas caracterizadas en su mayoría por un alto nivel de pobreza, en comparación con otras comunas de la región.

Como menciona Parsons (1966), “la “ideología” de la profesión subraya la obligación del médico de poner el “bienestar del paciente” por encima de sus intereses personales, y considera el “comercialismo” como el enemigo más serio e insidioso con que tiene que enfrentarse” (p.438). En ese sentido, se espera que la carrera de medicina apele a un tipo de personalidad con *orientación de servicio*, más que a una con *orientación de lucro*. Por eso los médicos que trabajan en el sector público en Chile son reconocidos por su *vocación social* versus los médicos que trabajan en las costosas clínicas privadas. “De ahí que se realice lo que parece una paradoja: que el auto-interés de un médico es actuar en contra de su propio auto-interés –en una situación inmediata, desde luego, no ‘a largo plazo’” económico (ibíd.: 472). Esto posiciona a las instituciones hospitalarias públicas, y a sus funcionarios, por un lado desde una mayor precariedad económica versus las privadas, pero con un reconocimiento ético-social mayor.

2.2 El(los) saber(es) médico(s)

El contenido del campo médico (occidental, chileno) como *saber científico* se configura como una estructura de conocimiento que nos otorga pautas específicas de comprensión y apreciación de nuestros propios cuerpos, de nuestra *salud y enfermedad* como la conocemos –y la vivimos; la sentimos y significamos–, y que por ende excluye otros saberes.

La salud y la enfermedad

La medicina, que se define a sí misma como *ciencia médica* es más bien un campo de aplicación, ya que no existe como una única disciplina teóricamente integrada, si no que se cruza con otras disciplinas científicas *puras* como la biología, la anatomía, la neurología, etc., incluso la sociología, aunque claramente esta última todavía es apenas reconocida en el campo de la salud. En su aplicación, la medicina busca curar la enfermedad y

eventualmente prevenirla, y por tanto otorgar la *salud*, definida por la Organización Mundial de la Salud en su carta fundacional de 1948 como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”⁹ (Guerrero y León, 2008: 612). Este fin ha sido llevado a cabo tradicionalmente con “el ‘tratamiento’ o la ‘terapia’ de casos que han alcanzado un estado patológico intentando restaurarlos en la salud o la normalidad” (Parsons, 1966: 342).

Inmediatamente nos damos cuenta del vínculo entre el concepto de salud y el de enfermedad, “haciéndose en muchos casos, muy difícil establecer límites entre ambos, frontera con frecuencia ambigua y sutil, como pueden ser las percepciones y creencias de los seres humanos” (Guerrero y León, 2008: 613). Si entendemos la medicina en términos funcionalistas, se puede afirmar que la enfermedad es disfuncional al sistema, ya que incapacitaría a los sujetos sociales a desempeñar efectivamente sus roles, presentando a la salud como una parte integral del equilibrio del sistema. “La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente” (Parsons, 1966: 434). En ese sentido, el campo médico se despliega y ejerce su influencia en todos los campos sociales ya que se define como aquel que es capaz de sanar las enfermedades (eventualmente), otorgar salud y en definitiva hacer vivir a los agentes. De aquí, el poder y el buen posicionamiento de este campo en las sociedades occidentalizadas.

Separación del cuerpo y la persona

El saber médico moderno se construye bajo la concepción biomédica con un punto de vista particular de la persona y el cuerpo. Desde una visión cartesiana *mentalista*, “que es inseparable de la creencia en el dualismo el alma y el cuerpo, el espíritu y la materia, se fundamenta en un punto de vista casi anatómico y, por lo tanto, típicamente escolástico, sobre el cuerpo como exterioridad” (Bourdieu, 1999a: 176). Se conoce al cuerpo como un objeto, desde afuera, como mera mecánica, y así se olvida que el cuerpo es *habitado* y sentido desde el interior. Esta sensibilidad individualista de la biomedicina niega al mundo que acoge a este cuerpo tomado aisladamente. Esta *creencia* en la separación de la persona

⁹ Cabe mencionar que nos parece una definición poco concisa puesto que pareciera que la “salud” se define como “el bienestar”, pero no se explicita a qué se refieren con este último concepto.

y el cuerpo en la medicina, constituye al campo mismo y la pertenencia de los agentes en el campo, tanto de los médicos que tratan a estos cuerpos objetivados, como los pacientes que se atienden en tanto meros cuerpos.

Pero si bien “el saber biomédico, saber oficial del cuerpo en nuestras sociedades occidentales, es una representación del cuerpo entre otras, eficaz en las prácticas que sostiene” (Le Breton, 2002: 30) al interior del campo, hoy en día con mayor fuerza hay otros saberes médicos que disputan su hegemonía, con visiones del ser humano y de su cuerpo totalmente diferentes, como la antroposofía, la homeopatía, el ayurveda, la medicina mapuche, etcétera. El cuerpo es una construcción simbólica, histórica y social, que no existe en el estado natural, ya que es habitado por agentes sociales inmersos en contextos específicos y dotados de habitus que responden a las estructuras objetivas propias de cada sociedad y de cada historia particular-colectiva. Esto explica la relatividad de las definiciones de *cuerpo*, *enfermedad* y *salud* a través de las sociedades humanas y cómo las diferentes concepciones médicas se basan en distintos imaginarios del ser humano que muchas veces pueden resultar incompatibles, volcándose a la lucha por el dominio y la legitimidad de un saber por sobre otro.

Medicina pluralista y horizontal

Es importante volver a mencionar que esta investigación busca acompañar al Comité de Interculturalidad del hospital en su voluntad de conocer a la población inmigrante que se atiende para pensar en la participación de esta *comunidad* (denominación que debe ser cuestionada por su potencial etnificador¹⁰) al interior del establecimiento, desde nuevas concepciones de salud y enfermedad y, por ende, de las mismas prácticas médicas. Para esto, siguiendo a la antropóloga médica Patricia Junge (2001) creemos necesario posicionarse desde una perspectiva crítica que destaca la importancia de la participación de los inmigrantes en la definición de sus necesidades de salud, tanto en el nivel individual como comunitario, y para esto se aboca en concientizar al equipo de salud en “la consideración de los aspectos psico-sociales y culturales de procesos vitales y biográficos

¹⁰Ya que define a un grupo uniforme, aislado y compacto, “visión contribuye a la formación de nacionalismos en oposición al universalismo que no ve diferencias en los grupos humanos, sino más bien relaciones de mestizaje que hacen de un grupo un conjunto permeable, receptor y emisor de sujetos” (Liberona, 2012: 31).

altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas” (p. 19). En otras palabras, el fin apunta a democratizar los sistemas de salud, es decir “la apertura a un pluralismo horizontal de sistemas médicos” que refiere tanto a la pertinencia de programas de salud interculturales como al derecho a los sujetos de salud a poder elegir entre diversos sistemas médicos (ibíd.). Con esto se busca cuestionar la biomedicina occidental moderna hegemónica que tiende a negar o en el mejor de los casos a absorber, dominando, otros sistemas médicos y los pacientes.

Entonces para lograr crear sistemas médicos plurales donde las relaciones entre distintas tradiciones médicas sean horizontales y dialogantes, es necesario superar primero ciertos patrones propios del contexto cultural moderno y global “como la sobrevaloración del conocimiento científico como la versión más legítima respecto de la realidad, que en el caso de la medicina se observa en la sobrevaloración del conocimientos fisiológico y tecnológico sobre los procesos de salud y enfermedad” (p. 22). Además de estrategias institucionales menos burocráticas (para facilitar el acceso a la salud), pluralistas y feministas donde los grupos locales participen en las decisiones salud.

3. Interacciones en el hospital

3.1 La relación médico-paciente

Podríamos entender la relación médico-paciente como una relación de poder, ejercida y sustentada bajo la calidad de *profesional* del médico, entendiendo que el poder se ejerce más que se posee, que no es un privilegio *per se*, sino que el efecto de un conjunto de posiciones estratégicas (Foucault, 1976).

Al interior de un hospital, la profesión que se impone por excelencia es la del médico, porque “la jerarquía de las diferentes formas de capital (económico, cultural, social, simbólico) se modifica en los diferentes campos” (Bourdieu, 1995: 65). El título profesional de médico en este espacio se presenta como un “factor eficiente en un campo dado, como arma y como apuesta; permite a su poseedor ejercer un poder, una influencia, por tanto *existir* en un determinado campo” (ibíd.). Como menciona Weber (1994), “el gran instrumento de la superioridad de la administración burocrática es éste: el *saber profesional especializado*” (p.178), en este caso el saber del médico. Y por profesión, entendemos un

rol ocupacional institucionalizado en torno al contenido técnico de la función, aquí altamente especializado. Este capital adquiere su importancia a partir de la trayectoria social que encierra y las disposiciones que son constituidas en la relación prolongada con la profesión misma¹¹.

Por otro lado, el enfermo en el espacio hospitalario adquiere “el rol de *paciente* como beneficiario de los servicios de este médico profesional científicamente formado” (Parsons, 1966: 475). Está exento de responsabilidades cotidianas (ir al trabajo o la escuela), dependiendo de la gravedad de la enfermedad –que la define el médico–, no solo por una cuestión de derecho sino incluso como una obligación de la persona consigo misma. La mejoría no depende de un acto de decisión o deseo, pues se supone que el enfermo no tiene capacidad de decidir mejorarse, por lo que debe pedir ayuda a un médico, y someterse a sus mandatos. Es aquí que comienza la interacción entre el médico y el paciente como una relación de poder y dominación. El enfermo se transforma en paciente debiendo cooperar con el médico en el proceso de sanación y su rol “se articula con el rol del médico en una estructura de rol complementaria” (Ibíd.: 439), dando lugar a la acción recíproca, a las interacciones. El enfermo no solo no se encuentra en posición de hacer lo necesario para curarse sino que además no sabe cómo hacerlo; de aquí una directa de relación de poder/saber. El paciente sabe que no sabe lo que el médico sabe, así, “él que está sometido a un campo de visibilidad y lo sabe, toma a su cargo las restricciones del poder; inscribe en sí mismo la relación de poder en el que juega, simultáneamente, los dos papeles; se vuelve el principio de su propia sumisión” (Le Breton, 2002: 85).

Para tratar a sus pacientes, el médico debe tener acceso a información confidencial sobre sus vidas, debe inmiscuirse “en contextos que están enormemente cargados de significación emocional y expresivamente simbólica, y que son a menudo considerados como peculiarmente “privados” para el individuo mismo o para relaciones especialmente íntimas con otros” (Parsons, 1966: 452). Esta intromisión no contempla solo la vida de los pacientes sino que también, y más directamente, sus cuerpos, en los que debe intervenir directamente para realizar su función. Este poder fáctico está institucionalmente protegido y

¹¹ En Chile ser médico significa haber entrado a la carrera universitaria con mayor puntaje de ingreso PSU, y mayores costos económicos (arancel). (Para mayor información visitar: psu.demre.cl)

legitimado, bajo los supuestos de confidencialidad o secreto profesional protegido por la ley, y otros mecanismos que aseguran al paciente la profesionalidad del médico, validando su sumisión y potenciando esta relación de dominación.

3.2 La relación médico-paciente del HEGC

En el caso del HEGC, al ser un hospital pediátrico público insertado en la geografía social del SSMS, los pacientes son niños/as y habitan en su mayoría en comunas con altos índices de pobreza. Estos pacientes al ser *menores* de edad, además de que no saben lo que necesitan para su curación, nada pueden decir sobre las prácticas que sobre él operan. Legalmente son los tutores, que en calidad de adultos y responsables de ellos/as, pueden decidir de aceptar o no tal o cual tratamiento (Vivanco, 2009). Hay una visión adultocéntrica de la legalidad chilena (y mundial), y de la sociedad en su conjunto que no pone en duda este no-estatuto de los no-adultos. La enfermedad de un niño siempre recae sobre su familia, imponiendo una fuerte presión a los miembros sanos para ver que el miembro enfermo obtenga el mejor cuidado posible. Por lo mismo, no podemos obviar el rol que cumplen los familiares o cercanos y la influencia de sus prácticas en las interacciones médico-paciente. Como mencionamos, son generalmente las mujeres las que se hacen cargo del cuidado de los niños/as, lo que implica acompañarlos a los servicios de salud y socorrerlos con los tratamientos médicos y por lo tanto la posibilidad del niño o niña para tratarse médicamente depende muchas veces de la posibilidad de la madre (o abuela, hermana, tía, vecina, etc.) de acompañarlo/a en el tratamiento.

Como veíamos en los antecedentes, en las comunas del SMSS la mayoría de sus habitantes están afiliados a FONASA grupo A y B (de menores ingresos), y por ende se atienden en los hospitales públicos de la zona Sur, como el HEGC para el caso de los niños/as. Esto nos permite tener una aproximación sobre la situación socioeconómica de los pacientes de dicho establecimiento, la cual dificulta la tarea de otorgar salud –por el tiempo y el dinero que implica movilizarse a un hospital a los niños. Esta presión que debe contener la cuidadora y acompañante del paciente se suma a la situación de sumisión frente a la dominación que ejerce el médico contra ellas y los enfermos/as, que se manifiesta en la “incomodidad, timidez, y dificultad de hablar dando cuenta de cómo se siente mal en su cuerpo cuando está sometido a la percepción del otro y juzgado por los que tienen el poder

en ese campo específico” (Koury, Scribano y Tijoux, 2013: 7). Los médicos debieran conocer las condiciones sociales de sus pacientes con su historia y contexto socioeconómico, para tratar sus cuerpos integrados a la persona y no como mera anatomía.

3.3 La relación médico-mujer inmigrante acompañante de paciente HHI

Como mencionamos en los antecedentes socio-históricos, a partir de un constructo histórico de la identidad chilena desde la *dialéctica de la negación del otro* en los tiempos de conquista y colonia, se forja en nuestra identidad nacional una actitud racista desde el chileno hacia sí mismo y hacia los extranjeros latinoamericanos y caribeños o *inmigrantes*. Bajo esta premisa del inmigrante racializado, analizaremos un tercer rasgo característico y fundamental que diferencia al paciente mayoritario que acude al HEGG –niño/a, perteneciente a la zona geográfica del SSMS con sus características socioeconómicas propias–; ser hijo o hija de inmigrante y por lo mismo, estar acompañado por una mujer inmigrante.

La inmigración latinoamericana, comprendida desde un sistema de racialización (y nacionalización) jerárquico, pasa a ser un estigma, un estigma tribal de la raza y la nación entendido como un atributo profundamente desacreditador. Pero no basta con entender al estigma como un atributo, sino como un “lenguaje de relaciones” donde un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor (*inmigrante*) confirma la normalidad de otro (chileno) (Goffman, 2001). En ese sentido, las interacciones médico-acompañante inmigrante pueden darse como *contactos mixtos*, es decir, “los momentos en que estigmatizados y normales se hallan en una misma “situación social”, vale decir, cuando existe una presencia física inmediata de ambos, ya sea en el transcurso de una conversación o en la simple co-presencia de una reunión *formal*” (ibíd.: 23).

Las interacciones médico-paciente-acompañante se llevan a cabo mediante prácticas específicas e institucionalizadas bajo una concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad, que tanto el médico y el acompañante del niño/a han aprehendido e incorporado mediante un proceso de socialización del saber ser-médico y del saber ser-paciente en Chile. Pero cuando los principios y visiones acerca de la medicina son diferentes, debido a una historia clínica-social como estructura objetiva de condicionamiento diferente y por ende, las disposiciones frente al actuar en la interacción médico-paciente y médico-acompañante no

coinciden entre estos actores, “las expectativas respectivas de los actores dejan de ser correspondidas y, por el contrario, muestran fallas” (Le Breton, 2002: 52). Se rompe entonces con la acción recíproca como una estructura de rol complementario, ya que el médico no comprende las concepciones médicas o las prácticas del inmigrante, y viceversa, lo que dificulta que el inmigrante, en este caso el acompañante –que por su estatus de adulto tiene la responsabilidad en la interacción con el médico y no así el paciente niño/a– pueda *cooperar* con el médico para la recuperación del enfermo y que el médico pueda sanar.

La marca y estigmatización del inmigrante se refuerza en las interacciones y en el racismo cotidiano, el cual “constituye una matriz de relaciones e interacciones que reproducen estas prácticas, discursos y representaciones de manera regular y rutinaria, en situaciones cotidianas que consiguen diferenciar los que llegaron antes de los recién llegados y luego poner a funcionar los sentidos” (Tijoux, 2013a: 8). El racismo cotidiano “se reproduce en prácticas y discursos rutinarios, naturalizados, en las interacciones diarias estructurando, reproduciendo y actualizando jerarquías raciales y, además, volviéndose incuestionado tanto por sujetos racistas como para sujetos víctimas del racismo” (Correa, en Tijoux, 2016: 44). Este racismo puede darse en forma de eufemismos que empequeñecen a los HHI, los animalizan y paternalizan, en forma de insultos que niegan sus concepciones de cuerpo, salud y enfermedad. Estas prácticas cotidianas de racismo logran que éste se integre en el sentido común, naturalizando la violencia, donde no solo los chilenos, sino los mismos inmigrantes consideran prácticas comunes y normales, que aceptan y reproducen por no ser parte del *nosotros* sino de los *otros*. Pero “esto no significa que las prácticas discriminatorias son siempre intencionales, sino solamente presuponen representaciones mentales socialmente compartidas y negativamente orientadas respecto de ‘Nosotros sobre Ellos’” (Van Dijk, 2001: 192).

Por lo mismo el racismo cotidiano puede manifestarse en prácticas basadas en la intención de integración del inmigrante, “refiriéndose a ellos/as de modo suave, caracterizándolos por su alegría, su hablar bien, su simpatía y hasta su modestia; pero advirtiéndolos con palabras o gestos el conocido “a pesar de”, que marca claramente la frontera con el *sí mismo* chileno” (Tijoux, 2014: 12). Muchas prácticas *acogedoras* del chileno hacia el inmigrante, basadas

profundamente en la diferenciación, pueden contribuir al acoso racista constituyéndose finalmente como prácticas de racismo cotidiano por su insistencia. De aquí la importancia de cuidar, repensar y explicitar las mismas prácticas del investigador para con los HHI con el fin de no caer en prácticas racistas que se justifiquen con nuestro objetivo de investigación.

IV. Estrategia metodológica

1. Enfoque metodológico

A partir de una perspectiva fenomenológica por medio de una estrategia metodológica de tipo cualitativa pretendemos *comprender* las interacciones sociales que se dan entre médicos, pacientes HHI y sus acompañantes en el HEGC, desde la propia perspectiva y puntos de vista de los actores que participan en estas interacciones. La investigación cualitativa se interesa, en especial “por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos” (Vasilachis de Gialdino, 2006: 29). Esta comprensión debe ser flexible, ya que al remitirnos a sujetos empíricos inmersos en y por relaciones y hechos sociales, que se encuentran en constante movimiento y ajuste según los roles que adoptan, la comprensión de sus prácticas y sus interacciones cotidianas como las que se llevan a cabo al interior de un hospital, se presenta como la capacidad de interpretación y reproducción enunciativa de estos, la cual a su vez (la comprensión) está en constante movimiento, cambio y mutación. Las interacciones entre médicos y mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes niños/as, y el cómo las perciben y significan, es producto del modo en que definen su mundo y su posición en este campo. Se trata de una investigación de carácter exploratoria; puesto que el estudio de las características de las interacciones entre médicos y mujeres acompañantes de pacientes HHI es una temática novedosa, se pretende hacer un primer acercamiento teórico-práctico del tema en cuestión sin buscar zanjar definitivamente temáticas sino más bien explorar y abrir nuevos temas de estudio.

2. Muestra

Durante el proceso del diseño de investigación se esperaba que la muestra se constituyera de niños y niñas pacientes hijos/as de inmigrantes –con el fin de valorizar sus puntos de vista y experiencias como una práctica investigativa contra-adultocéntrica a partir de talleres interactivos– y médicos del HEGC. Pero en el terreno nos dimos cuenta de que esto no era posible, ya que la mayoría de los pacientes HHI eran lactantes o menores de 3 años y

por ende “no-hablantes” lo cual imposibilitaba la idea de realizar talleres con ellos/as. Así, se optó por abordar a quienes acompañaban a estos pacientes, resultando ser todas mujeres inmigrantes: ocho madres y una abuela de los/as acompañados. La información respecto a las mujeres entrevistadas y los pacientes HHI que éstas acompañan se presenta la siguiente tabla.

Tabla 3: Muestra mujeres inmigrantes acompañantes de pacientes HHI del HEGC

Inicial	Edad	Nacionalidad	Situación laboral actual	Inicial paciente	Género paciente	Edad paciente	Nacionalidad paciente	Comuna de residencia
A.	19	Peruana	Desempleada		M	Lactante	Chileno	La Cisterna
B.	26	Haitiana	Post natal	G.	F	5 meses	Chilena	San Miguel
E.	35 (aprox.)	Dominicana	Desempleada		M	3 años	Chileno	San Bernardo
S.	40 (aprox.)	Peruana	Desempleada	S.	M	9 años	Chileno	Santiago Centro
C.	36	Peruana	Desempleada	K.	F	3 meses	Chilena	El Bosque
S.	43	Ecuatoriana	Garzona Restaurant	C.	F	6 meses	Chilena	San Bernardo
N.	35 (aprox.)	Peruana	Desempleada	C.	M	1 año	Chileno	San Joaquín
C.	32	Colombiana	Desempleada	S.	F	1 año 7 meses	Chilena	La Cisterna
K.	25	Española/ Colombiana	Desempleada	A.	M	8 años	Español/ Colombiano	San Miguel

Fuente: Elaboración propia

La selección de los/as médicos que componen la muestra, se realizó según la disponibilidad e interés de éstos/as por colaborar en la investigación pero también debido a las sub-especialidades que practican, porque se observó durante la experiencia de observación y terreno previo que éstas determinan el tipo de relación (en la cercanía, las preguntas para la anamnesis, el tiempo de consulta, etc.) que se genera con el paciente. En la Tabla 4 se presenta la información respecto a las y los médicos entrevistados.

Tabla 4: Muestra médicos del HEGC

Edad aproximada	Especialidad/ Subespecialidad	Tiempo trabajando en el HEGC
35 años	Pediatra (NANEAS)	2 años
58 años	Nutriología pediátrica	29 años
60 años	Pediatra broncopulmonar	20 años
40 años	Hematología pediátrica	17 años
45 años	Dermatología pediátrica	23 años
28 años	Becada traumatología pediátrica	1 años 10 meses
43 años	Pediatra	19 años
40 años	Infectología pediátrica	15 años
70 años	Inmunología-reumatología pediátrica	43 años

Fuente: Elaboración propia

En resumen, la muestra se compone de 9 mujeres acompañantes de pacientes HHI: 4 peruanas, 2 colombianas, 1 ecuatoriana, 1 dominicana, 1 haitiana. Y de 9 médicos (4 hombres y 5 mujeres¹²) de diferentes sub-especialidades y áreas de trabajo dentro del hospital.

3. Técnicas para la producción de la información

Utilizaremos más de una técnica de producción de información, con el fin de que la diversidad de los datos recolectados y producidos logre reflejar la complejidad del contexto que se estudia. Estas técnicas son la observación social y la entrevista en profundidad.

¹² Para proteger la identidad de los médicos, no se especificará el género particular, y nos referiremos a éstos siempre en masculino, siguiendo el genérico utilizado comúnmente en el lenguaje.

3.1 Observación de campo

Para comenzar con el proceso de producción de información en el contexto de las interacciones entre los médicos del HEGC y las mujeres que acompañan a los pacientes HHI que ahí se atienden se realizó un trabajo de campo a partir de la técnica de Observación de campo donde se entiende la *observación* como “un acto de voluntad consciente que selecciona una zona de la realidad para ver algo” (Guasch, 2002: 10), por medio de un traslado a este espacio social en el que acontecen las conductas humanas que nos interesan. En un comienzo se pretendía observar y acompañar a los actores en las rutinas típicas diarias de una consulta médica, al presentarse ésta como el escenario teórico ideal a observar para lograr responder la pregunta de investigación. Pero desde el comienzo del terreno se presentaron distintos tipos de trabas que dificultaron la observación de la consulta médica, las cuales se describirán a continuación con el fin de dar a conocer cómo se puso en marcha esta técnica desde la experiencia investigativa misma y los obstáculos que se deben enfrentar en un contexto tan complejo como lo es un hospital público.

Dificultades en la implementación de la técnica de observación social; relato desde la experiencia personal

A pesar de que esta investigación se inicia por una petición de la misma Directora del Hospital de llevarse a cabo, la tramitación para comenzar con el terreno de campo demoró cuatro meses y medio. Esto debido a la demanda previa de diversos requisitos por cumplir, trámites a realizar, documentos que elaborar y personas por conocer. El viernes 15 de mayo de 2015 tuve la primera reunión con la Directora la Dra. Yarza, a partir de ahí tuve que reunirme con: la directora del Comité de Interculturalidad¹³, el encargado comunicacional nombrado por la directora como mi “tutor”, el Dr. encargado del área de Urgencia, el Dr. encargado del área de Cirugía, la enfermera encargada del área de Traumatología y Cirugía hospitalizados, la Dra. encargada del área de Pediatría hospitalizados, la subdirectora de Gestión del Cuidado, la enfermera encargada del área de Lactancia hospitalizados, y la

¹³ Luego de esta reunión el Comité se reunió para decidir sobre su vínculo con este estudio –realizar reuniones en conjunto, discutir temáticas, etc.– pero esto fue descartado ya que los miembros de la comunidad mapuche admitieron no tener interés con las temáticas de inmigrantes ya que no se relacionan con la realidad de los pacientes mapuche y su cultura médica. Así, si bien este estudio se comprometió desde un principio a aportar al Comité en la temática de la inmigración, el vínculo fue solo superficial.

enfermera encargada del área de Segunda Infancia Hospitalizados. Cada una de estas personas pidió diferentes documentos para aceptar colaborar con la investigación, que dieran cuenta de los objetivos y necesidades de éstas para con ellos, desde distintos formatos y extensiones –cartas firmadas por la directora, power point para enviar a los colegas, documento tipo pancarta para pegar en las paredes, entre otros–.

Las exigencias que tuve para transitar al interior del recinto eran portar un delantal (del cual tuve que abastecerme) y una credencial institucional que revelaba mis datos de referencia, y una foto (al comienzo del terreno olvidé llevar la credencial y tuve que retirarme del hospital ya que dos médicos de Urgencia exigieron el porte de la credencial para estar presente en el área). Además, tuve que asistir a una inducción obligatoria durante el mes de agosto acerca de las Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) donde se me enseñó la importancia de la higiene, sobre todo el lavado de manos al interior del hospital. Solo después de todo esto, recién el jueves 01 de octubre 2015 pude comenzar el terreno, pero aún no se me autorizaba investigar en el policlínico, es decir en la atención ambulatoria, por lo cual solo podía observar la atención de Urgencia y de Hospitalizados.

El principal problema de esto era que por un lado en Urgencia la atención es muy rápida y la llegada de inmigrantes es impredecible por lo cual era solo cuestión de suerte estar en el momento de su atención. En cambio en Hospitalizados el problema era el contrario, los pacientes se mantenían por mucho tiempo y era más fácil observar y conversar con los acompañantes, pero la rotación era muy baja por tanto podía suceder que en mucho tiempo no llegaran nuevos pacientes HHI. Por fin a mediados de noviembre de 2015 la Dra. Yarza autorizó mi presencia en el policlínico, donde efectivamente se da la consulta médica, y donde aumentaron considerablemente las posibilidades de toparme con pacientes HHI acompañados. Pero a la fecha ya había transcurrido un mes y medio de terreno y observación de campo, además de los cuatro meses y medio de tramitación para dar inicio a éstos, por lo cual ya era tiempo de comenzar a dedicarse a las entrevistas.

Las observaciones se realizaron por lo tanto en Urgencia y Hospitalizados, donde en la primera área la atención médico-paciente se realizaba de manera muy expedita y en una situación de estrés y a veces de hacinamiento que me hacían sentir como un estorbo para la interacción entre los actores. Recordemos que de esta interacción depende la salud de los

niños/as, por ende no resulta natural querer priorizar los intereses investigativos por sobre el buen acontecer de dicha interacción, por lo cual la observación se realizó mayormente en la sala de espera de los pacientes. Mi sensación de estorbo y de incomodidad personal acrecentaba cuando tanto las acompañantes (chilenas e inmigrantes) como los mismos funcionarios de salud me confundían, por el delantal blanco y la credencial con un miembro del equipo de salud y me pedían realizar labores médicas que ni sus nombres recuerdo por no conocer, me exigían explicaciones acerca de retrasos en la atención, me hacían preguntas sobre el funcionamiento del hospital, e incluso una vez me pidieron aceptar la donación de juguetes para los niños/as hospitalizados del lugar. En el área de Hospitalizados los horarios de visita de los médicos variaban según la disponibilidad de éstos, por ende era difícil prever el momento de atención de los médicos a los pacientes hospitalizados, por lo cual se pudo observar mayormente la interacción entre otros miembros del equipo de salud que están presentes a toda hora en las salas de hospitalización; enfermeras/os y técnicos en enfermería¹⁴. Todo esto da cuenta de la dificultad de este espacio social y la poca relación que éste tiene con las investigaciones realizadas desde las ciencias sociales.

3.2 Entrevistas a madres inmigrantes y médicos

Una vez “insertos” en este espacio hospitalario por medio de la burocracia, el conocimiento de varios funcionarios y la etapa de observación, realizamos entrevistas a las mujeres inmigrantes que acompañan a los niños/as enfermos y a los médicos que las reciben y atienden. La entrevista se define como una interacción cara a cara con el entrevistado, donde la información que se extrae expresa las maneras de pensar y de sentir de los sujetos entrevistados: “sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de

¹⁴ Se pensó realizar conversaciones grupales con enfermeros/as y técnicos de Hospitalizados pero no se pudo porque: i) los turnos de trabajo se agendan el día anterior por lo cual es difícil organizar y pedir el consentimiento de los funcionarios con anticipación, ii) no existen espacios comunes para estos funcionarios, los únicos espacios habilitados para realizar una conversación son las salas correspondientes a cada área (aquí surge la dificultad de movilizar a un funcionario a otra área de trabajo, iii) la cantidad de personal por turno es de entre 4 y 7 personas dependiendo del área. Pero teniendo en cuenta que las conversaciones se deben realizar por área y que del personal de turno un mínimo de 2 personas deben atender a los pacientes, el número de entrevistados se reduce demasiado perdiendo el interés de la conversación grupal.

interpretación que los propios sujetos bajo estudio portan y actualizan durante la interacción de entrevista” (Gaínza, en Canales, 2006: 220). Esta técnica nos permitió acercarnos a la subjetividad y entender el papel del entorno de los individuos en su comportamiento social. Todo esto, bajo el supuesto de que el discurso de los entrevistados, como objeto de análisis, nos informará acerca del problema social que nos compete.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con el fin de lograr un alto grado de libertad y profundidad en el diálogo investigadora-entrevistado/a. Esta decisión fue tomada frente a la dificultad de abordar el racismo, debido al contexto actual de su negación donde de manera formal y explícita se condena al racismo y tales discriminaciones. Tanto los sujetos racistas como las víctimas de racismo pueden resistirse a admitir tales hechos ya que el primero sería evidentemente descalificado socialmente y el segundo dado a la dolorosa situación podría sentirse avergonzado, victimizado o simplemente podría preferir no recordar una situación tal. Para sortear esta dificultad optamos por el diseño flexible de la entrevista “donde la secuencia y el tipo de preguntas es más abierto y libre, lo que permite que sea el entrevistado quien decida parcialmente estos puntos, con el fin de ‘crear’ una atmósfera de tolerancia, aceptación y comprensión” (Vela, en Tarrés, 2001: 71). Se escogió además la entrevista en profundidad para lograr entender las perspectivas de los/as entrevistados/as sobre sus experiencias y significaciones respecto al quehacer médico frente al paciente HHI a partir de las propias palabras de los actores entrevistados. La entrevista en profundidad se distingue por estar “destinada a explorar y profundizar en ciertos temas generales que se van abordando de manera creciente a medida que la información que se recoge exige su profundización” (Gaínza en Canales, 2006: 254). La pauta de entrevista se estructuró a partir del marco teórico y la información recogida durante las observaciones del trabajo de campo, que nos permitió plantear nuevos temas e interrogantes a ser abordados desde lo discursivo.

Esta experiencia investigativa y de producción de información estuvo marcada nuevamente por problemas y dificultades propias del encuentro entre investigador e investigado, lo cual se acentuó por la distancia entre el *uno* y el *otro* y por las condiciones materiales mismas que ofrecía el hospital para la realización de entrevistas a acompañantes y médicos. A

continuación se relatarán los principales problemas que se vivieron en la experiencia investigativa de producción de información a través de la entrevista.

Dificultades en la implementación de la técnica de entrevista en profundidad; relato desde la experiencia personal

Es necesario señalar que tanto la búsqueda de entrevistados/as como la profundidad de las entrevistas mismas difieren significativamente si comparamos las de las mujeres inmigrantes con las de los médicos. En primer lugar, se nos presentó el problema de identificar a las acompañantes inmigrantes para ser entrevistadas. En Hospitalizados, todos los tutores deben identificarse previamente a la hospitalización del niño/a en la OIRS (Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias) con E., encargada de la oficina. Gracias a la formación de un lazo de confianza con ella durante el terreno logré que me fuera avisando la llegada de cada nuevo hijo/a de inmigrante hospitalizado, situación que como ya mencionamos, no era muy común.

En Urgencia no se preguntaba la nacionalidad de los padres ni del paciente al momento de ingresar al recinto, entonces si bien existían datos de quienes habían ingresado (con sus respectivos números de contacto) no eran suficientes para identificar a los HHI ni a sus acompañantes. Por lo mismo, luego de bastante tiempo en terreno, el encargado de admisión de Urgencia, accedió identificar a los acompañantes inmigrantes, anotando sus datos en una tabla que elaboré especialmente. El problema fue que esta identificación se realizó solo durante un par de días, lo que luego fue olvidado y debido al tiempo no fue necesario insistir. Además como ya mencionamos, la situación de la Urgencia se caracteriza por estar bastante atochada de gente, ser una atención rápida donde mi presencia muchas veces significaba una molestia tanto para médicos como pacientes, como para mí misma, ya que debido al carácter de la atención tuve que presenciar muchas veces situaciones de extrema gravedad, presenciando incluso la muerte de un paciente hijo de haitiano, acontecimiento que fue muy impactante para mí.

Finalmente en el Policlínico estuve en contacto directo con la encargada de las estadísticas del lugar, quien me dio a conocer que tampoco se preguntaba la nacionalidad de los acompañantes de los pacientes; se preguntaba la nacionalidad de los pacientes solo en caso de que los primeros la mencionaran (no era una información obligatoria). Pero la atención

en el policlínico supone la derivación del paciente desde la atención primaria de un consultorio y por ende que éste tenga una situación migratoria regularizada (RUT, FONASA, etc.) por lo cual todos los pacientes que se atienden tienen un RUT asociado, el cual da cuenta muchas veces de la “situación nacional” de los pacientes o de los acompañantes de éstos (un RUT demasiado nuevo para un niño de 5 años por ejemplo). Y como las consultas de especialidad en general necesitan de más de un control, a través de estos poco comunes RUT podía hacer un mapeo de cuándo y dónde se atenderían para poder interceptarlos y así solicitar las entrevistas.

Cuando los RUT no decían nada especial, sí lo hacían los nombres o apellidos, sobre todo los que parecían pertenecer al creole o al francés para el caso de haitianos. Esto dio resultado en más de un caso, y así, la muestra se conformó más que nada de mujeres que acompañaban a pacientes hospitalizados y pacientes que acudían al policlínico. Pero también fue útil más de una vez acudir a mis propios prejuicios de chilena para identificar a los inmigrantes, fijándome en los rasgos faciales de las acompañantes, el color de piel y prestando atención en los acentos y formas de habla, lo cual me hizo cuestionarme a mí misma, y en cómo reproducía los mismos estigmas que trato de develar, los cuales en todos los casos tuvieron resultados, ya que siempre acerté en mi suposición de encontrarme frente a un extranjero.

Las entrevistas a mujeres migrantes fueron realizadas por mí: mujer joven sin hijos, chilena, estudiante de sociología (aspirante a *profesional*), y por ende con una situación socioeconómica, cultural, familiar y nacional muy diferente a las entrevistadas, portando además un delantal y una credencial que recuerda constantemente mi posición institucional (no deseada pero obligada); se enfrenta el *nosotros institucional* (un hospital público chileno) el cual queremos conocer desde una mirada crítica, pero materializado en mi propia figura de investigadora, con la otredad inmigrante lo cual vuelve más difícil el relato de experiencias de racismo al interior de esta institución “que represento y me representa” a pesar mío.

En ese sentido, la estructura misma de la interacción investigadora-mujeres inmigrantes se basa en la asimetría entrevistador-entrevistado, la cual se ve reforzada por una asimetría

social ya que “el encuestador [o investigador] ocupa una posición superior al encuestado en las jerarquías de las diferentes especies de capital, en especial del cultural” (Bourdieu, 1999b: 529). Esta distancia acrecentada por el sello institucional del delantal y la credencial impide reducir la violencia simbólica, “*violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad*” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 240) a través de la relación de entrevista, donde es el investigador quien de por sí pone las reglas del juego. Esta distancia estructural se interpuso a la hora de buscar profundidad en la conversación con las mujeres inmigrantes, a lo que se suma el hecho de que la mayoría de las entrevistas fueron hechas en el espacio mismo del hospital. Las que se realizaron a acompañantes de pacientes hospitalizados tuvieron lugar al interior de la sala misma del internado, la que compartía espacio con otros hospitalizados y sus acompañantes, técnicos y enfermeras. Ninguna mujer accedió a realizarla fuera de las salas ya que preferían mantenerse cercanas a sus hijos/as. Este exceso de compañía sobre todo institucional, además de mi presentación con el delantal y la credencial institucional reforzaron la violencia simbólica detrás de la interacción misma formada por la entrevista.

En los casos en que acudí a los domicilios de las entrevistadas no fue sin antes haberme presentado en el hospital con la misma vestimenta y por ende con la misma marca institucional para acordar un posterior encuentro. En cambio no sucede lo mismo con los médicos, con quienes comparto un habitus cultural, social (universitario) y nacional: “en efecto, la proximidad social y la familiaridad aseguran [...] las condiciones principales de una comunicación ‘no violenta’” (Bourdieu, 1999b: 530). Mi posición institucional parecía darles confianza y seguridad a la hora de la conversación, es más, muchos señalaron el agrado de colaborar con cualquier estudio que mejorara las condiciones hospitalarias dando cuenta de un compromiso institucional. Es por esto que las entrevistas a médicos lograron mayor profundidad y extensión, a pesar del poco tiempo que la misma profesión en un contexto tal permitía dedicarle a una entrevista (ningún médico accedió a conversar fuera del recinto hospitalario). Solo hubo un médico (P., m, pediatría) que no accedió a que la conversación fuese grabada por lo cual las notas sobre la misma sirven como sustento de la entrevista.

Mencionamos las principales dificultades que se presentaron al momento de abordar las interacciones médico-paciente HHI acompañado por mujeres inmigrantes tanto desde la observación como desde el nivel discursivo ya que creemos que por un lado permitirá a futuras/os investigadores prepararse para entrar desde la sociología a una institución “difícil” como puede serlo un hospital público, y por otro, para dar cuenta de lo determinante que fueron estas dificultades en el contenido y análisis mismo de los discursos de médicos y sobre todo de las mujeres inmigrantes.

4. Plan de Análisis de la información

4.1 Notas de campo

Durante el terreno, las reflexiones del investigador sobre sus acciones, observaciones, sentimientos, impresiones en el campo “se transforman en datos, forman parte de la interpretación y son documentadas en diarios de investigación o protocolos de contexto” (Vasilachis de Gialdino, 2006: 27). Es por esto que se registró lo que el investigador vio, oyó, descubrió, reveló, sintió e intuyó en el “aquí y ahora” de su presencia en el hospital, brindándole textualidad a esta experiencia. A partir de las notas de campo daremos cuenta de nuestro propio proceso de inserción e investigación lo cual se analizará posteriormente con el conjunto de datos producidos.

4.2 Análisis de discurso

La información producida a partir de la técnica de entrevista en profundidad se analizará ocupando la estrategia de análisis de discurso, descrita por Ruiz (2009) entendido este último como “cualquier práctica por la que los sujetos dotan de sentido a la realidad” (*s.p.*). El tipo de discurso específico que nos interesa en esta ocasión es aquel que tiene forma verbal, ya que son los que presentan mayores posibilidad de registro (por medio de las entrevistas grabadas) y una más fácil traducción al lenguaje (mediante su posterior transcripción) en el que comunica sus resultados. Hemos trabajado con discursos *provocados* ya que permiten el control relativo de las condiciones de emergencia de los mismos por medio de la producción de entrevistas. El análisis cuenta con tres fases; un análisis textual, otro contextual y uno sociológico (Ver Anexos).

Este análisis se llevará a cabo mediante una orientación crítica dada la posición de poder y dominio que ejerce estructuralmente el médico hacia el paciente niño/a y su acompañante, reforzada por el estigma de la inmigración de éstos últimos, entendiendo que las relaciones de poder son discursivas y por ende el discurso se presenta como una herramienta de reproducción y mantenimiento del poder médico, adultocéntrico y racista (Van Dijk, 1999).

4.3 Clasificación de la información

Una vez recopilada la información de las dos técnicas respecto a las tres fases investigativas (observaciones, entrevistas mujeres inmigrantes, entrevistas médicos), ésta será estudiada y analizada mediante un sistema de codificación u ordenamiento categorial. Inicialmente, este ordenamiento siguió un orden temático basado en el marco conceptual pero en el proceso de codificación se integraron nuevos conceptos o categorías emergentes derivadas de las observaciones y de los discursos de los mismos entrevistados. En ese sentido, si bien hay una orientación teórica inicial, se llevó a cabo un proceso de análisis más bien inductivo basado en los datos y sus especificidades. En Anexos se encuentran las pautas de entrevistas utilizadas para médicos y mujeres acompañantes que dan cuenta de la selección teórico-temática inicial y luego se presenta mediante tablas explicativas el ordenamiento categorial que incluye las nuevas categorías emergentes de los mismos datos, el cual finalmente guió el análisis de la información. Para facilitar el manejo de esta gran cantidad de información, se utilizó el programa *Atlas-Ti*, lo que permitió un mejor acceso, manipulación y análisis de estos datos textuales, eliminando la tarea manual de clasificar, ordenar y preparar la información, cuestión necesaria para la realización de una investigación por parte de un solo investigador.

V. Análisis de la información

El análisis de la información está dividido en cuatro partes directamente relacionadas entre sí y deben ser comprendidas a partir de esta interrelación. Esta división en cuatro categorías generales responde a criterios cronológicos y temáticos, pero también se ajusta a los objetivos generales y específicos de la investigación. En primer lugar se lleva a cabo un análisis predominantemente descriptivo con el fin de caracterizar a los pacientes HHI que se atienden en el hospital y a sus acompañantes. Luego nos centramos en el escenario que da lugar a las interacciones entre médicos y pacientes HHI acompañados/as: el HEGC. Tal contexto abrió el camino para la descripción y comprensión de las interacciones que se dan entre los/as médicos del hospital y las mujeres que acompañan a los pacientes HHI. Finalmente nos enfocamos en ciertos puntos de vista racistas del equipo de salud, o prácticas discriminatorias a las que están expuestas las acompañantes de pacientes HHI en el HEGC.

En ciertos momentos, la información fue analizada por separado según los actores, ya que responde a información particular de cada uno de los dos roles sociales (el ser médico, el ser mujer inmigrante acompañante). Pero pensamos que para abordar este lugar *difícil*, un hospital público pediátrico que reúne “personas a las que todo separa, obligándolas a cohabitar, sea en la ignorancia o la incompreensión mutua, sea en el conflicto, latente o declarado, con todos los sufrimientos que resultan de ellos” (Bourdieu, 1999b: 9) no basta con explicar el punto de vista de los médicos y de las acompañantes captados por separados, sino que también debemos enfrentarlos como ocurre en la realidad, “para poner de manifiesto, por el mero efecto de la yuxtaposición, lo que resulta del enfrentamiento de visiones del mundo diferentes o antagónicas” (ibíd.). Respecto a la nomenclatura utilizada para diferenciar los datos según sus fuentes, las citas de las mujeres inmigrantes fueron identificadas por la inicial del nombre de la acompañante citada y su país de origen o de nacionalidad, y las citas de los médicos del hospital fueron identificadas la subespecialidad médica que practican¹⁵. Las notas de campo, al surgir de las observaciones de la propia

¹⁵ Hay un médico que no tiene subespecialidad por lo cual será identificado a partir de su especialidad, pediatría.

investigadora, en general fueron parafraseadas, pero al ser citadas fueron identificadas por la fecha a la que corresponde la observación y en caso de ser necesario, al contexto específico en el que se enmarca (por ejemplo en una reunión con algún actor, o si se refiere a alguna entrevista específica, etc.). El análisis que a continuación se presenta es una interpretación propia de los hechos y los discursos, construidos e interpretados desde la misma transcripción de las entrevistas (entendiendo la transcripción como una construcción de discurso no neutra); interpretación inevitable y necesaria para asir el sujeto, objetivarlo y poder actuar sobre él.

1. Caracterización de los pacientes HHI del HEGC y las mujeres que los acompañan

Este estudio, a diferencia de la mayoría de los que se han realizado en Chile acerca de personas inmigrantes, refiere a las interacciones entre médicos del HEGC y las mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes niños y niñas HHI, tomado como genérico y por tanto no acotado a una única nacionalidad. Esta decisión se basa principalmente en dos razones: la primera es que a este hospital, por pertenecer a la zona Sur de Santiago no llega una población inmigrante marcada por la predominancia de una nacionalidad, por lo cual desde la misma dirección del hospital se solicitó investigar a toda la población migrante que se atiende, la cual pareciera ser baja en relación a otras zonas de la Región Metropolitana, como la zona Norte o Centro. En segundo lugar, como se ha mencionado anteriormente la persona definida en Chile socialmente como *inmigrante* porta en sí la pobreza, la expulsión y el estigma racial (negro, indígena, mestizo) y nacional (seis nacionalidades latinoamericanas) y por ende independiente de la pertenencia a una u otra de estas seis nacionalidades, todo *inmigrante* es visto como un *otro*. Con esto no se pretende negar las diferencias culturales, sociales, políticas, de género, etarias, etc., entre inmigrantes, pero tomaremos esta *condición* como concepto político que niega a este *otro* quien la porta.

Hay citas que se enmarcan en el contexto del diálogo entrevistado/-entrevistadora, en tal caso se distinguirán las citas del entrevistado/a introduciéndolas con la inicial de su género (M o F) y las de la entrevistadora introduciéndolas con la letra “E”.

Al comienzo de la investigación, y en concordancia con las demandas de la dirección, se pretendía hacer un mapeo cuantitativo de los hijos/as de inmigrantes que se atienden en el hospital y de quienes los/as acompañan. Pero rápidamente comprendimos la dificultad de este cometido ya que por un lado, a excepción del control de hospitalización, no se pregunta la nacionalidad de los niños/as que se atienden, y aunque así lo fuera, esta información no contendría a los HHI de nacionalidad chilena. Debido a la falta de información estadística de esta población usuaria se desistió hacer este mapeo numérico, pero se procedió a caracterizarla a partir de la información arrojada por las mismas acompañantes entrevistadas y de la percepción de los médicos acerca de la población inmigrante que atienden.

1.1 Identificación de los pacientes HHI y sus acompañantes

Nacionalidad

De los/as pacientes HHI que componen la muestra, ocho de nueve son chilenos/as y uno es colombiano español. Sus acompañantes vienen cuatro de Perú, una de Haití, una de Ecuador, una de República Dominicana, y dos de Colombia de las cuales una se reconoce antes como española. Esta entrevistada se registró a ella y a su hijo de ocho años en Hospitalizados, antes de ser éste internado, como colombianos. Por lo mismo la encargada del registro (OIRS) se contactó conmigo para avisarme de la llegada de un inmigrante colombiano al recinto. Con este antecedente fui a entrevistar a la acompañante y a su hijo en una sala del área de Segunda Infancia en Hospitalizados; me presenté, le expliqué el motivo de mi entrevista y para mi sorpresa se presentó a ella y a su hijo como españoles sin hacer alusión en ningún momento a la nacionalidad colombiana que había registrado al momento de hospitalizar al paciente. Fue A., el paciente, quien se refirió a su origen colombiano interrumpiendo a su madre acerca de su vida en Colombia, la cual negó la relación dando fin a dicha alusión:

E: Ya, y le quería preguntar si es que allá usted usaba algún tipo de, otro tipo de medicina, si por ejemplo plantas medicinales o algún saber religioso.

M: No.

A.: En Colombia mamá

M: No pero, eso no hijo. (K., España/Colombia)

El único momento en que la entrevistada se refirió a algún vínculo con Colombia fue al final de la entrevista cuando expresó que en Chile vivía acompañada de su novio colombiano. La clara contradicción, entre la nacionalidad que registró al momento de internar a su hijo en el hospital y la que declaró en el momento de la entrevista presentada esta misma como dirigida a extranjeros, confirma el lugar estigmatizado del inmigrante latinoamericano como el colombiano, que ante la dualidad nacional, opta por presentarse a sí mismo y a sus familiares como extranjeros españoles, nacionalidad europea, blanqueada, colona, y no como colombianos, nacionalidad latina, mestiza, marcada por el estigma cultural de la delincuencia, el narcotráfico y la prostitución en Chile (Fondecyt N°1130203).

En cuanto a la percepción de las nacionalidades de los pacientes inmigrantes que atienden los médicos, éstos últimos reconocieron de manera generalizada la presencia de peruanos, colombianos y haitianos como la población inmigrante predominante que llega al recinto. Unos pocos advirtieron también la presencia de bolivianos y ecuatorianos, mientras que ningún médico hizo alusión a dominicanos. Cabe destacar que a pesar del reconocimiento de la presencia de estas nacionalidades en el hospital, los médicos advirtieron, coincidiendo con las características de la muestra, que los HHI que se atienden son en su mayoría nacidos en Chile, y por ende chilenos:

Ahora, hay mucho de ellos que sus papás migrantes han tenido la guagua acá y han tenido todos los programas acá, entonces en ese sentido es distinto. (NANEAS)

Eh, sí, a ver, no me ha tocado ver niños grandes, la mayor parte de los niños que me ha tocado ver han nacido en Chile entonces no hay una historia en el exterior. (Nutriología)

Pero la nacionalidad chilena para el caso de los HHI, como vimos en los antecedentes de esta investigación, no impide que se les reconozca y se les atribuya las nacionalidades de las mujeres, en general madres, que los y las acompañan.

Respecto a la identificación de las nacionalidades por partes de los médicos resulta interesante preguntarse, ¿cómo reconocen o distinguen las distintas nacionalidades? Frente

a esta pregunta, se observa que el reconocimiento de las nacionalidades de los inmigrantes se hace a partir de dos criterios, los rasgos faciales y el acento:

Eh, bueno, es que, lo que me ha tocado, que es lo que primero me acuerdo son haitianos, que igual son, su color de piel es negro entonces igual se nota que no son de acá, y porque es súper difícil comunicarse con ellos, porque al tiro uno cacha que no hablan español, los de acá hablan poco español. (...) Pero en realidad como, por ejemplo los haitianos son más fácil por la piel y los otros como cuando hablan yo cacho, es como porque tienen un acento. (Traumatología)

Depende, hoy en día los inmigrantes haitianos son mucho más evidentes así que, porque son prácticamente todos de raza negra, es más fácil de poder reconocer. Y la otra forma de detectarlos en algunos casos es cuando tomas un contacto directo con los pacientes y se les nota por el acento. (Infectología)

Cómo los reconozco, por el aspecto físico, eh, bueno en los haitianos es bastante claro porque son todos morenos, bien morenos. (Dermatología)

Los haitianos son muy fáciles, yo he sido voluntaria en Haití, llevo tres años yendo así que los conozco perfectamente. Son porque son endémicos, son poblaciones con harta endemia, o sea no se mueven mucho, son de la piel negra y tienen los labios así [gesto que muestra labios grandes]. Son claramente, y además hablan en creole, todo lo, tienen un aspecto físico muy similar. Y los peruanos también se notan en la cara, en el aspecto, en la cara y en la forma de hablar, en el lenguaje. (Broncopulmonar)

Las citas revelan en una primera instancia que quienes son más fáciles de reconocer según su nacionalidad son los haitianos debido al color de la piel “negra”, porque son de “raza negra” o “bien morenos”, y por la forma de sus labios, más gruesos que el resto de la población nacional e inmigrante. A esta diferencia se suma el hecho de que hablan creole lo que vuelve la comunicación más difícil acrecentando las diferencias con la población nacional. Por otro lado, la última cita nos remite al concepto de la *etnicidad ficticia* acuñado por Balibar (1988), donde se asume una etnia para una nación, cuando el

entrevistado afirma que la población haitiana es “*endémica*”, cuestión que no se condice con la realidad demográfica del país¹⁶.

Pero los haitianos no son los únicos reconocibles por sus rasgos físicos, también están aquellos inmigrantes, como peruanos y bolivianos que son reconocidos por portar rasgos indígenas, lo cual permite que sean comparados con poblaciones indígenas nacionales como los mapuche evaluados de una belleza inferior a la *occidental* debido a una serie de características fenotípicas particulares. Así, los rasgos indígenas se constituyen como un atributo desacreditador, como un estigma (Goffman, 2001):

Y bueno, en realidad los, también los bolivianos y los, también se reconocen por lo físico, los peruanos, tienen más bien rasgos indígenas, casi todos. (Dermatología)

Lo que pasa es que los peruanos son de largo tórax como los mapuche, pero tienen, las caras son largas, gigantes, son como, fijate no más, las caras grandes, toscas, no son bellos digamos, o sea bueno te puede gustar uno pero bueno tenemos el concepto de belleza occidental de, no sé. (Broncopulmonar)

Pero en definitiva el criterio más nombrado por las y los médicos que permite reconocer al inmigrante del chileno, más allá de su nacionalidad, es el lenguaje con sus formas de habla y acentos:

Bueno yo creo que lo fundamental es por el lenguaje, por la manera de expresarse, por los acentos y bueno uno después pregunta dirigidamente porque a uno le llama la atención el acento ¿no? (Inmunología-reumatología)

¹⁶ Según la OIM (2015), el censo de 2003 realizado en el país da cuenta que 17.259 personas, es decir el 2% de la población residente, nacieron en el extranjero. Además en el año 2010 Haití acogió a 35.104 inmigrantes, que representan el 0,3% de la población haitiana. Según el Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique el número de inmigrantes en Haití está en constante crecimiento desde 1990, pasando de 19.000 en 1990 a 25.800 en 2000 y 30.000 en 2005, con una tasa de crecimiento de 3% anual. Al mismo tiempo, en el año 2007 se estima que 751.245 personas de origen haitiano han emigrado del país. La diáspora haitiana en el mundo se estima en 2 millones de habitantes (Nieto, 2014, en Rojas, Amode, Vásquez, 2015: 223). Estos datos permiten negar la idea de que no hay movimiento externo e interno en dicho país y así el supuesto de que los haitianos son una “población endémica”.

Tiempo en Chile

Respecto a la llegada de estos inmigrantes, todos los médicos que llevan más de 15 años trabajando en el hospital coincidieron en que ésta empezó a notarse entre hace 5 y 15 años atrás para los hijos/as de peruanos y 1 y 3 años atrás para los hijos/as de haitianos:

Yo te diría que haitianos hace más o menos un año, uno o dos años y peruanos yo diría que unos diez años. (Dermatología)

Mira, no, los peruanos han estado como ya hace más de 10, 15 años, ecuatorianos son otros que de repente aparecen pero lo haitianos ha sido quizás como lo más notorio estos últimos tres años. (Infectología)

En general se distinguieron dos momentos: la reciente llegada de los haitianos versus la más antigua del resto de los inmigrantes. La llegada de los haitianos pareciera ser más notoria y definible que la del resto de los inmigrantes que se presenta como más difusa y dudosa, donde el color de la piel permite asegurar un antes y un después, un antes sin *negros* y un después con *negros* que no pasa desapercibido para los médicos del hospital:

Yo creo que de peruanos, colombianos, bolivianos como lo mismo, pero haitianos, mi sensación es que cada vez hay más. Yo creo que están desde que yo llegué acá porque igual yo llevo poco pero como que cada vez más frecuente que hayan haitianos o gente con la piel de color, porque antes como que no se veía nunca. (Traumatología)

La cita arroja una información relevante respecto a la asociación haitiano-negro, donde se reconoce la posibilidad de que la “*gente con la piel de color*” no sean haitianos debido al uso de la conjunción disyuntiva “o”, pero aun así a priori se asocia el color negro con esta “nueva” nacionalidad. Pero lo que más llama la atención es que ante la pregunta al tiempo de llegada de los inmigrantes, todos hicieron alusión a la llegada de peruanos y haitianos, lo que se relaciona en el caso de los peruanos a su predominancia cuantitativa y temporal como inmigrantes en Chile.

Con esto recordamos el análisis de Nanette Liberona quien se refiere a la *etnicización* como “el proceso de construcción de un grupo étnico, es decir un grupo cuyas diferencias pueden

ser utilizadas como una forma de dominación para instalar jerarquías sociales” (Liberona, 2012: 27). Al preguntar a los médicos por los inmigrantes en general, como categoría sociológica, éstos inmediatamente piensan en peruanos y haitianos, como los inmigrantes por excelencia. A diferencia del estudio de la autora, donde todavía no había una marcada presencia de inmigrantes *negros* en Chile, ya no se asocia a todos los inmigrantes con los peruanos, sino que se agrega un nuevo *atributo categórico*, la negritud, asociada a la nacionalidad haitiana. Así, todos los inmigrantes se dividen y transforman en dos grupos étnicos, peruanos y haitianos, opuestos al grupo nacional, lo cual se constituye como un proceso de etnicización. En otras palabras, podríamos decir que al inmigrante se le “peruaniza” o se le “haitianiza” según su color de piel (los no-negros y los negros), cuestión que veremos presente a lo largo de las citas analizadas.

Acompañante del paciente niño/a: mirada desde una perspectiva de género

Como ya advertimos, la muestra se compone de nueve mujeres acompañantes, ocho madres y una abuela. En ningún momento el ser mujer fue un requisito para construir la muestra de acompañantes, pero la realidad de los roles de género se presentó de manera natural y no premeditada¹⁷. Respecto a los médicos, ante la pregunta sobre quién acompaña a los HHI a la atención médica, todos coincidieron que al igual que en el caso de los chilenos, generalmente son las madres. Se confirma así el rol materno (femenino) del cuidado, atención y acompañamiento de los/as hijas en la salud. Las mismas acompañantes asumen este rol, esta responsabilidad para con la salud de sus hijos/as y dan cuenta que es un rol no compartido con los padres:

Mi esposo cuando yo hablé con él, con la genetista me dijo ‘oye me quedé asombrado, tú sabes todo lo de la niña’, ‘obvio que tengo que saber lo de la niña si es mi hija, es mi hija. Ahora tú como papá también tienes que empaparte de lo que tiene ella porque si uno de estos días pasa algo y yo no puedo, el que va a venir a los controles vas a ser tú, y es a ti al que te van a preguntar, entonces no es la idea que no sepas nada’ (C., Perú)

¹⁷ Solo tuvimos una ocasión de entrevistar a un padre acompañante haitiano, pero la entrevista no pudo ser concretada ya que su hijo paciente murió en el recinto antes de acordar la conversación.

Y si bien pareciera que hay madres que buscan revertir esta situación, los mismos médicos, desde su experiencia cotidiana con madres acompañantes les adscriben esta función como parte de su rol de género, reproduciendo el modelo sexista del cuidado de los niños:

‘Señora, su responsabilidad es darle menos comida a su hijo, esa es su parte, evitar’, ‘ah pero es que él come lo que quiere’, ‘bueno pero quién es la mamá’, ‘no, pero es que él llega y abre y la abuelita’, ‘bueno pero y quién es la mamá, usted quiere que la reemplacen, quién la va a reemplazar’. (L., f, **broncopulmonar**)

Pero en el caso de los haitianos los médicos advirtieron que a diferencia del resto de los inmigrantes y de los chilenos, muchas veces vienen la madre y el padre juntos a acompañar a su hijo/a:

Sí, pero igual vienen hartos los papás, eso me, con los haitianos, o vienen juntos ¿cachai?, como que viene la mamá y el papá al control, más que los chilenos, como que los chilenos viene casi siempre la mamá y si viene el papá es porque la mamá no podía venir por pega. Pero lo haitianos como que vienen hartos juntos al control, eso me ha tocado. (**Traumatología**)

En general los padres son bastante preocupados de sus hijos, y me llama la atención los haitianos, muy preocupados de sus hijos.

E: ¿Ah sí, más que el resto?

M: Em, como que me llama la atención la preocupación, como que son así como bien aprensivos. (**Dermatología**)

La inusual presencia del padre como acompañante fue explicada desde dos ángulos:

Aunque los papás como han llegado antes, los haitianos, aprenden a hablar en español, o sea aprenden a hablar en chileno, o en español, y ellos a veces tienen que, las mamás los llaman o tú le dices ‘oiga venga’ porque no, o sea la mamá no entiende nada, nada, nada. (**Broncopulmonar**)

La mamá. Si es que no, lo que te decía, si no hablan español y vienen a la urgencia vienen la mamá y el papá. (**Infectología**)

Habitualmente la madre pero también a veces vienen el padre, o sea, vienen los dos muchas veces. Yo creo que esa es una diferencia a lo mejor que de los inmigrantes, o no sé si será por esta condición de sentirse menos protegidos de que habitualmente viene el padre y la madre. (Inmunología-reumatología)

Los médicos tratan de entender y explicar por qué los padres haitianos acompañan a sus hijos/as a la atención de salud. No esperamos aquí explicar este hecho, pero sí dar a ver que este pensar al *otro* nos puede dar pistas del nosotros; llama la atención que no se conciba la posibilidad que para los haitianos los roles del cuidado y acompañamiento de los hijos/as sean compartidos tanto por madres y padres, y se acuda a explicaciones que dan cuenta de una situación de excepción, donde el padre acude a la consulta solo porque la madre no logra comunicarse o no se siente protegida.

1.2 Situación socio-económica

Situación laboral/ Disfuncionalidad de la enfermedad

Respecto a la situación socio-económica de los inmigrantes que asisten al hospital, decidimos partir con esta sub-dimensión ya que al referirse a la situación laboral de las entrevistadas, su análisis no puede desprenderse nuevamente de un enfoque de género. Siete entrevistadas se encontraban desempleadas, una se encontraba en periodo de post natal, y solo una tenía trabajo estable (Tabla 3). De las primeras, se observaron dos situaciones diferentes respecto al desempleo: primero hay quienes declaraban ser dueñas de casa y dedicarse al cuidado de los niños por voluntad propia, como opción posible porque es el marido quien se ocupaba de aportar con los recursos económicos:

Bueno yo no trabajo porque mi marido trabaja y gana más o menos, gana bien, y me dedico a mi hija (C., Perú)

No, cuando él esté bien, a partir de que entre al jardín, porque a todos mis hijos no, así chiquititos no, prefiero cuidarlos yo, pero que entre al jardín, dos años, dos años y medio que tenga dos añitos ahí sí. (N., Perú)

Aun sí la entrevistada correspondiente a la última cita relata que por el hecho de no haber tenido contrato como empleada doméstica, tuvo que renunciar al trabajo por estar

embarazada, sin opción de obtener el permiso post natal, lo que dice que no le afecta mayormente por tener buena situación económica y por querer dedicarse a sus hijos en sus primeros años de vida, pero sí reconoce su error por no haber exigido contrato. Esto da cuenta de cómo la responsabilidad contractual recae en última instancia en el empleado y no el empleador, dando lugar al abuso y la falta de reconocimientos de los derechos laborales de los trabajadores, cuestión que se perpetúa para el caso de los/as inmigrantes por la falta de información y las necesidades inmediatas de éstos. Y cómo la maternidad sigue socialmente relegada al lugar de la disfuncionalidad laboral.

Segundo, esta posición frente al desempleo se contrasta drásticamente con la de aquellas madres que tienen hijos/as con enfermedades crónicas, que por ende requieren de mayores cuidados lo que se traduce en mayor tiempo de dedicación a la enfermedad, y por tanto la imposibilidad de trabajo (no así la elección) y en mayores costes económicos (desde más medicamentos hasta más dinero en transporte para la constante movilización a los centros médicos). En definitiva, la enfermedad consume todo el tiempo de las mujeres quienes deben dedicarse por completo a ella dejando de lado cualquier otra actividad dando cuenta del “síndrome de la cuidadora” que padecen (García, et al., 2004):

Sí me afecta harto porque por ejemplo yo no puedo hacer algo, y alguna de las veces cuando me sentí yo un poco más, cómo le digo, mortificada por eso, al no tener de repente una buena solvencia económica como para, incluso para mi hijo mismo. Si salimos, si queremos ir a otro sitio, no tengo como para decir ‘vamos’, y gastar, y, como una solvencia económica. Y esa es la parte que a veces si me complica mucho porque, digo, no puedo hacer nada. (...) Si porque así como un trabajo estable no he podido tener estuve trabajando en pieza en un supermercado pero mi hijo se me enfermaba, se me complicaba y me hacía muchos problemas, en ese aspecto no entiendo mucho, entonces para estar evitándome eso. Otra que, no poder estar con mi hijo cuando él estaba mal y todo eso. (S., Perú)

Acá, o sea en sí no puedo como ejercer con la carrera mía, ya me habían aprobado los estudios, todo, pero ya en esas quedé embarazada y ya no pude, y ya después dije yo ‘no, después de que tenga a Samantha y bueno’, pero a la final entonces ya nació

con este problema entonces no he podido trabajar.

E: Necesita mucho tiempo de cuidado.

M: Sí, sí porque igual, bueno ahora, más o menos ya no me toca salir tanto pero había veces que salía todos los días, todos los días a citas, que a la acupuntura, que a kinesiología, que al consultorio, que, o sea, a muchas partes. Entonces no me daba tiempo de nada. (C., Colombia)

Esta situación se traduce en problemas económicos en los hogares que caen en el peso mismo de las madres en el caso de madres solteras, o de los padres en el caso de las parejas, lo que refuerza una vez más los roles de género mujer-madre, hombre-proveedor:

Hago de veces en cuando pololos y ahora desde el mes de octubre que estoy yendo a vender a la feria, estoy vendiendo cosas así pequeñas como colonia, confort y lo que puedo ver y encontrarme algo cómodo pa poder venderlo. (S., Perú)

Pues sí, claro, sí, de todas maneras a él le toca duro, le toca a él duro [al padre], económicamente le toca duro, él trabaja mucho, le toca trabajar bastante, acá vendemos, igual vendemos pizzas acá en el condominio porque él es técnico gastronómico. (C., Colombia)

La disfuncionalidad de la enfermedad crónica y de su cuidado se expresa en todos los ámbitos familiares, afectando no solo al niño/enfermo sino que directamente a sus cuidadores, respecto al tiempo y dinero que deben dedicarle a la enfermedad, lo cual repercute nuevamente en el niño/a, en su salud psíquica y emocional, quien carga con la consciencia de la disfuncionalidad generalizada de su condición:

Más bien, antes lo hacía como más notorio porque no sé, era como, lo que me salía expresar decía, pero ahora de repente evito un poco eso porque él se siente mal, mi hijo, 'mamá por mi culpa no puedes hacer esto', y yo 'no, si tú eres mi hijo, yo tengo que estar contigo, ahí veremos la forma' (S., Perú)

Es imposible no interrogarse acerca de lo que ocurre con aquellos hijos/as de madres o padres inmigrantes carentes de redes familiares en el nuevo país de residencia que no pueden optar al desempleo, o dicho en otras palabras, se ven en la obligación de cumplir las

exigencias horarias de sus trabajos –y muchas veces sobre exigencias que se condicen con la condición de *sobre explotación* a la que están laboralmente sometidos muchos inmigrantes– lo cual les impide dedicarle el tiempo suficiente para acompañar a sus hijos/as al servicio de salud y brindarle el cuidado sanitario que necesitan. ¿Dónde y cómo se están atendiendo aquellos niños/as con madres empleadas? La incompatibilidad del trabajo asalariado con el acompañamiento de los niños a los centro de salud puede reflejarse en la situación de la única entrevistada asalariada, quien debe postergar la atención de salud de su nieta para cumplir con sus obligaciones laborales:

No porque yo me fui porque como tuve un problema en el trabajo, me pusieron un parte, me tocó ir a arreglar ese problema, y no pude quedarme [en el hospital]. (S., Ecuador)

Al parecer esta misma inquietud tenían algunos médicos, o así lo manifestó uno que convive cotidianamente con una inmigrante, su empleada doméstica:

Los problemas que tienen son, en el caso de los adultos, por ejemplo de las peruanas que casi todas trabajan como asesoras del hogar o en restaurantes entonces tienen horarios, o son muy part-time entonces trabajan de lunes a sábado y están todo el día, una mañana hacen aseo en una casa y en la tarde hacen en otra o están ocupadas en todo su horario y ganan por día de ir a trabajar entonces ir a un consultorio a tomar exámenes es no ganar plata ese día, y eso pudiera significar algo más complejo. (...) Porque a mí me pasó eso con el hijo de mi nana, “oiga pero si le hemos hecho todos los papeles”, y todo, y claro, trabaja un par de días con nosotros y trabaja otros días en otras casas entonces para no dejar de ganar esas lucas semanales, o del día, no hacen ningún trámite, total se van a la que ‘no me ha pasado nada’, el problema es que se dan cuenta cuando la cuestión ya es demasiado cotota. (Infectología)

Esta frase ayuda a romper con la creencia biomédica de la enfermedad como problema únicamente biológico, mostrándola como un problema social, donde hay quienes pueden enfrentarlo “adecuadamente” debido a condiciones estructurales propicias para –buena situación económica, estabilidad laboral, flexibilidad horaria, o carga horaria adecuada y no

sobre explotación, redes sociales, etc.– y al mismo tiempo hay quienes simplemente no pueden enfermarse porque la sociedad no se los permite, y no es que “*total se van a la que no me ha pasado nada*””, es que no hay tiempo ni dinero para enfermarse.

Situación escolar/ Disfuncionalidad de la enfermedad

No se pudo ahondar en la situación educacional de los HHI y el impacto que la atención médica tenía en esta ya que la mayoría de los pacientes eran menores de tres años excepto dos niños, uno de ocho años que había estado hospitalizado por primera vez en Chile en enero del año 2015, periodo de vacaciones escolares por lo cual la operación no había afectado su situación educacional. Y otro de nueve años, que se encontraba en una situación más complicada ya que era un paciente crónico, por lo cual su enfermedad claramente representaba un obstáculo para su desarrollo educacional formal:

Ha tenido mucho problema en que las asistencias en el colegio (...) Ahora me dieron un certificado que indica que él viene día por medio a kine, entonces con eso ya como que se han quedado un poco más tranquilos. Pero igual ahora por ejemplo que estuvo hospitalizado no pude ni pasar avisar más que con una amiga mamá de un compañero del S., le dije que él estaba, ese día cuando vine a la Urgencia, que él estaba un poco delicado y ya pero no avisé que estaba hospitalizado. Y ahora en la mañana llamé al colegio para avisar eso porque no quiero ya tener problemas que me digan, que me digan ‘no, lo vamos a sacar’, porque lo han querido sacar o hacerlo repetir por las inasistencias. (S., Perú)

Podemos abrir paso a la compleja discusión sobre las posibilidades de inserción o mantención escolar de quienes no pueden seguir los conductos educativos regulares ya sea por problemas de salud, económicos, geográficos, etcétera, donde el sistema impone trabas y condiciones que no toda la población está en las mismas condiciones de posibilidad de cumplir¹⁸.

¹⁸ El HEGC cuenta con una Escuela Oncológica que imparte educación desde pre-kinder hasta octavo básico en media jornada para un promedio de 30 niños en tratamiento activo contra el cáncer, pertenecientes a las comunas adscritas al SSMS.

Comuna de residencia

En un inicio se pensó esta sub-dimensión solo como una forma de caracterización básica de la muestra, sin necesidad de desarrollarla en mayor profundidad. Pero al preguntarle a los médicos si sabían en qué comunas viven los HHI que se atienden en el hospital, salió a la luz nuevamente el fenómeno de la *eticización* (Liberona, 2012) del haitiano como “el” inmigrante. Si bien todos admitieron no tener conocimiento de las comunas de residencia de los HHI que se atienden en el hospital, muchos se refirieron a comunas de otras zonas de la región que según su parecer concentraban población inmigrante como “*el área norte de la comuna de Independencia hay una concentración de inmigrantes*”, “*yo sé que en Quilicura hay como un gueto de haitianos, súper alto, en estación central hay mucho peruano y cosas así*”. Pero lo que llamó la atención es que a pesar de admitir el desconocimiento acerca de las comunas de residencia de los HHI que atendían, varios se inclinaron a aportar sus propias suposiciones, pero no acerca de los inmigrantes en general, si no que exclusivamente de la población haitiana:

No, Lo Espejo parece que son la mayoría de los haitianos pero no, no podría asegurar. (Hematología)

En realidad yo diría que en varias, a mí me da la impresión, creo que los haitianos vienen más de las comunas como más periféricas como San Bernardo, tengo la impresión, pero no he notado una, como que, no, cosa especial (Dermatología)

Nuevamente aparece el papel que adquiere el haitiano al momento de pensar al inmigrante. Se transforma, quizás por sobre el peruano, en el inmigrante por excelencia, en la total otredad; asumido como pobre, negro, no hispanoparlante. Así vemos la etnicización del inmigrante, trasladado a la imagen estigmatizada de este *nuevo y más otro* que cualquier *otro* inmigrante.

2. Escenario de las interacciones entre médicos, pacientes HHI y acompañantes: el Hospital Exequiel González Cortés

Una vez descrita de manera general la población inmigrante que se atiende en el hospital y sus acompañantes, debemos comprender cómo se insertan en el HEGC. Para conocer las características de las interacciones entre los médicos y las mujeres inmigrantes que

acompañan a los niños/as pacientes, según sus puntos de vista, hay que tener en cuenta las condiciones de posibilidad para que estas interacciones tengan lugar. En primer lugar describimos y analizamos cómo se insertan burocráticamente los HHI en el hospital y la percepción general de las acompañantes sobre la atención recibida. En segundo lugar nos enfocamos en la percepción que tienen los médicos sobre las condiciones médicas y sanitarias de estos pacientes, a modo de sacar a la luz esquemas de percepción de los primeros sobre los segundos que determinan directamente sus interacciones.

2.1 Al interior del HEGC

Acceso al HEGC

No se apreciaron mayores problemas de acceso al HEGC ya que la mayoría de los niños/as acompañados/as por las entrevistadas son chilenos y tienen previsión. Para el único caso de niño extranjero (colombiano/español), la madre señalaba que había sido derivado desde la Urgencia a la hospitalización y que aún no resolvía el tema de la previsión, que estaba en proceso de tramitación. En general los niños/as que se atienden en el hospital tienen un historial médico anterior proveniente de la atención primaria, por ende es en esa primera instancia donde funcionarios y acompañantes se enfrentan a los problemas de la regularización de la situación migratoria, de la previsión, etcétera. Por lo mismo, en la mayoría de los casos este tipo de problema ya viene resuelto por lo que se asegura un fácil acceso al hospital:

No, yo no lo he visto eso, no porque en realidad ellos como vienen derivado de la atención primaria ellos traen ya como que todo eso, me da la impresión de como resuelto, a nosotros no nos toca ver esa parte porque ya, si ya son derivados hacia acá, porque son derivados como interconsulta entonces eso ya pasó como un filtro. Entonces nosotros los recibimos con todo ese trámite administrativo resuelto.

(Dermatología)

Para ser atendido en el poli (ambulatorio), hay que haber sido derivado del consultorio, o desde el mismo establecimiento una vez concluida la hospitalización. La única instancia que permite la llegada de pacientes con una situación migratoria irregular y/o sin previsión

es la Urgencia¹⁹, donde los médicos están en la obligación de atender a cualquier persona que solicite esta atención. A raíz de esta ley, se les preguntó a los médicos sus puntos de vista sobre el hecho de que los inmigrantes irregulares deban ser atendidos obligatoriamente en la Urgencia. Hubo distintas respuestas que dieron cuenta de las visiones de los médicos frente a los inmigrantes y a la atención de salud en general. Un tipo de respuesta mostraba un enfoque de la salud desde los derechos humanos, donde se enfatizaba que todo el mundo debiese poder acceder a la salud, independiente de cualquier condición:

O sea, me parece que es desde toda lógica, o sea es un derecho humano [ríe], tienen que tener acceso a la salud y si es que obviamente ellos no están pudiendo acudir al área privada, tiene que ser el Estado el que garantice su atención. A mí me parece como algo que es de todo, de todo derecho. (Nutriología)

Me parece, me parece justo po, o sea, es un derecho, el derecho a la salud, y especialmente si son niños. Hay un derecho internacional que adscribimos como país y que tenemos que responder, todo niño que habita en el territorio físico tiene derecho a la salud. (NANEAS)

En la última cita se nota el énfasis en los derechos de los niños/as, cuestión que, como veremos más adelante, pareciera dar más valor, más derechos, más humanidad, el ser hijo/a de inmigrante, o niño/a inmigrante que adulto inmigrante. Por otro lado, hay médicos que veían la atención obligatoria de los inmigrantes irregulares como un problema, un problema legal, vinculado a la justicia:

Sí, sí, sí porque sobre todo en las primeras etapas en que ellos están en trámites de legalización de su situación acá seguramente deben tener y como le digo nosotros lo hemos visto eso, ese niño que le digo que llegó muy grave y que no tenía documentos de identidad nacional crea un problema de atención porque además es un problemas legal ¿verdad?, todas las acciones que se realizan en salud, en medicina, tienen una connotación legal y por lo tanto eso es imperativo; a quién estamos atendiendo,

¹⁹ También es la única instancia en que una persona afiliada a ISAPRE puede ser atendido en el servicio público.

quién es esta persona, cuál es el respaldo de identidad personal que hay ¿no?.

(Inmunología-reumatología)

Eh, en realidad yo creo que no los voy a atender porque hay un filtro, o sea, obviamente aquí se atiende al paciente que trae toda su documentación, así que creo que no lo voy a atender porque no va a traer los papeles. O sea sí, yo tengo la impresión de que se le da una primera atención si es que es una atención de urgencia, si le dan atención de urgencia, pero se le instruye que debe regularizar los papeles y todo eso. (Dermatología)

Esta última cita permite indagar en cómo la legalidad crea sujetos, que se autogobiernan a partir de ésta, ya que este médico solo atendía en el área del policlínico, por ende los pacientes llegan derivados de otras áreas con una previsión y una situación migratoria regularizada. Y dijo que no atendería a pacientes irregulares por no condecirse con el protocolo legal porque esta atención debiese darse en la Urgencia; pareciera que la regularización de la situación migratoria del paciente se vuelve más importante para el médico que su propia salud. Por otro lado, pudimos comprobar que hay médicos que valoraban la obligatoriedad de la atención a inmigrantes irregulares en la Urgencia, pero más que por una cuestión de derechos humanos, o por ser una instancia que promueve la regularización de la situación migratoria de éstos, por la necesidad de un mecanismo de control epidemiológico que impida la propagación de enfermedades:

Lo encuentro bien porque, sobre todo porque se está pensando epidemiológicamente para frenar enfermedades. (Broncopulmonar)

O sea, yo creo que alguien los tiene que controlar porque o sino..., en alguna parte tienen que atenderse, sino es dejar un montón de personas botadas que no, que en el fondo pueden enfermarse y de repente van a llegar graves o muertos y no van a saber por qué, o sea, tienen que estar en algún sistema de salud metidos.

(Hematología)

Otros discursos que llamaron la atención fueron los que apelan a los límites fronterizos del Estado-nación como límites en la atención de pacientes, donde más allá de la nacionalidad,

situación migratoria, previsión, etcétera, lo que importa a la hora de atender a un paciente es que este viva físicamente en el país, es decir, que se enfatiza la figura del enemigo externo (por sobre la del enemigo interno, insertado dentro del país):

O sea yo creo que está bien si es gente que vive aquí, porque por ejemplo, en la Teletón, mostraban hace poco, había como, no sé si la cambiaron en realidad pero había como una regla que decía que se atendía a cualquier niño que llegara a la Teletón. Entonces a mí me tocó atender a pacientes que venían de Bolivia como exclusivamente a atenderse, viajaba toda la familia a la Teletón porque allá no tenían como esos conocimientos o no habían encontrado médicos y les habían recomendado la Teletón. Entonces en verdad, si tú pensai así es como toda una familia que hace un esfuerzo por venir pa acá pero al final igual como que la Teletón se hace pa los chilenos po. Entonces como que igual son hartos recursos que se van en gente que, la Teletón igual no le cobra nada a nadie, pero como que igual tiene que haber un límite po, porque si es alguien que vive acá y tiene un accidente, o tiene una enfermedad yo encuentro que obvio que hay que tratarlo, me da lo mismo si tiene previsión o no, o quizás eventualmente tratar de ayudarlo a regularizar su situación po, pero que ya viaje gente a otro país como a atenderse acá porque... Es como que nosotros nos fuéramos a Alemania a tener la guagua, no sé po. Eso, pero en verdad no me complica tanto. (Traumatología)

Por último, la siguiente cita permite adentrarnos directamente al tipo de interacción que buscamos caracterizar y comprender, la interacción o *contacto mixto* (Goffman, 2001) entre médicos y mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes niños y niñas HHI, donde se ve al *otro* desde su estigma, donde la inmigración se transforma en un atributo negativo que caracteriza y refuerza a la otredad:

Mira, el que está enfermo se tiene que atender, atendemos delincuentes y no vamos a atender inmigrantes. O sea, cuántos patos malos nos llegan a nosotros baleados y nosotros no hacemos discriminación al momento de saber si este gallo quizás mató a una señora afuera y la trató de cogotear, teni que atenderlo igual. (Infectología)

La inmigración se compara y se asocia explícitamente a la delincuencia. Aquí se remite

directamente al racismo culturalista del que habla Balibar (1988), donde el inmigrante se vuelve objeto de racismo por sus supuestas características culturales, estigmatizando la inmigración, asociándola con pobreza, precariedad y finalmente con delincuencia.

Evaluación del servicio

En comparación con sus países de origen, las mujeres entrevistadas hicieron alusión a lo positivo de contar con un hospital exclusivamente para niños y niñas. Incluso se refirieron al carácter adultocéntrico de los hospitales en general donde se prioriza la atención de adultos por sobre los niños/as:

O sea sí porque en Perú no hay un lugar específico donde haya un hospital que sea solo para ti, es para todos, ves tantas cosas, es más feo, a mi parecer es más feo. Acá son diferentes porque de niños es de niños y de adultos es de adultos. En el Perú no, es todos combinados y no les prestan mucha atención a los niños y se mueren uuf, un montón de gente [ríe]. Sí pues, a veces por negligencia, por los mismos doctores, es mucho mejor es acá, yo en este país mucho mejor lo veo. (A., Perú)

M: Es mejor la atención aquí.

E: Sí, ¿por qué?

M: Porque hay más hospitales, como que se preocupan más así, allá no. Hay uno para todo. Por lo menos donde yo vivo hay un solo hospital para todos. (E., R. Dominicana)

Respecto al servicio, el HEGC se destaca a nivel nacional por la calidad de éste. En 2011 fue Acreditado en Calidad y Seguridad del Paciente por la Superintendencia de Salud y en el año 2015 fue (Re) Acreditado por el mismo organismo, siendo así el primer hospital público del país en obtener la re-acreditación. Esto, sumado al hecho de la forma de inserción del propio investigador al recinto, con un delantal y una credencial, presentada/disfrazada como una funcionaria más nos hace pensar que esta violenta presentación institucional, puede haber imposibilitado la emergencia de discursos anti-institucionales o antiHEGC de las mujeres inmigrantes entrevistadas. Así, en general se evaluó positivamente el servicio médico ofrecido en este hospital:

Eh bien, bien, me han atendido bien, he tenido buena acogida, y bien, no tengo qué

quejarme. (S., Perú)

La verdad es que yo estoy muy agradecida, de verdad que estoy muy agradecida porque, bueno empezando desde que quedé en embarazo, porque cuando quedé en embarazo todavía no tenía papeles, porque yo llegaba, tenía como tres meses acá y todavía no tenía la visa, o sea apenas estaba entrando. Entonces, o sea la atención me parece excelente (...) Y si, o sea yo estoy muy agradecida porque nos han atendido muy bien y le han socorrido mucho a Samantha, entonces por ese lado no he tenido ningún problema. (C., Colombia)

Enfocándonos en otras dimensiones del servicio, ya no médicas propiamente tal sino que el servicio entregado en cuanto a infraestructura y a la administración del hospital, vimos que la evaluación es generalizadamente negativa lo que nos permite hacer un paralelo respecto a este apartado: evaluación positiva del servicio médico, evaluación negativa de las instalaciones y el funcionamiento mismo del servicio.

Todas las mujeres que han acompañado a los niños/as hospitalizados se quejaron de la falta de comodidades ofrecidas para quienes se quedan por las noches en las salas de hospitalización; solo cuentan con una silla lo que dificulta reclinarsse y por ende poder dormir cómodamente:

Lo único malo es que cuando los que se quedan aquí a dormir la mamá no tienen de repente adonde recostarse, en la silla ahí. Bueno es parte del hospital pero uno a veces para sentirse más cómoda a veces uno quiere que el hospital tenga esto, tenga lo otro. Es lo único, pero después todo bien. (N., Perú)

Es duro porque no hay, en si el acompañante no tiene de pronto una parte cómoda para descansar sino que es una silla, una silla así como esta, y ahí pasas día y noche. (...) Sí, pero, pero, igual pues bien, sí, o sea no le puedo pedir más al sector público no, pues ya pues. (...) Si ya en lo último yo lloraba porque como que me decían 'la vamos a dar de alta' y después el médico, 'no vamos a esperar otra semana' y yo me ponía a llorar, 'no, ya no aguanto más' porque si no la última vez 17 días, no podía ni dormir porque ella convulsionaba de noche también dormida,

entonces era así como con un ojo abierto y el otro cerrado esperando que ella en cualquier momento iba a convulsionar. (C., Colombia)

Existe una naturalización o resignación respecto a la precariedad de los servicios de salud pública en Chile. En la última cita vemos que el problema de las comodidades en Hospitalizados no es el problema principal, sino que es en realidad un agravante de un problema mayor y anterior: el hecho de que quien acompaña debe “vigilar” y (pre)ocuparse del paciente, limitando su descanso. La misma idea se expresa explícitamente en la siguiente cita:

Si saben que los papás se quedan deberían no sé po, darle algo más cómodo para sentarse, porque es, como dicen aquí, penca estar doblada toda la noche, es una incomodidad terrible, entonces yo pienso que si saben que los papás se van a quedar no les cuesta nada poner una silla más cómoda, un poco reclinable. Y porque si los papás se quedan en la noche es para aminorar el trabajo de las enfermeras, porque si fuera, si los papás no se quedaran, tendrían que estar con los niños a cada rato, viéndolos a toda hora, por eso es que permiten a los papás que se queden. Porque si yo no me quedo, y ella es chiquitita, tienen que estar las enfermeras pendientes de ella, pero cuando está el papá solamente van a controlarlo una vez cada cuatro horas o cada tres horas (...) las enfermeras en la noche duermen, en su cama, porque tienen camarotes, tienen su camita, ya po, entonces también tienen que tener un poco de sentido común. (C., Perú)

Entonces el acompañamiento a los enfermos sirve al personal de salud como un apoyo en el monitoreo de éstos, aminorando así su carga laboral. Los mismos doctores advirtieron que la cooperación de las acompañantes es necesaria y es más, se les exige a la hora de solicitar atención médica:

Varias cosas, por ejemplo en la UCI había un niño grave, primero estaba en la Urgencia, porque no había cupo en la UCI, estuvo como 6 a 8 horas con nosotros, y una señora estaba en el suelo y se quedaba dormida, y ella tenía tanto sueño que no le importaba dormirse, y no podía entender que ella era la monitora de su hijo. Tenía que ver si, tenía apnea, entonces por el problema de lenguaje entonces al final

entendió que tenía que avisar si dejaba respirar, avisarnos a nosotros porque era campaña de invierno, estaba lleno de niños, todos graves, entonces ellos... Y ella 'pum', se tiraba al suelo y se quedaba dormida, entonces yo llegaba, agarraba a la señora y hacía que se parara y que mirara al niño (Broncopulmonar)

Se exige a las acompañantes cooperar con la atención médica, monitorear, estar pendiente del enfermo para ser ellas quienes avisen a los funcionarios de salud sobre cualquier problema. Pero al mismo tiempo no se les trata como cooperadoras y por ende partes fundamentales del tratamiento mismo y no se les ofrece ninguna comodidad material (sillas, camas, comida, etc.) que permita que realicen mejor esta labor implícitamente impuesta. Al contrario, se les critica por exigir mejorías o por no cumplir la labor correctamente sin detenerse en la posibilidad de que no lo pueden hacer debido a condiciones materiales y físicas que se lo impiden. Por ejemplo, en las notas de campo advierto:

En cirugía efectivamente en la sala 1 cama 4 hay una mamá extranjera, pero estaba durmiendo así que pretendía volver más tarde pero no sé si la enfermera o TENS me dijo que no volviera más tarde, que la despertara. Yo insistí que no, que volvía más tarde y ella la despertó igual (estaba durmiendo en una silla apoyada en la cuna toda chueca). Me dijo que sí pero que por favor más tarde porque así ella aprovechaba de dormir mientras el niño dormía porque anoche no había dormido casi nada (me sentí muy mal por ser la causa de su despertada). (10 de diciembre, Hospitalizados)

Entonces, no se toma en cuenta a la acompañante y sus necesidades mínimas en cuanto que tal, lo que responde a una invisibilización del rol mismo de la mujer como acompañante, naturalizando su rol de género maternal, negando sus propios tiempos, otros roles y las necesidades mínimas que requiere para poder cumplir dignamente este rol impuesto. Aun así hay que reconocer la existencia de una sala de aseo para las acompañantes en el recinto que cuenta con duchas, té y café a su disposición.

Respeto a la organización o administración del servicio, vimos que, respondiendo a la realidad nacional del servicio público de salud, el excesivo tiempo de espera para ser

atendido fue un tema recurrente en los discursos de las entrevistadas, quienes culpaban a los funcionarios técnicos que toman mal las horas, los médicos que llegan tarde, los otros pacientes que se atrasan, pero asumiéndolo como una característica intrínseca del mismo sistema, dando cuenta de su estado de burocratización, y la naturalización de esto:

M: Por ejemplo a veces tenemos como a las 10 pero nos están atendiendo como a las 13, 12, eso sí. Es como... no es la hora establecida, porque cuando venimos a endocrinología también, la hora es a las 10 y de repente nos están llamando a las 11 o 12, no es, la hora no es, no rige mucho.

E: Ya y ya se acostumbró a eso.

M: Sí, ya sé que cuando vengo no voy a salir temprano, es difícil que salga temprano porque, por más que uno esté acá antes la hora siempre te van a atender tarde. (S., Perú)

Entonces yo llego a las ocho y media, ponle un cuarto pa las nueve, y la doctora llega a las 10 y media y más encima los pacientes que hay, me atiende como a las 11, 11 y media, ¿me entiende? Entonces eso es lo que complica y molesta. Por ejemplo yo tengo hora, mire no sé ni a qué hora tengo la hora pero primero es con el cardiólogo y después la gastroenteróloga, entonces los dos llegan tarde. (C., Perú)

Sí, hay veces que me citan a las 1 y a las 3 apenas la están llamando y o sea es de toda una tarde allá porque es mucha la gente. (C., Colombia)

Finalmente queremos destacar que en el hospital se preocupan de proponer un ambiente propicio para el paciente niño/a; durante todo el año en las salas de espera de la Urgencia y de la atención ambulatoria se exhiben obras de teatro familiares y de títeres para entretenerlos/as, durante algunas “fiestas típicas” que se celebran en el país²⁰, distintos personajes se pasean por las salas de hospitalizados haciendo chistes y magias, y se decora todo el edificio dando al lugar un ambiente de celebración que se aprecia en un espacio intrínsecamente marcado por el dolor y el sufrimiento como lo es un hospital. Lamentablemente las decoraciones del hospital, como los murales por ejemplo, retratan

²⁰ Presenciamos la celebración del We Tripantu, las fiestas patrias nacionales, Halloween y Navidad.

dibujos de Walt Disney, reproduciendo símbolos culturales ajenos a la cultura nacional y latinoamericana propia de los pacientes del hospital. Celebramos que la propuesta para los murales del nuevo edificio del hospital contemple que los mismos niños/as que ahí acuden sean quienes pinten las paredes.

Evaluación del trato

El “Estudio Nacional de Evaluación de Percepción del Trato a Usuarios en Establecimientos del Sistema Público de Salud” realizado en el año 2014 por un equipo académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, revela que entre los 6 hospitales del SSMS, el HEGC es el mejor evaluado por los usuarios respecto al trato recibido (Arteaga, Fuentes, Vera y Torres, 2013), ocupando a la vez el primer lugar entre los hospitales de alta complejidad y el noveno lugar a nivel nacional (HEGC, 2014). Señalamos esto para advertir que el HEGC se presenta como un escenario de salud pública casi ideal, bien evaluado en servicio (Re-acreditación) y trato a los usuarios. Esto explica que de manera generalizada, se evaluó positivamente el trato que recibieron las mujeres entrevistadas como acompañantes de los pacientes por parte de los funcionarios del HEGC:

Puedo decir que muy bien, sí, son muy amables y me atendieron bien. (B., Haití)

Nada el hospital me gusta como atienden. (E., República Dominicana)

No, nada más que yo encuentro que bueno, desde que yo me he atendido aquí no he tenido ninguna queja, siempre me he sentido acogida, no he tenido ningún otro problema como que no me gustó como me atendieron, ni nada de eso. Me sentí al tiro desde que vine a este hospital, sí, por el trato, por la amabilidad desde que vine, así yo venía en un estado emocional mal por el estado de mi hijo pero supieron acogerme y ayudarme también por ese lado de enseñarme las clase de diálisis y todo eso. Tuve siempre acogida desde que entré aquí a este hospital. (S., Perú)

Esta última cita no puede ser sacada de su contexto: proviene de una madre peruana que acompaña a su hijo hace nueve años al HEGC ya que este nació con una enfermedad renal crónica, por lo cual tiene un conocimiento del lugar y de las personas del hospital muy acabado, habiendo formado la historia médica-hospitalaria de su hijo en este lugar. Viven en la comuna de Santiago Centro, y al nacer el niño fue derivado al HEGC debido a la

especialización del HEGC en nefrología, donde lo dializaban y luego le trasplantaron el riñón, hace cinco años atrás. Si bien ya no debe dializarse, sí debe controlarse periódicamente (una vez al mes aproximadamente) y asistir al kinesiólogo dos veces por semana, cuestión que podría hacer en algún establecimiento de salud más cercano a su comuna de residencia, pero ella prefiere acudir al HEGC:

Si me han preguntado varias veces si yo quiero ir allá al San Borja por kine y todo eso pero ya como que me he adaptado más aquí que para allá. Si aunque el San Borja me queda más cerca que acá si po, pero prefiero acá mejor venir porque como acá ya lo conocen y al tiro piden la ficha de un poli al otro, más fácil. (S., Perú)

Las mujeres entrevistadas rescataron el buen trato que recibieron los niños/as enfermos que acompañaban, demostrado por el “cariño”, el amor o afecto de los funcionarios hacia ellos/as:

Sí y más que todo porque le tienen hartito cariño, lo tratan bien (S., Perú)

E: ¿Y acá en el hospital no te has sentido discriminada?

M: No. Al contrario, aman mucho a mi bebé [ríe]

E: ¿Sí, le muestran cariño?

M: Sí, donde sea voy con Gracy y la quieren, no nunca me mostraron eso. En el hospital no puedo decir nada, nada, nada de eso. (B., Haití)

Pues la verdad es que ha sido muy bueno, particularmente no he tenido ningún problema, o sea todos han sido muy formales, quieren mucho a Samantha, entonces no he tenido problemas. (C., Colombia)

Cuestión que al parecer fue reconocida por el único niño “hablante” (de 9 años) que conoce bastante bien el hospital debido a su enfermedad crónica:

No, bien, se siente bien porque él habla de los doctores, incluso cuando estamos en alguna reunión familiar habla de la doctora Pinto que me ve los riñones, la tía Chabelita que me ve, que me hace la NEM, que me hace la kine... (S., Perú)

2.2 Las condiciones médicas de los pacientes HHI

Estado de salud de los HHI

Está de más decir que una de las causas primeras de la interacción entre médicos y pacientes es que los segundos no se encuentren en buen estado de salud o que padezcan de alguna enfermedad determinada. Los pacientes acompañados por las mujeres entrevistadas padecían diferentes enfermedades de distintas duraciones (curables versus crónicas), y puesto que no somos médicos no nos detendremos más en esto. Respecto a la pregunta a los médicos por el estado de salud de los HHI en comparación con los niños/as chilenos, pregunta que se ocupa no de enfermedades específicas sino de un estado del cuerpo en relación a condiciones sociales y psíquicas, en general todos coincidieron con que el estado de salud de los HHI que llegan al hospital era similar al del resto de los pacientes y no se observaban mayores diferencias. Lo único que llamó la atención fue la forma de referirse al estado nutricional de los pacientes HHI:

Bueno yo creo que de lo que nos toca atender, en general, podría decir yo que es más deficitario que la población nacional, en aspectos nutricionales, en aspectos preventivos (Inmunología-reumatología)

*La mayoría tiene un buen estado de salud, un poco de desnutrición tal vez pero leve.
E: ¿Desnutrición, a diferencia de los chilenos?*

M: Yo diría que un poquito más pero es que también veo un grupo chiquito de inmigrantes. (Hematología)

Los peruanos son flaquitos, son desnutridos, falta de comida. (Broncopulmonar)

Las citas apelan a un mayor estado de desnutrición de los pacientes HHI frente los chilenos. Por un lado se aprecian discursos ambiguos, donde “tal vez” hay mayor desnutrición y por otro lado discursos generalizantes sobre los pacientes peruanos, como sí la desnutrición fuera una característica propia de esta población. Es por esto, que no podemos dejar de pensar que el hecho de que algunos médicos adviertan que el estado nutricional de los HHI es más deficitario que el de los nacionales, responde a una concepción desde el sentido común de que los países de emigración están marcados por la pobreza, y que la pobreza es sinónimo de mala alimentación. El nutriólogo entrevistado afirmaba que en la mayoría de

los casos el estado nutricional de los pacientes HHI era similar al de los chilenos. Solo un médico señaló una situación del estado nutricional de los pacientes HHI en comparación con los pacientes hijos de chilenos en sentido inverso, es decir, advirtiendo el estado de sobre peso y obesidad de los segundos en comparación con los primeros:

Bueno, normal. No, de hecho te diría que el estado nutricional por ejemplo es mejor que el de los chilenos, casi todos son eutróficos, son normales, en cambio los niños chilenos están cada día más gorditos [ríe]. (Infectología)

Patologías específicas de la población inmigrante

Respecto a las enfermedades, y como vimos en los antecedentes investigativos (Vásquez-De Kartzow, 2009), los médicos deben enfrentarse en su interacción con los pacientes HHI a patologías “específicas de esta población”, como escenario patológico que se distingue del escenario común chileno. La patología más evidente fue la anemia falciforme, enfermedad sanguínea hereditaria que según los médicos no existía en Chile y afecta principalmente a las personas de raza negra:

E: Y esa anemia falciforme es como de la...

M: La raza negra, sí.

E: ¿Y raza blanca, los blancos no tienen esa, imposible?

M: Por lo menos yo no he visto, no sé si es imposible pero es lo típico de la raza negra porque es una adaptación a una enfermedad que se llama malaria, una adaptación genética que la tienen ellos que nosotros no tenemos. (Hematología)

M: La talasemia, las anemias falciformes (...)

E: Ya, pero son patologías que...

M: Que en Chile no existen, o sea que no habían digamos y ahora con los inmigrantes hay. (Hematología)

Em, lo que nos ha pasado harto en trauma y que sí tiene que ver es que hay una enfermedad que en realidad es de hematología que es la anemia de células falciforme que filo es un tipo de anemia (...) pero esa patología es mucho más frecuente en pacientes de raza negra, de descendencia afro, africana.

(Traumatología)

Así, ciertas enfermedades tropicales u otras de tipo genético como la anemia falciforme se presentan para los médicos como nuevas enfermedades traídas de afuera. La novedad, la falta de costumbre y el menor conocimiento (quizás no teórico pero sí práctico) de estas enfermedades puede derivarse en situaciones muy complejas, donde los pacientes enfermos de estas patologías no son bien diagnosticados y por ende no reciben el tratamiento adecuado para su situación de salud.

Durante el terreno nos topamos en la Urgencia con un padre haitiano que acompañaba a su hijo (I.) de 5 años quien padecía de la anemia falciforme. Habían llegado junto a la madre del niño alrededor de las 3 de la mañana porque estaba con mucha fiebre. El doctor que lo estaba atendiendo había pedido el alta del niño quien al parecer en la madrugada se encontraba más estable. En la mañana hubo un cambio de turno, y el nuevo médico a cargo al ver que la fiebre persistía decidió no darle el alta y realizar distintos exámenes. La madre tuvo que abandonar el recinto porque no le dieron permiso en el trabajo para ausentarse. El niño no parecía mejorar, la fiebre no bajaba y convulsionó en un par de ocasiones por lo cual decidieron hospitalizarlo. Antes de poder hacerlo, el padre debía firmar un consentimiento en la oficina de la OIRS y durante esta tramitación el niño falleció de un paro cardiorrespiratorio. Debido a lo fulminante de esta muerte y los alegatos del padre acusando negligencia, se llevó a cabo una investigación médica para determinar las causas de esta inesperada muerte. Uno de los médicos entrevistados que participó en la revisión clínica, explicaba que en un principio se pensó que la causa de esta muerte era la anemia falciforme, la cual no había sido bien tratada –este niño asistía periódicamente a controles a propósito de esta enfermedad en el policlínico de hematología y de otras especialidades– trayendo como consecuencia una meningitis o una infección grave. Pero finalmente la autopsia no arrojó índices de alguna infección grave no tratada y así la causa definitiva de su muerte quedó sin una confirmación definitiva, y por ende se descartó negligencia o falta de atención de parte de la institución y los médicos. Solo buscamos mostrar que independiente de la verdadera causa de muerte de este niño haitiano, el hecho de presentar una enfermedad nueva para la realidad médica chilena dio paso a la duda por parte de los mismos médicos sobre el buen tratamiento y por ende la calidad de la práctica médica. Esto sirve como ejemplo y advertencia al equipo de salud acerca de la necesidad de conocer a

fondo esta enfermedad con el fin de evitar las dudas, los malos entendidos pero sobre todo cualquier mal tratamiento que podría culminar en una muerte evitable.

Distinto a lo que ocurre respecto a la tuberculosis (TBC), donde a pesar de su presencia en Chile, la llegada de los inmigrantes se presenta como una variante exógena de la enfermedad, al encontrar casos de TBC en pacientes extranjeros. Y debido a su carácter contagioso, la salud Pública debe velar por que no se propague convirtiendo a los pacientes inmigrantes en un “grupo de riesgo” (MINSAL). Resulta interesante que al preguntar por patologías específicas a la población inmigrante, la mayoría de los médicos se refirieron a la TBC, pero al ahondar en la pregunta, comenzaron a aclarar que no es una enfermedad propia de esta población, sino que se reparte mayoritariamente en pacientes nacionales, pero el hecho de ser inmigrante se convierte en una alerta temprana para detectar la enfermedad:

La tuberculosis es mucho más frecuente en Bolivia, en Perú y en nuestras áreas fronterizas, por ejemplo Arica es donde hay más niños con tuberculosis por la inmigración y porque hay más inmigrantes. Por citar algunos ejemplos.

(Reumatología-inmunología)

Pero nosotros en Chile tuvimos una cobertura tan buena y programas tan buenos que fuimos capaces de sacar la tuberculosis en gran medida, no completamente pero sí en gran medida. Pero ahora con la emergencia de enfermedades de inmunodeficiencia como el SIDA, como muchos tratamientos oncológicos que te bajan las defensas, y eso asociado a migrantes que traen el bichito a nuestra comunidad, han empezado a aparecer ciertos brotes de mayor tuberculosis.

(NANEAS)

La mayoría de los adultos que se ven en todo el país predominan lejos los chilenos, predominan los adultos mayores, o sea los mayores de 65, 70 años, ese es lejos la población que más tuberculosis tiene y son chilenos, y en segundo o tercer lugar vienen los que tienen VIH, el SIDA, y también los que tienen, los presos, la población reclusa, y los extranjeros están como en el cuarto, quinto lugar. Pero en niños nosotros tenemos harta tuberculosis en niños extranjeros. Pero es un globo

chiquitito dentro de la carga de tuberculosis del país (...) Ah y eso tiene que ver porque hay lugares donde se juntan entonces, lugares donde viven, por ejemplo yo sé que, la gente que ve medicina centro ahí hay mucha población peruana y viven bien hacinados entonces les llegan al San Borja Arriarán. Acá también llegó harto número de población de gente de Haití y de también de Perú y también nos llegan acá, llegan acá los niños digamos. (...) O sea, la tuberculosis en niños era muuuu baja, ahora a nosotros nos ha aumentado. Tú tienes que entender que cuando sale tuberculosis en un país, se habla desde la guagua de un mes, de diez meses hasta el que tiene 100 años, entonces los niños en general representan máximo un 2,2%, 3% de las tuberculosis de todas las edades así que son poquitos, pero dentro de ese poquito que estamos hablando, en los últimos dos o tres años ha habido un, no es la mayoría pero ha habido un incremento de tuberculosis de niños provenientes, extranjeros, peruanos sobre todo. Porque llevan más tiempo viviendo acá, o viniéndose a Chile.

E: Ya y eso, qué, eso es porque traen desde Perú o porque...

*M: ¡No! Porque vienen familias y como los niños se preocupan más consultan y los tratan. En cambio los adultos seguramente deben hacerse, yo pienso que se deben correr, hacer los lesos, porque la tuberculosis puede, uno puede aguantarse harto tiempo sin... claro (**Broncopulmonar**)*

En Chile habíamos bajado mucho la tasa de tuberculosis pero nos relajamos entonces dejamos de sospecharla incluso en los chilenos y nos hemos puesto a pensar que son ellos los que nos traen la tuberculosis siendo que nosotros todavía no la hemos controlado entre los nuestros pero a ellos los miramos con más, no te digo nosotros sino que la población, como que los indica a ellos como 'ellos son los que nos están trayendo la tuberculosis' por lo tanto se les pide más exámenes yo creo a ellos. Puede pasar un chileno tosiendo un mes y no le van a pedir baciloscopia, pero tienen un haitiano tosiendo dos semanas y le van a pedir al tiro baciloscopia, o a una peruana le van a pedir al tiro baciloscopia entonces probablemente vamos a saber más rápido por ellos. Pero yo creo que en estos momentos se reparte bastante parejo, en general la tuberculosis que traigan ellos de lo que tenemos nosotros acá,

yo creo que todavía incluso tenemos mucho más en Chile, más chilenos que inmigrantes como las causas de. (Infectología)

A partir de estas citas detectamos tres fenómenos: primero, que la TBC es una enfermedad presente en Chile que se propaga a toda la población independiente de su origen nacional pero que a pesar de esto, una primera impresión de los médicos es que es una enfermedad que atañe mayoritariamente a la población inmigrante. Segundo, que la TBC es una enfermedad contagiosa que ataca a personas con defensas bajas (como las con VIH, niños y ancianos), que serían “personas de riesgo”, y por ende, cabe preguntarse por qué los inmigrantes, como genérico, sin edad ni nacionalidad, también se constituyen como tales. Aquí volvemos a la discusión de las enfermedades como enfermedades sociales, que responden a precarias situaciones que en este caso han vivido los inmigrantes en sus países de origen, cuestión que generalmente explica la decisión de moverse (o la expulsión por la pobreza) y que en muchos casos se prolongan cuando llegan al país de destino, debido a que estructuralmente, en Chile y en el mundo, los países de inmigración perpetúan política, social y económicamente la precariedad de las poblaciones inmigrantes. Y estas condiciones globales de los inmigrantes son las que los estigmatizan incluso a nivel sanitario. Tercero, debido a todo lo anterior, al presentarse los inmigrantes como potenciales portadores de TBC, los médicos, antes que a los chilenos, se preocupan por la temprana detección de la enfermedad en esta población, poniendo sobre la mesa de la discusión y de los exámenes médicos, la posibilidad de esta enfermedad, y a la larga, detectándola antes en esta población que en la chilena, aumentando los números por un lado, e invisibilizándolos por el otro. Es de esperar que los médicos que advierten que los pacientes inmigrantes no son más portadores de TBC que los chilenos, y que tienen mayor información al respecto son un médico broncopulmonar y uno infectólogo, especialidades que tratan directamente esta enfermedad, versus otros médicos de otras especialidades que asumen, desde el sentido común, que la población inmigrante es una población “de riesgo” por ser más portadores de la enfermedad cuando en realidad no lo son. Estamos ante una racialización de la enfermedad. Llama la atención que si bien se asoma la idea de que los inmigrantes desarrollan la TBC en Chile, debido a las malas condiciones de vida que enfrentan en este país, en general se deja ver a los inmigrantes como portadores innatos de

tal enfermedad, como agentes contaminantes y no contaminados por la precariedad.

En ningún momento se hizo alusión a las enfermedades que estos pacientes pudiesen haber desarrollado acá, que no conocían en sus países. Como si llegaran enfermos en vez de reconocer el hecho de que muchas veces es acá donde se enferman, debido a condiciones sociales (como el hacinamiento, la falta de higiene que conlleva, etc.) y “climáticas (vulnerabilidad a enfermedades respiratorias frente a las bajas temperaturas” (Rojas, Amode, y Vásquez, 2015: 225). Muchas veces las causas de las enfermedades de los inmigrantes suelen ser comprendidas por los médicos y la población en general como causas culturales, debido a costumbres y modos de vida de “poblaciones” específicas, invisibilizando las verdaderas causas sociales (acceso a viviendas dignas, acceso a la salud, etc.) (Naudé, en: Fassin, 2000), remitiéndonos a la facilidad de caer en un racismo culturalista en el ámbito sanitario.

3. Interacciones entre médicos, pacientes HHI y mujeres inmigrantes acompañantes

Primero dirigimos el análisis de las entrevistas realizadas a médicos y acompañantes de HHI pacientes del HEGC hacia la caracterización de éstos últimos desde la comprensión de su condición de inmigrantes o *hijos-de*. Luego nos centramos en el escenario que da lugar a las interacciones entre médicos, pacientes HHI y sus acompañantes desde la inserción y puntos de vista de estas últimas, y de los médicos sobre las condiciones de salud de los pacientes HHI. A continuación se analizó a modo general la relación médico-paciente que se da en el hospital para luego adentrarnos en las interacciones entre médicos, pacientes HHI y sus acompañantes que hemos observado y sobre las cuales los actores han dado sus puntos de vista.

3.1 Relación médico-paciente

Esta dimensión se extrajo desde los discursos mismos de los/as entrevistados y tiene que ver con la comprensión de las características y los cambios que ha tenido esta relación histórica. Pero antes de describir y analizar la relación médico-paciente, situamos a ambos actores dentro del contexto general que da lugar a su actuar: el paciente como beneficiario del servicio de salud pública en Chile y el médico como parte de un equipo de salud.

Los pacientes y acompañantes del servicio público

En las entrevistas a los/as médicos, se les preguntó si además de trabajar en el servicio público en Chile habían trabajado o trabajaban en el sistema de salud privado, y dónde les acomodaba más trabajar. Aquellos que sí lo habían hecho o lo hacían en general decían preferir trabajar en el servicio público, sobre todo por la actitud del paciente que acude a éste en comparación a la del paciente que se atiende en el privado, a pesar de los mayores beneficios económicos que este sector les entregaba:

Alguna vez trabajé en un hospital privado y sí, me acomoda claramente trabajar más en el sector público.

E: ¿Por qué?

H: Porque uno siente tener más libertades respecto de decisión, respecto de explicación a la gente. Era en un servicio de Urgencias específicamente, el consultante es más demandante y siente que por estar pagando puede exigir cosas que en realidad no son exigibles en un servicio de Urgencias. En ese sentido siento que nuestro cliente entre comillas es más ubicado que el otro [ríe]. (Nutriología)

Afuera yo sentía que permanentemente, permanentemente estaban cuestionado esto de que 'el doctor me está pidiendo más exámenes y me está citando a más controles porque quiere hacer el negocio' que es una cuestión que aquí no se da porque aquí tú vas viendo a tus enfermos que están citados independiente de qué tipo de previsión tiene o de otra cosa. (Inmunología-reumatología)

Habló que en el servicio público la gente era más sumisa, tenían menos educación y por ende exigían menos. En cambio en el servicio privado la mayoría eran profesionales, no todos, pero la mayoría eran profesionales y eran más exigentes y más críticos y se conformaban menos y por ende también eran más falta respeto, en cambio acá eran más sumisos. Aunque igual había una porción que era minoritaria en el hospital que si se notaba que tenían mucha educación y que eran más exigentes o más informados, que estaban con el google, 'oye, averigüé, decía esto, qué me puede decir de esto', más preguntones, pero que era minoritario. (08 de enero 2016, entrevista F, pediatría)

El paciente del servicio privado es considerado entonces más demandante, exigente y desconfiado. Según los médicos, esto se da por dos razones: por el hecho de que la consulta privada tiene mayores costos económicos (decimos mayores, porque los inscritos en FONASA grupo C y D no tienen acceso gratuito a la salud) dándole un estatus de “cliente” al usuario, lo cual les hace pensar que tienen el derecho de exigir mayor información y mejoras en el servicio al mismo tiempo que el derecho a la duda frente a una posible práctica lucrativa del médico. Y porque quienes acuden al privado tienen no solo más capitales económicos sino que en general más capitales culturales que los hace estar más informados lo cual les permite poner en duda la labor médica. En cambio el paciente que acude al servicio público, normalmente con menos recursos económicos, es en general (por lo mismo según los médicos) más sumiso, más aceptador. Por ejemplo respecto a las incomodidades de las sillas en Hospitalizados, una entrevistada comenta:

No le puedo pedir más al sector público (C., Colombia)

Así, pareciera que el paciente no se siente en el derecho de exigir mejoras al servicio público por su propia situación socio-económica (¿y en este caso nacional?). La salud muchas veces es vista como un “favor” y no como un derecho social que debe ser garantizado desde la calidad y el acceso para todos quienes lo soliciten, desde el derecho a la vida y el deber del Estado a garantizarlo. Además, el paciente del público es considerado más cariñoso, afectivo, generoso y agradecido que el paciente del privado:

El contacto con la gente es distinto, la gente es mucho más cariñosa acá que en la atención privada, siempre te llegan con algún regalito, siempre están, te traen de todo, palta, lo que sea, fruta, alguna cosita para la pascua, para..., siempre, siempre te llega. (F, dermatología)

Pareciera que el paciente privado salda la deuda con el médico (por el servicio entregado) con el dinero que gasta en la atención, mientras que el paciente público, al ser en parte financiado por el Estado (y por ende por la sociedad de la que forma parte), pudiese sentirse en deuda, la cual busca pagar por medios personales y externos al sistema.

El médico en el equipo de salud

Si bien nos parecían interesantes todas las dimensiones de las interacciones entre los pacientes HHI y las mujeres que los acompañan según los distintos tipos de funcionarios (roles) con que se topan e interactúan al interior del hospital; tanto los del equipo no-médico (OIRS, asistente social, guardias de seguridad, etc.) como los del médico, nos enfocamos en este último ya que son la razón por la cual las mujeres entrevistadas asisten al recinto. La decisión de estudiar en mayor profundidad las interacciones entre las mujeres inmigrante que acompañan a los pacientes HHI al HEGC y los médicos, y no las enfermeras o técnicos fue tomada en base a criterios teóricos y prácticos.

Dentro del equipo de salud del HEGC que actúa sobre los pacientes, encontramos distintos actores con distintos roles y conocimientos que se relacionan desde diferentes ámbitos y lugares con los pacientes y los acompañantes: entre los más numerosos encontramos a los médicos (y los becados; médicos que se están formando como especialistas), las enfermeras y los TENS (Técnicos en Enfermería de Nivel Superior) con sus respectivos estudiantes en práctica. Estas ocupaciones están ordenadas de manera decreciente según la posición que ocupan en jerarquía social, económica y organizacional en Chile y el HEGC.

En general, el rol médico fue muy bien evaluado por las entrevistadas, no habiendo mayores críticas a su quehacer:

No, aquí es bueno, bueno, no tengo nada que decir, con los doctores yo no tengo nada que decir, un siete, se han portado súper bien conmigo, con mi niña, no nada que decir, y preocupados de ella, sí, yo no tengo nada que decir de eso. Siempre la controlan, es más, yo vengo a la semana, vengo unos dos, tres hasta cuatro días puedo venir a la semana. (C., Perú)

Si bien podemos pensar que el conocimiento de las enfermeras o técnicos, y su puesta en práctica, es igualmente o a veces más importante y determinante para la salud del paciente que el del médico, no es reconocido como tal socialmente. Así, el sentido común asocia el saber médico a los médicos, y relega la función del resto del equipo de salud a un segundo plano, ejerciéndose una violencia simbólica a favor de los médicos por sobre todo el resto de los funcionarios del hospital y de los que ahí se atienden:

Lo que sí creo que vale la pena mencionar es, a veces personal no médico, las auxiliares, en donde ellos tienen una relación distinta con el paciente, en la cual existe un poco más de tensión, en todo paciente, porque el técnico paramédico cumple una función fundamental, pero que el familiar a veces no valora tanto entonces ahí se pueden generar una horizontalidad que permite la confrontación.

(NANEAS)

Pero esta violencia percibida por los mismos médicos refiere a una posición de poder respecto al saber, al saber de los médicos por sobre el resto del equipo de salud. Pero respecto a la cercanía y el vínculo con los pacientes no opera la misma lógica de poder, ya que generalmente el médico es considerado por las acompañantes como el actor más lejano en cuanto al tipo de interacciones. Así, el rol de la enfermera es muchas veces más valorado o considerado que el del médico por su mayor cercanía (a menor jerarquía social, mayor cercanía con el paciente) con el acompañante, quien se relaciona antes con la enfermera que con el médico, sobre todo en el policlínico, y a través de diversos medios, menos formales que con los médicos:

Bueno en el poli de nefro con la enfermera siempre como un poco más de comunicación porque con ella venimos directamente para ahí algunas veces cuando uno quiere consultar con la doctora, con ella, con la enfermera siempre consultamos. Cualquier cosa, medicamentos, o si están presentando alguna cosa, siempre preguntarle alguna duda a ella, 'tiene esto, qué hago', o si es normal o si eso va a pasar, pero observándolo, siempre... y cuando hay algo más complicado, ella coordina con la doctora, y cualquier cosa me llama. (S., Perú)

Bueno en el poli pues sí con el médico, o sea con el médico y allá hay una enfermera, en el poli, entonces con ella también tenemos mucho contacto porque por ejemplo cuando le colocaban las inyecciones ella era la que les colocaba las inyecciones y todo eso. Entonces, como más de todo con el neurólogo y la enfermera, es como con la que más, o hay veces que necesito medicamentos, o recetas o cosas así, yo le escribo a ella y ella me ayuda. (C., Colombia)

Asimismo, en general en Hospitalizados se reconoce el rol del auxiliar o TENS como el

más presente:

En hospitalizados, em, o sea siempre era con la auxiliar, con la técnica. Sí porque era como la que más pasaba ahí. (...) O sea ella es como el canal ahí de comunicación, entonces yo le digo 'ah mira es que necesito esto, pasa esto', entonces ellas llamaban y hablaban con la enfermera y ya, la enfermera mira si necesita llamar a la doctora de turno, así pero era más que todo como con la técnico porque las otras se mantenían muy ocupadas o a no ser de que en un momento de la ronda, la doctora, de los médicos donde yo hablara y yo le dijera pues que necesitaba a la doctora. (C., Colombia)

Vemos entonces que si bien socialmente el rol y el saber del médico es el más reconocido de entre los profesionales de la salud, en la práctica, en la experiencia hospitalaria, las entrevistadas reconocen el rol de enfermeras/os y TENS debido a su presencia más constante y por lo mismo a la mayor cercanía, comunicación con éstos/as.

Hay médicos que reconocen esta distancia, la cual se vuelve más evidente al comparar la relación pediatra-niño/a en Chile y la que se da en otros países, como los de emigración:

Yo le cuento por ejemplo que en Ecuador que es donde yo he estado muchas veces de visita por razones médicas la relación médico-paciente es absolutamente diferente. En el caso de los pediatras, el pediatra es su médico de cabecera y está disponible 24 horas 365 días al año y pasa a ser un integrante de la familia invitado al cumpleaños del niño y realmente es otro tipo de relación. Y uno lo ve y lo siente en los médicos extranjeros que a lo mejor tienen menos conocimiento en alguna especialidad pero en esto de la relación y del ser afectuoso y del escuchar al papá o al enfermo yo creo que tienen claras ventajas respecto a nosotros. (Inmunología-reumatología)

Esta cercanía, o relación médico-paciente familiar que puede darse en otros contextos nacionales distintos al chileno, no puede ser entendida unilinealmente, es decir, desde una visión de los médicos chilenos como más distantes y fríos, sino que debe ser puesta en contexto y analizada en base a lo que constituye una relación entre dos actores; su dualidad

(simplificadamente entendida) y por ende interdependencia. Hay médicos que advierten que en Chile el paciente se considera y es considerado a sí mismo como un cliente. Esta idea del paciente como cliente que hace sus trámites médicos sin involucrar en ningún momento al médico, sino que mediado por FONASA, ISAPRE y la organización que formaliza previamente esta relación, da lugar también a que las exigencias hacia el médico se hagan por fuera de esta relación personal, y nuevamente se recurra a terceros (sea personas u otras fuentes de conocimiento médico) expandiendo esta relación y por ende deteriorando su intimidad:

Pero a la gente le encanta así como que no porque como se perdió la confianza, se perdió la relación médico-paciente, en muchos aspectos se ha ido deteriorando, predomina en mucha gente la desconfianza entonces creen que con un examen así como que otra cosa...

E: Claro como que algo externo...

M: Y eso es una soberana estupidez, o sea los exámenes más bien aumentan la incertidumbre. (Broncopulmonar)

Pero al parecer en lo relativo a la relación médico-paciente niño, el deterioro es menor debido a una mayor duración de las consultas que permitiría reforzar los lazos entre los actores:

Lo que pasa es que en niños todavía se mantiene la relación médico-paciente no tan deteriorada, o sea, hay deterioro pero es poco. Pero por ejemplo acá en Bronco yo no hago casi ningún examen porque tengo, estoy, 20 o 30 minutos con la mamá, me dan 15 o 20 pero depende si es nuevo o control. Pero son más largas las consultas entonces se establece una buena relación. (Broncopulmonar)

Los medios de comunicación en el hospital

En el contexto de una relación médico-paciente distante, lejana, acordaba mediante una institución impersonal y burocrática, la desconfianza en el médico y en el sistema de salud en general abre paso a los medios de comunicación como un agente externo mediador, como una instancia justiciera para los pacientes o acompañantes frente al aparataje de salud. Vimos que muchas veces frente a supuestas malas prácticas médicas o desacuerdos

entre los actores, los pacientes, en posición de desventaja frente a la autoridad médica institucionalizada dominante en el escenario de sus acciones recíprocas, recurre a la amenaza de los medios para hacerse escuchar y exigir respuestas:

Son los cirujanos plásticos, porque la vieja dice ‘ah, si no me gustó la nariz, voy a Chilevisión y te hago la embarrá’ **(Broncopulmonar)**

Una acompañante entrevistada relataba su experiencia en Hospitalizados, donde según ella los médicos mantenían a su hija retenida sin motivos, ya que no estaba recibiendo ningún tratamiento, solo estaba en “observación” por lo que ella apelaba cuidarla en su casa y llevarla periódicamente al hospital a controlarse. Ante la negación del equipo de salud y la insistencia de la mujer tuvo ésta que enfrentarse a un guardia de seguridad del hospital al que declaró:

Ahora, yo me la puedo llevar bajo mi responsabilidad, así que nadie me puede decir a mí que no la puedo sacar, porque yo la puedo sacar, y si no le gusta me llevan detenida no más, y si no, voy a tener que llamar a la prensa, porque cuando está la prensa ahí es la única manera que dan explicación a uno **(C., Perú)**

El caso más concreto al respecto tiene que ver nuevamente con el caso del paciente haitiano (I.) que murió en la Urgencia. Luego de su repentina muerte, el padre acompañante acusó con demandar al hospital por negligencia. Según el relato de una funcionaria del hospital ese mismo día los padres llamaron a la prensa:

Vino la tele, vino Chilevisión, los padres llamaron porque decían que llamando a la prensa era la única forma de que se hiciera justicia, de que en el hospital dieran la cara. Pero como ellos no estaban, se habían ido, entonces no pudieron grabar porque no pillaron a los papás **(23 de diciembre, conversación con asistente social)**

Si bien la prensa no pudo cubrir el hecho, la misma funcionaria contó que durante el tiempo que el cuerpo se mantuvo retenido en el hospital para realizar la autopsia y la revisión médica correspondiente al caso, los padres sacaron constantemente fotos al

cuerpo, cuestión que la chocó profundamente. Según ella esto no tenía nada que ver con algún tipo de costumbre funeraria de los haitianos sino que era porque amigos les habían aconsejado de sacar muchas fotos como pruebas de la situación y como demostración de que a su hijo lo habían matado. Así, el uso sensacionalista que hacen los medios, sobre todo televisivos, de las negligencias médicas sirve como sustento a los pacientes pobres, invisibles, incapaces de costear abogados privados no-estatales para denunciar al Estado. Cuestión que se contradice en este caso con el trato de los mismos medios para con los inmigrantes en Chile a quienes se les criminaliza, se les acusa responsabilidad del mal funcionamiento del sistema público, etc. (Galdámez, Lages de Oliveira, 2016).

3.2 Interacciones médico-acompañante inmigrante

A partir de lo recién analizado, nos situamos en un contexto chileno donde la relación médico-paciente es entendida por los médicos del HEGC como una relación que con el tiempo se ha ido deteriorando –distanciando a los actores– debido a la mediación institucional. Además, en comparación con la cultura sanitaria de otros países, la relación médico-paciente es más bien funcional y se agota en la práctica médica, sin traspasar más allá de los límites de la consulta. En ese sentido, indagar en las interacciones médico-paciente HHI, o en este caso específicamente, la relación médico-acompañante, como ya veníamos explicando, remite a interacciones por así decirlo “superficiales” en el sentido de que se desarrollan en torno a una práctica concreta, la búsqueda-entrega de salud. Pero esta “superficialidad” en las interacciones no le quita en ningún caso peso a este estudio, al contrario, ya que nos remite a interacciones de orden cotidiano, de *primer orden* (Le Breton, 2002), en donde actores portadores de diferentes habitus se enfrentan desde distintas posiciones de poder y desde sus etiquetas o estigmas más evidentes. Y el hecho de esta poca cercanía entre los actores nos permite conocer más a fondo los puntos de vista a priori de los unos sobre los otros, y cómo se relacionan e interactúan a pesar de sus individualidades, sino que como colectividades comprendidas desde su profesión en el caso de los médicos, y desde su nacionalidad, o más bien su no nacionalidad en el caso de los inmigrantes.

Vínculo con extranjeros/as

Para comenzar hay que señalar que de manera emergente surgieron a la luz ciertos vínculos

que los médicos entrevistados tenían con la población migrante. Hay quienes desde sus propias especialidades se dedicaban a estudiar patologías que vienen desde el exterior, lo que se llama “medicina del viajero”, rama médica presente en ciertos establecimientos de salud privada, que permitía al médico a tener mayores conocimientos sobre las posibles patologías que pudieran tener los inmigrantes:

Yo en lo personal además hago medicina del viajero entonces probablemente mi conocimiento de patologías en sus países puede ser un poquito mejor porque me dedico a eso también. (Infectología)

También están quienes de manera voluntaria trabajaban con y para personas extranjeras tanto a nivel nacional, como acudiendo a países de emigración como lo es Haití:

Bueno yo por lo demás he trabajado también con migrantes porque participo en una fundación que somos aliados con Servicio Jesuita Migrante, ex Ciudadano Global. Y me ha tocado revisar casos de ellos, el tema de la, de personas que son, están, no quiero decir ilegales porque ahora [Interrumpe una auxiliar], bueno filo, ese es otro tema. (NANEAS)

Yo he sido voluntaria en Haití, llevo tres años yendo así que los conozco perfectamente (...)

E: Ya, ¿y por qué va para allá?

M: Vamos, de voluntarios con mi marido.

E: Ah qué buena, ¿Cómo médicos?

M: Sí, sí, bueno él no es médico, es veterinario iba a ir a un proyecto, miles de cosas, pero, me ayuda a mí [ríe], sí, me ayuda por ejemplo a desvestir los cabros, a vestirlos, ordenarlos, pasar los remedios, él es veterinario entonces sabe, ‘23 ml’, él sabe las dosis. (Bbroncopulmonar)

Así, podemos ver que ciertos médicos tenían intereses profesionales o personales para con esta población independientemente de sus trabajos formales.

Presentación de los actores: el saludo

Resulta interesante detenerse en cómo los médicos percibían y describían a las mujeres que acompañaban a los HHI según la interacción más temprana: el saludo. Al respecto, hay que mencionar que todos los médicos advirtieron que la forma de saludar a los pacientes se daba siempre de manera “*tradicional*”, “*formal*” o “*estándar*”, es decir, un saludo de manos (a veces sin las manos) y la presentación del médico. Pero a pesar de esta distancia en el saludar(se), este acto que podría parecer muy simple, más aun entre desconocidos, dice mucho de/para las personas, lo que permitió encontrar toda una caracterización de los médicos acerca de las mujeres inmigrantes que acompañan a los niños/as pacientes según sus nacionalidades.

Antes de indagar en esta clasificación por nacionalidades, cabe mencionar que se parte de la base de que los extranjeros son muy educados, más que los chilenos quienes muchas veces se presentan desde la arrogancia, cuestión que como advirtieron los mismos médicos, podría explicarse como parte de un habitus del ser inmigrante en tanto que *otro*:

Sí, sin lugar a dudas que los otros pueblos latinoamericanos que son los que tenemos más cerca son muy educados en ese sentido, son muy cordiales, prestan mucha atención. (Inmunología-reumatología)

Son más respetuosos digamos los inmigrantes, los peruanos y los bolivianos sí. (Hematología)

No, en verdad no, como que, o sea son como más piola igual, como que por ejemplo, es que yo no saludo a ninguno de mis pacientes de beso en verdad, ninguno me da la mano tampoco, es como ‘hola, pase’. Pero como que son más piola. El chileno como que reclama, si te demoraste en atender deja la caga’, y llega choriao, como que te mira feo, como que ellos son como muy como ‘sí, doctora’, como igual un poco, no sé si más sumiso pero como más..., como que el chileno es mucho más parao, te echan la foca, te mandan a la chucha. Y como que a mí nunca me ha pasado que un extranjero me diga como ‘ah ya po, hasta qué hora, que me tengo que ir’, como que son más piola. (Traumatología)

Partiendo de esa base general y adentrándonos ahora en la caracterización a partir del saludo o *presentación de primer orden* diferenciada por nacionalidad, se observó que ésta se hace aludiendo a tres nacionalidades particulares: haitianos, peruanos y colombianos – ordenadas cuantitativamente según sus menciones–. Respecto a la presentación de los/as haitianos, se les distingue según su género, donde las mujeres se presentan como tímidas, calladas, con una actitud más pasiva que la de los hombres haitianos. Tanto peruanos como colombianos se distinguen por su amabilidad, pero los segundos se diferencian de los primeros por ser más “*de piel*” lo que podría referirse a una mayor expresividad y cercanía corporal, mientras que los peruanos se muestran inicialmente de manera más tímida, insegura y cautelosa:

Los haitianos son muchos cuidadosos por ejemplo, la colombiana es mucho más de piel, entonces, pero yo soy bastante estándar, yo saludo siempre de la mano, le doy la bienvenida, me presento, como que, y eso también tiene que ver un poco con la, con la, con ser ecuánime o ser justo en el trato. (NANEAS)

A ver, yo diría que los peruanos son especialmente amables para saludar y, son muy afables en general, los colombianos también, de los poquísimos haitianos que me ha tocado ver en general las mujeres son más retraídas, son un poco más tímidas, yo creo que también es por la barrera idiomática (Nutriología)

Si po, eso te digo yo, los haitianos son bastante, porque hay mucho retraso mental y los hombres son bien amables, son cordiales, son, sobre todo con las mujeres son como más cancheros, así como, las mujeres no dicen casi nada, incluso muy tímidas, incluso una no hablaba nada, nada, nada (...) Y las peruanas se presentan como muy amables y como así como que de personas que tú ves que han sido muy humillados. (Broncopulmonar)

Yo veo la actitud de la gente [refiriéndose a los peruanos] viene así, viene como ‘por favor’, es otra la actitud (...) ellos vienen así como con mucha timidez y con temor a ser rechazado así que tiene que haber tenido malas experiencias en todos lados porque cómo vas a llegar así, así tan así como... (Broncopulmonar)

En general la gente es muy educada, sobre todo los peruanos, hablan muy bien, son muy respetuosos. Yo diría que en los haitianos me cuesta el idioma, yo diría que es lo único que no, hay una barrera que complica un poco la atención médico-paciente, pero yo diría que otras significativas no. (Dermatología)

Vemos nuevamente que los médicos al referirse a los inmigrantes como un genérico, aludían principalmente a los inmigrantes peruanos y haitianos. Resalta la imagen de la colombiana como más “*de piel*”, ¿es decir más cercana, mas “atrevida”?, idea que no se condijo con la realidad de las observaciones del terreno ni con la actitud de las entrevistadas colombianas. Por otro lado, y nuevamente contradiciendo las observaciones del terreno y las conversaciones con las entrevistadas peruanas, se rescató la idea de estas acompañantes como tímidas por haber sido humilladas y cautelosas ante la posibilidad del rechazo y la discriminación. Si bien no negamos esta posibilidad, respecto a todos los inmigrantes, nuestra experiencia dio cuenta de que los peruanos, al llevar en general más tiempo en Chile han adoptado una actitud de reacción frente a la discriminación, volviéndolos más reactivos o confrontacionales, como lo relata una entrevistada respecto a malas experiencias laborales, y no más tímidos y sumisos:

Sí, entonces era, sí, entonces por mí como yo recién llegaba y me adaptaba como a este país fue chocante, entonces yo no era de un carácter como reclamar, yo no quería más trabajar allá, ya no me sentía cómoda allá. Mejor prefería salirme porque no me sentía cómoda, a parte que, como le digo, recién era que estaba viniendo de mi país, estaba recién adaptándome, en cambio ahora sí, yo, yo cambié mi carácter era muy, muy sensible... De repente, todo lo que me pasó me hizo un poco más dura.

E: Ya, ahora no aguanta...

M: No, ahora incluso casi como que me peleo, discuto [ríe]. (S., Perú)

U otra entrevistada que explicaba que no tenía problemas de reclamar en caso de ser necesario, o que no aceptaba ser discriminada:

Entonces por eso que yo a hospital que voy yo he dejado la escoba porque yo sé que tengo la razón. Si yo sé que estoy errada pido disculpas pero sé que no lo estoy. (C., Perú)

Si yo también me puse a reclamar la otra vez cuando me hice la ecografía de ella, porque supuestamente, aquí también uno paga. (C., Perú)

E: Ah y una cosa, ¿usted nunca se ha sentido discriminada en Chile en general, así por no ser chilena?

M: No, no.

E: Ya, ¿nunca ha tenido problemas en ese sentido?

M: ¡Ay, pobre él que lo tenga! (C., Perú)

Finalmente respecto a los haitianos llamó la atención la alusión, por parte de un médico, a un “retraso mental” de esa población, cuestión que profundizaremos más adelante pero que al parecer, desde el punto de vista de un médico, referiría específicamente a la mujer haitiana descrita como “*que no dice nada*”, “*muy tímida*”, que no “*habla nada, nada, nada*” y no al hombre visto como “*amable*”, “*cordial*”, “*canchero*”. Así nos preguntamos si es que este retraso mental al que se refería el médico tiene que ver con una cuestión realmente física/cognitiva, o con una diferenciación cultural y social de género, que desde la mirada biomédica se explica por un subdesarrollo cognitivo.

Problemas de comunicación

Las interacciones médico-acompañante inmigrante están fuertemente marcadas y limitadas por los problemas de comunicación. Para todos los médicos este problema era evidente con las acompañantes haitianas, y la barrera idiomática que existe frente a las que no hablan castellano. En primer lugar cabe mencionar que en Haití existen dos idiomas oficiales, el francés y el creole. El segundo está muy relacionado con el francés normando pero con una gramática muy distinta, pues algunas estructuras y muchas palabras proceden de lenguas del África Occidental como el wolof y gbe, además del inglés y el español. Leyburn (1946) explica detalladamente la historia y orígenes de este idioma creole o criollo. Se reconocen dos dialectos, el fablas y el plateau. A pesar de que el francés y el creole no sean inteligibles entre sí, y ambos sean los idiomas oficiales de Haití, encontramos que los

médicos del HEGC subordinaban el creole al francés, posicionándolo en una escala inferior:

El problema que hemos tenido con algunos haitianos es con el idioma, que muchos no hablan castellano y nosotros no hablamos el idioma de ellos, porque tampoco hablan francés, hablan creole. (Hematología)

Porque cuesta mucho porque el creole es un francés mal hablado (Broncopulmonar)

Siguiendo a Bourdieu (1985) vemos cómo se lleva a cabo una jerarquización de las lenguas y por tanto de las culturas (francesa y haitiana) en desmedro de una sobre otra. Pero esta subvaloración de la lengua criolla no es nueva ni comienza en Chile, sino que se remite a la propia historia de Haití, como menciona Leyburn (1946) donde “debido a que ha sido el habla de la plebe, no se la ha considerado un fenómeno digno de atención” y “la mayoría de la gente se ha limitado a considerarlo como una degradación del francés, de un francés pobre, desde luego” (p. 346). Pero al igual que se pregunta el autor nos preguntamos nosotros “¿pero no fueron también, acaso, el italiano y el francés corrupciones del latín debidas a su uso por el vulgo, y el inglés aún más que una corrupción y un barutillo?” (ibíd.). De aquí resulta importante abrir paso a la discusión sobre la jerarquización y racialización de las lenguas.

También existían diferencias y problemas comunicacionales entre los médicos y las acompañantes de otras nacionalidades que no compartían los mismos modismos, tiempos y formas de habla que los chilenos:

Y con los peruanos y bolivianos me ha tocado pero es más como que no sé, no sé si hablamos muy mal nosotros, como que las palabras que usamos son diferentes a las que ellos están acostumbrados usar pero como que me cuesta que me entiendan. Sí, como que es muy loco, porque tú deci ‘sí le estoy hablando en castellano y él también habla castellano’ pero como que no, como que te quedan mirando así como ‘me habrá entendido lo que le dije’, y a veces, muchas veces no te entienden. (Traumatología)

Con algunos extranjeros latinoamericanos, colombianos de repente los modismos son distintos, pero de repente uno en la conversa se da cuenta de que determinando concepto, determinada palabra digamos, está generando conceptos diferentes en la otra persona y ahí uno trata de aclarar eso. (Nutriología)

Pero a veces las barreras idiomáticas o las diferencias lingüísticas se confundían con la situación misma en que se daban estas interacciones, donde los acompañantes se veían enfrentados a diversas emociones que acompañaban al hecho de tener un hijo/a un familiar enfermo o en situación de salud grave:

En particular, bueno, lo que me toca ver en paciente crítico en la UCI es bien complejo porque son pacientes graves entonces los papás están muertos de miedo, tienen, están en otro país, a veces la barrera idiomática, como que están bloqueados (NANEAS)

Y nos pasó otro paciente que una vez llegó convulsionando y le preguntaron, esos papás tenían mejor nivel educacional que eran haitianos también, ‘está, su hijo ha tenido convulsiones antes’, ‘sí, sí ha tenido’, y nunca había tenido, lo que hace, y además por los nervios, entonces el idioma y tratan de responder como rápido pa que la cosa fluya. (Infectología)

En cuanto a las mujeres entrevistadas, la mayoría advirtió no haber tenido mayores problemas para comunicarse con el personal de salud. Aquí hay que detenerse en el propio proceso de selección de las entrevistadas, en el valor del lenguaje y la comunicación misma en la producción de una entrevistas, y más específicamente en las posibilidades o capacidades lingüísticas de la propia investigadora. Esto porque claramente si no hablo creole, no pude entrevistar a acompañantes que solo hablaran este idioma (de las muchas acompañantes haitianas que me topé durante el terreno, solo pude entrevistar a una, porque hablaba castellano), y tampoco contaba con los recursos para ser asistida por un traductor. En ese sentido, no llama la atención que las entrevistadas, que no tuvieron problemas para comunicarse conmigo y viceversa, no hayan tenido mayores problemas de comunicación con el resto de los chilenos insertos en el hospital. De aquí resalta la necesidad de una mayor preparación para tratar con pacientes o acompañantes de otras nacionalidades –de

conocimiento de la historia, la cultura y la lengua de otros países—. Aun así algunas acompañantes advirtieron ciertas dificultades en la interacción con los médicos debido a diferencias comunicacionales donde no son comprendidas del todo por los médicos:

De pronto hay palabras que como que yo digo y ellos que ‘qué’, como que no entienden, yo más fácil los entiendo, bueno porque mi esposo es chileno entonces yo ya como que tengo ya muy educado el oído, pero hay veces como que no me entienden alguna palabra, o yo lo digo de una forma, o sea o cosas como la mamadera por ejemplo, y nosotros decimos tetera, así, entonces [ríe], yo le digo la ‘tetera’ y ‘¿qué?’. (C., Colombia)

Incluso hay que señalar que la única acompañante no madre de la muestra, sino que abuela del lactante enfermo, explicaba que era ella quien llevaba a su nieta a la atención de salud porque su hija y madre de la guagua, ambas ecuatorianas, tenía mayores dificultades para comprender a los médicos y por ende comprender lo que le sucedía a su hija:

Yo vine primero de, yo vivo en San Bernardo, vine a dejar a mi hija y estoy aquí para que me hagan atender porque la verdad ella me explica y no me sabe explicar bien, no se da a entender la cosa. Yo le pregunto y me dice ‘mami, no sé qué me dijeron’.

E: ¿Ya, por problema de comunicación?

M: Sí. (S., Ecuador)

Claramente “la comunicación entre clases (o, en las sociedades coloniales o semicolonias, entre etnias) representa siempre una situación crítica para la lengua utilizada, cualquiera que esta sea” (Bourdieu, 1985: 15).

Reacciones y soluciones frente a los problemas de comunicación en la interacción

La comunicación es una de las bases de toda interacción. Cuando no se puede contar con la comunicación lingüística, hay que apelar a otro tipo de formas de comunicarse o resolver las barreras idiomáticas de la oralidad acudiendo a distintos mecanismos comunicativos. Esto es lo que hacían tanto pacientes como médicos para lograr concretar sus interacciones que tenían como fin último el bienestar de los pacientes niños/as enfermos.

Como mencionábamos, el caso más problemático era el de las acompañantes haitianas que no hablaban el castellano, quienes muchas veces venían acompañadas de familiares, amigos, vecinos o llamaban durante las consultas a estas personas que hablaban el castellano para que sirvieran como puente, como traductores entre los médicos y la acompañante:

Tratamos de comunicarnos [ríe], a veces con el celular llaman a alguien o vienen con algún familiar que sí habla castellano y así nos comunicamos. (Hematología)

Hubo uno que tuvimos que dejarle las indicaciones por escrito a la mamá, también haitiana que hubo que dejarle las indicaciones para que el familiar que no venía esa vez con ella entendiera las indicaciones que tuviera que darle. (Hematología)

Recuerdo una específicamente, una mamá que no, que no hablaba nada de castellano y que venía con una vecina [ríe], que no hablaba creole pero que se entendía con ella y que me servía de intérprete para poder comunicarme con la mamá [ríe], y con la angustia de no saber nada, no tener lenguaje común para poder conversar. (Nutriología)

Esta última cita resulta bastante interesante, al proponer una comunicación oral por fuera de un idioma común, donde la mujer haitiana que no hablaba español era acompañada por una vecina que no hablaba creole pero aun así se entendían, lo que da cuenta de la importancia de otros factores, a parte del idioma, en la comunicación.

Si bien en la mayoría de los casos la solución frente a los problemas de comunicación entre médicos y acompañantes recae en la acompañante, quien busca ayuda de terceros, los médicos también adoptan nuevas tácticas o hacen uso de conocimientos específicos para lograr la comunicación y así una interacción comprensible. Por ejemplo, hay médicos que lograban comunicarse con las acompañantes haitianas por su conocimiento en el idioma francés, uno de los dos idiomas oficiales de Haití:

Entonces a mí me, como que, en el saber francés me ha ayudado harto porque yo les hablo en francés y ellos me entienden, y me contestan, ellos en el fondo como el creole es como súper parecido, como que se deriva del francés, ellos saben cómo

hablar algunas cosas en francés, pero si lo entienden mucho. Entonces eso a mí me ha servido harto porque varias veces me ha tocado que mis compañeros reciben un paciente haitiano y no se pueden comunicar con ellos y yo voy como a traducir. También la otra vez me tocó en Urgencia que llegó un haitiano y no hablaba nada de español y un pediatra me pidió que yo fuera a hablar con ellos porque no entendía, como que necesitaba saber más datos de la historia y no le podían contar. A mí por lo menos, el francés me ha ayudado. (Traumatología)

El mayor problema que ella ve con los inmigrantes es con los haitianos por el tema del idioma, que a veces es imposible comunicarse y por ende llaman a una enfermera que parece que estuvo en Haití, decía ella, y que se comunica con el francés y que con ella salvan un poco pero que hay algunos que en verdad es muy difícil comunicarse. (Pediatría)

Otra solución para muchos era la utilización del internet, y sus canales de traducción:

Google traductor también, de repente alguna información concreta, necesitamos tal cosa, google traductor y ‘ah ya’ te dicen, entonces uno ahí el ingenio no más po. El internet facilita, doctor google. (NANEAS)

Y hay incluso quienes se habían provisto de un diccionario “casero” que contenía la traducción al creole de las expresiones más usadas en las consultas médicas:

M: Incluso nosotros aprendemos creole acá entre nosotros pa poder contactarnos.

(...) Tengo un diccionario de creole, acá tenemos todos un diccionario de creole.

E: ¿Todos acá?

M: O sea los que queremos, según lo que nos toca, vamos eh, mira ahí cómo se dicen las cosas, ¿te fijas? [Me muestra un libro fotocopiado] Pero lo que yo hice, con una amiga mía que habla muy bien creole que la conocí en Haití, que me dijera todas las expresiones. (Broncopulmonar)

Pero como veíamos, los problemas de comunicación no se presentaban únicamente en las interacciones médico-acompañante haitiana, sino que en general con los inmigrantes –y no

estaría de más preguntarse si no ocurre incluso con las mismas chilenas que acompañan a sus hijos—. En ese sentido, los médicos debían tomarse el tiempo de hablar más lentamente, de pensar en cómo se expresan para ser comprendidos:

Bueno la consulta se hace más larga porque uno procura tomar más tiempo en eso para tratar de que la persona comprenda las indicaciones (Nutriología)

Yo trato de hablar despacio, como de no decirles ‘cachai’, ‘bacán’ e igual te quedan, como que no te entienden mucho [peruanos y bolivianos], no siempre, pero pasa, que no te entienden. Pueden, al final igual te entienden pero como que cuesta comunicarse. (Traumatología)

Punto uno, aprender a hablar un español más neutro en el cual no hablar de la ‘guatita’ o de..., me pasó con algunos pacientes peruanos que ellos calculaban las mamaderas en onzas y no en ml, cosas así, o, o sea, aprender uno a ocupar un español más neutro es lo primero, hablar más lento, mejor pronunciado fue lo segundo (Infectología)

Anamnesis

Luego del saludo, y acordadas ciertas formas básicas de la comunicación, el médico comienza con la anamnesis médica, o recolección de datos básicos como antecedentes del paciente y su entorno para formular un posterior diagnóstico y tratamiento. Al respecto, es importante que los médicos tengan conocimientos patológicos pero también sociales y culturales a la hora de hacer la anamnesis, ya que las preguntas que estos formulen a los acompañantes de sus pacientes dependerán de los conocimientos que se tengan de ellos y de sus formas y condiciones de vida. Si no se conocen las enfermedades que provienen de sus países de origen no se les preguntará por ellas, si no se conocen las culturas sanitarias o condiciones de vida en que se enfrentan fuera y dentro del país, probablemente se obviarán preguntas importantes, si no se tiene conocimiento sobre las políticas vacunatorias de otros países, por ejemplo, habrán lagunas al respecto, etcétera. Por lo mismo, este conocimiento no puede depender únicamente de cada médico, sus intereses y sus propias investigaciones sino que deben ser concientizados sobre las realidades sanitarias, sociales y culturales de la población inmigrante que se atiende. Las citas a continuación dan cuenta de cómo influye

este saber o no, en la anamnesis que se realiza y en consecuencia del diagnóstico y el tratamiento:

Sí, sí, o sea depende, sí, uno siempre pregunta, o sea acá te preguntan igual si los familiares son hipertensos, blablablá, o sea depende de tú nivel de conocimiento si vai a preguntar por tuberculosis, por lepra, por leishmania, por exposición a dengue, a chikungunya, a malaria, etcétera, va a depender de cuál sea tu conocimiento en esa área específica. Pero uno va preguntando, como te digo, nosotros hacemos, el infectólogo que ve más como medicina del viajero obviamente vamos a preguntar por hongos endémicos, vamos a preguntar por otros tratamientos y cosas así. (Infectología)

Sí, normalmente uno está suficientemente concientizado para preguntar algunos elementos que les pueda ser de utilidad y que sean diferentes en el país de origen.

E: Ya, es parte de la rutina.

H: Sí, es parte de la rutina, siempre cuando uno atiende a un enfermo parte por hacer una historia detallada, debería hacerlo, una historia detallada de la familia y del niño en el caso de nosotros los pediatras. (Inmunología)

Cobran relevancia las diferencias de la población inmigrante respecto a la nacional, por ejemplo a nivel de las patologías específicas distintas a las que desarrollan los chilenos y que los médicos deben ser capaces de detectar:

O sea hay preguntas de alguna patologías que antes no hacíamos con los pacientes nuestros que ahora hay que agregarlas porque ellos tienen enfermedades que son diferentes. (...) Sí, porque hay enfermedades que nosotros no tenemos, que ellos sí tienen.

E: Claro entonces es necesario saber...

M: De adonde vienen para poder orientarse en la patología que traen.

E: ¿Y usted tenía conocimiento de esas enfermedades al no existir acá?

M: Sí, pero de nombre, o sea, cuando uno las pasa en medicina no más pero no una cosa más.

E: Ya, ¿y es muy difícil eso?

M: O sea ya cuando uno se ha acostumbrado a que van a aparecer cosas nuevas empieza a estudiarlas po. (Hematología)

Los médicos deben ser capaces de detectar estas nuevas enfermedades para lo cual no solo deben estudiarlas más a fondo sino que también conocer la realidad epidemiológica y sanitaria de los países de origen de los inmigrantes para poner en contexto sus cuerpos y así hacer las preguntas correctas, intentando no dejar pasar ningún indicio por el hecho de desconocer la realidad social y sanitaria de los pacientes.

Pero también deben familiarizarse con *otros* cuerpos, sobre todo para aquellos especialistas en que la piel y su color son el objeto de la práctica médica como en el caso de la hematología:

M: me es más difícil el diagnóstico en niños morenos, me es más difícil hacer el diagnóstico, me ha tocado molusco contagioso que en realidad me cuesta más diferenciarlo por la piel.

E: ¿Por el color?

M: Por el color.

E: Claro, eso le iba a preguntar, porque como es el contacto con la piel...

M: Sí, me cuesta más eso, me cuesta hacer el diagnóstico de algunas patologías (Dermatología)

De aquí la importancia de informarse y familiarizarse con otras realidades socio-sanitarias y otros cuerpos, distintos al nacional.

3.3 Relación médico-paciente niño/a HHI

En varias conversaciones que tuvieron lugar en la experiencia de terreno en el hospital, donde se narraba a distintos actores las intenciones de esta investigación, salió a la luz un interesante fenómeno que envuelve a las interacciones entre médicos e HHI acompañados/as, y las diferencia de otras interacciones entre médicos y pacientes inmigrantes adultos. Al explicar a distintos trabajadores del hospital (tanto del área de la salud como no) que se buscaba el posible racismo de los médicos hacia los HHI y sus acompañantes, varios se precipitaron a explicar que creían que este hospital, por el hecho de ser pediátrico, no era el mejor lugar donde buscar prácticas o discursos racistas hacia los

pacientes puesto que por el hecho de ser niños/as cualquier conflicto racial, social o cultural que se pudiera tener con sus padres o acompañantes no se replicaba en la relación con los niños/as. Explicaban que si bien podían tener problemas con las mujeres acompañantes, de cualquier nacionalidad, éstos quedaban en un segundo plano frente al niño/a como paciente donde lo más relevante era la mejora de su salud. Hay algunas citas que dan cuenta de este fenómeno:

Porque claro, tú puedes pensar, o sea, cuando viene un niño enfermo tú no se te ocurre preguntarle nada, tú lo tratas de ayudar no más, sea de donde sea, me refiero surge altiro una compasión hacia ayudar al que te pide ayuda. Eh, si me pongo así como a pensar con la mamá o el papá, pa qué se vienen pa acá enfermos, oh bueno, puede surgir alguna cosa, tendrían que haberlo pensado mejor porque con nuestros impuestos los vamos a tratar ¿te fijas? Pero en un niño enfermo no te acuerdas de nada de eso, lo ayudas no más po **(Broncopulmonar)**

No con un niño nada, y cualquier niño donde esté tú le, te gusta no más, te da ganas de jugar, o sea es como, na que ver con la actitud. Tú lo único que quieres es que esté bien y que se cuide. **(Broncopulmonar)**

En la misma línea, la negritud de los pacientes HHI era resaltada desde los miembros del hospital como novedad y exotismo. En una experiencia de terreno de observación en Hospitalizados, al preguntarle a la enfermera encargada de área si es que habían pacientes HHI registrados, ésta nos dijo que la única HHI internada, colombiana, había sido transferida a otra área ese mismo día. Inmediatamente tres enfermeras que se encontraban al lado: “comenzaron a lamentarse, riendo diciendo algo así como: ‘por qué se llevaron a mi negra, quién se la llevó a mi negrita, dónde está mi negra’” **(20 de agosto 2015)**. En un mundo declarado *sin razas* pensar en referirse a una persona por su color es visto como políticamente incorrecto. Pero por alguna razón no ocurre lo mismo cuando esta persona es un niño/a. Asimismo, se observó que se valora de manera positiva el color de la piel *negro*, sus cabellos rizados con peinados exóticos, y en definitiva como lucen los niños/as negros:

Me dijo que era muy distinto un hospital de niño respecto de un adulto, por ejemplo el tema de los negros, me dijo que acá en general a la gente, al equipo de salud, los

funcionarios, les gusta mucho los niñitos haitianos sobre todos las niñitas porque vienen con sus moñitos con hartos colores y eso como que causa un revuelo muy positivo, todo el mundo está como ‘ay qué linda la niñita, mira sus moñitos’ (**abril 2016, sobre entrevista a Traumatología**)

Son un dulce para nosotros [niños/as hijos de haitianos], porque son bebés muy hermosos, las niñas con sus pinchecitos con tantos colores, sus vestidos hermosos. (**01 de junio de 2015, reunión asistente social**)

El sistema de estigmatización y racismo que puede mediar las interacciones médico-acompañante inmigrante se suspende con la presencia del niño/a HHI por el hecho de ser niño. La racialización del inmigrante adquiere valores distintos según su edad; la negritud del niño/a se señala, se resalta, se sobrevalora por su exotismo y novedad pero la del adulto se calla y solo sale a la luz ya sea en la intimidad de las relaciones o en la cotidianidad racista desde el *estigma racializado del cuerpo afrocaribeño* o la *sexualización exotizada de lo afrocaribeño* (Belliard, en: Tijoux, 2016). Estas distintas formas de percibir y valorar la corporalidad de la otredad según la edad, nos remiten a un racismo más bien culturalista (que biológico) y diferencialista, donde el rechazo al inmigrante, al *otro* tiene que ver con su historia social y cultural, con su lengua, con sus costumbres y prácticas diferentes a las “nuestras”, las cuales el niño/a HHI aún no ha incorporado del todo, o aún no las manifiesta, las verbaliza y las defiende porque todavía es considerado como un receptor pasivo, todavía no es identificable culturalmente lo que lo exime de los prejuicios y estigmas que provoca su raza/cultura. El niño/a es visto como neutro, pasivo, moldeable, ingenuo, tierno y no aún como enemigo, lo que permite, desde un adultocentrismo positivo, que el chileno resalte y valore en él lo que rechaza en los adultos que lo acompañan.

4. Racismo, xenofobia y exclusión de la otredad

Las interacciones entre los médicos del HEGC y las mujeres inmigrantes que acompañan a los niños/as pacientes se enmarcan en un contexto relaciones médico-paciente percibidas como distantes, organizadas institucionalmente y por ende impersonalmente. El principal problema en el desarrollo de estas interacciones es la comunicación entre los actores debido a diferencias de idioma, modismos, formas de habla, etc. Esta distancia estructural y

lingüística favorece que las interacciones no se profundicen quedándose en el plano inicial de primer orden. Por otro lado, estas interacciones médico-acompañante adulto inmigrante se dan debido a la presencia de un niño/a HHI enfermo, lo cual pone en segundo plano la interacción de los primeros, para enfocarse en el segundo el cual es neutralizado culturalmente lo que hace olvidar los estigmas tribales con que se perciben en general a los inmigrantes. En este contexto salen a la luz prácticas discriminatorias por parte de los médicos que generalmente no conocen –o dicho de otro modo, se realizan de manera inconsciente– por estar incorporadas a sus hábitos de ser-chileno, prácticas que generalmente no van más allá de los discursos, develando así visiones y formas racistas de pensar al *otro* pero que no necesariamente se materializan en el contexto mismo de las interacciones médico-paciente HHI acompañado.

4.1 Puntos de vista desde un racismo culturalista y diferencialista

Como señalamos en los antecedentes socio-históricos (Balibar, Wallerstein, 1988), el racismo actual se centra en el complejo de la inmigración y se inscribe como un racismo *sin razas*, un racismo que ya no se ocupa de las diferencias biológicas entre grupos humanos, sino de sus diferencias culturales y la irreductibilidad de estas. Es la cultura la que funciona, por así decirlo, como una naturaleza, “especialmente como una forma de encerrar *a priori* a los individuos y a los grupos en una genealogía, una determinación de origen inmutable e intangible” (p. 38). Y esta idea de una cultura común se materializa, se delimita en las fronteras del Estado nación, y por ende el racismo surge, no solo hacia el exterior, sino que también al interior de éstas. La *nación* produce y se reproduce por una *etnicidad ficticia* que pretende parecer como origen natural y no ficción a través de la *lengua* y la *raza*.

Capital lingüístico

La *falsa* etnicidad de una Nación se produce desde la comunidad de la lengua y la comunidad de la raza. Nos interesamos por la primera, la que conecta a los individuos con un origen común, con una *lengua nacional* (oficial) que supone un código e incluso una norma común, inculcada en la escuela, base estatal de socialización de los individuos. Así, la lengua oficial se vuelve un referente dominante que permite diferenciar jerárquicamente a los actores según su capital lingüístico, el cual puede funcionar como un estigma racial o

casi racial: “acento ‘extranjero’ o ‘regional’, dicción ‘popular’, ‘errores’ o, a la inversa, ‘corrección’ ostentosa que designan inmediatamente la pertenencia de una hablante a tal población, que se remite espontáneamente a un origen familiar, a una disposición hereditaria” (Balibar, 1988: 161), un habitus. “La producción de la etnicidad es también racificación de la lengua y verbalización de la raza” (ibíd.). Por lo mismo, no llama verdaderamente la atención que uno de los mayores problemas reconocidos por los médicos para tratar a los HHI fueran los problemas de comunicación verbal que pudieran tener para interactuar con las mujeres que los/as acompañan. Tampoco que, esta dificultad en la comunicación muchas veces sea asumida, desde el chileno, en este caso médico del HEGC, desde un neorracismo, en donde los problemas de comunicación se le atribuyen al *otro*, responsabilizándolo, debido a la inferioridad de su cultura. Esto se apreció respecto a la concepción cultural que se tiene no solo de los haitianos, con quienes hay mayores dificultades de interactuar debido al idioma, sino que también con otros inmigrantes:

Pero a los mismos traductores, yo también sé hablar un poco de creole en Haití pero hablan creole distinto según las localidades y no se reconocen entre ellos porque el retraso mental es altísimo, y ese es, no hay ni una forma de esconderlo.

E: ¿Cómo, en qué sentido?

M: Tienen poco desarrollo intelectual, las mamás haitianas que vienen para acá casi no saben hablar digamos, la mayoría son analfabetos y no aprenden, o sea tienen un retraso por miseria, y, desnutrición crónica, etcétera. O sea súper difícil, tú casi nunca logras saber, la mayoría de los niños haitianos que se enferman terminan igual hospitalizados en los siguientes días porque muchas mamás no saben, no lo pueden, y aunque sepan hablar no entienden, o sea, es como, da lo mismo casi.

(Broncopulmonar)

Sabes lo que pasa, es que el perfil, el nivel de nuestros inmigrantes haitianos es muy bajo, culturalmente es muy bajo entonces, por ejemplo el colombiano la mayoría tiene un mejor nivel educacional, lo que a mí me toca ver, que lo que son los haitianos entonces los haitianos que vienen son generalmente más de obreros, niveles muy bajo, entonces incluso muchos de ellos son analfabetos en su propia lengua, entonces nosotros hemos tenido, hemos escrito creole y no saben leer, ¿te

fijas? (Infectología)

Se habla del “*retraso mental*”, “*poco desarrollo intelectual*”, “*perfil, nivel cultural bajo*”, “*analfabetismo*” de los haitianos de manera generalizada. Con esto apreciamos claramente una visión de la cultura haitiana como inferior, retrasada lo cual impide las interacciones o la comunicación con aquellos que comparten esa cultura debido a la diferencia de niveles entre la cultura chilena y la haitiana. Esta idea resalta una de las significativas barreras que enfrenta la migración haitiana para su *inclusión plena*, una barrera “racial-cultural (prejuicios raciales y de clase asociados a la imagen de un país profundamente ‘subdesarrollado’)” (Rojas, et al., 2015: 224) ligada a un racismo culturalista y diferencialista. Al respecto creemos necesario caracterizar a la población haitiana que llega a Chile para desmitificar su supuesto “perfil culturalmente bajo”. Según Rojas, Silva, Amode, Vásquez y Orrego (2016) existen tres flujos o perfiles de migrantes haitianos: un flujo “A” de migrantes con mayor capital cultural, económico y social, con redes de apoyo de larga data en el país de destino, principalmente Estados Unidos, Canadá o Francia; un perfil “B”, con ciertas carencias en relación al perfil “A”, con ciertos recursos disponibles, que si bien no cumple hoy con los actuales requisitos selectivos del primer mundo, aspira a la misma calidad de vida y desarrollo humano, buscando alternativas menos próximas como Brasil o Chile; y un perfil “C”, mucho más precarizado que aspira básicamente a mejorar sus condiciones de subsistencia (asociada a la migración históricamente rural hacia los ingenios de azúcar en República Dominicana). Chile es un referente migratorio para los flujos “C” y “B” pero sobre todo para este último (p. 8). Según reportes de la Encuesta CASEN 2013 el promedio de años de estudio de la población migrante (12,6 años) es mayor que le de la población chilena (10,7 años). Respecto a los niveles de formación de la población haitiana en comparación con la chilena, y refiriéndonos únicamente a los residentes de la Región Metropolitana, solo el 10,6% de los inmigrantes haitianos no han alcanzado ningún nivel de formación educacional versus el 27,9% de la población chilena y, del otro extremo, el 15,4% de los inmigrantes haitianos han alcanzado el nivel universitario, versus el 10,7% de los chilenos (Rojas, Silva, 2016: 33). Por lo tanto, estos datos permiten poner en cuestión la supuesta inferioridad cultural y educacional de los inmigrantes haitianos en la Región Metropolitana a la cual se refieren los médicos y nos

permiten atribuir este punto de vista a los mecanismos de racialización jerárquica que se imponen en nuestra población para con los inmigrantes.

Como vimos anteriormente, otro médico contaba los problemas que tenía para comunicarse con peruanos y bolivianos, quienes a pesar de hablar el mismo idioma, parecían no entender lo que el médico hablaba, ya que según este, sus expresiones faciales y su falta de respuesta daban la impresión de no comprensión. Luego de la entrevista volvió a recalcar, en la conversación de pasillo su asombro y cierto malestar al atender a peruanos o bolivianos debido a esta incertidumbre en la comunicación, donde nunca le quedaba claro si habían entendido o no. Otro médico advirtió que a pesar del buen manejo del lenguaje por parte de los inmigrantes (refiriéndose de manera general sin especificar nacionalidad), estos presentan un nivel cultural más bajo:

Bueno yo creo que de lo que nos toca atender, en general, podría decir yo que es más deficitario que la población nacional, en aspectos nutricionales, en aspectos preventivos y en aspectos culturales también.

E: ¿Sí, o sea como menor nivel educacional, ese tipo de cosas?

H: Sí, yo creo que sí. A pesar de que se expresan muy bien y hablan el castellano mejor que nosotros. (Inmunología-reumatología)

Si bien contradice lo que se ha expuesto, en definitiva solo lo confirma, al hacer esta comparación “a pesar de” que da cuenta del estrecho vínculo que se observa entre el nivel cultural y el nivel lingüístico de las personas. O en este caso, de los inmigrantes con quienes evidentemente hay diferencias y dificultades comunicacionales, que se asocian no a una distancia obvia entre cualquier no-nacional, sino a deficiencias culturales de aquellos inmigrantes con quienes se interactúa.

Finalmente, se constató que cualquier rechazo a priori, cualquier estigma tribal hacia los inmigrantes se anula en la interacción con niños/as, quienes son vistos fuera de los prejuicios con que se trata a los adultos que los acompañan. No podemos dejar de pensar en cómo los problemas de comunicación, como un reconocido factor de dificultad o molestia en las interacción médico-acompañante inmigrante, no se advierten en la relación médico-HHI, ya que éstos últimos debido a su edad, no han adquirido aún las capacidades

lingüísticas mínimas que se les exige a los adultos. Es probable entonces que la mayor dificultad de los niños/as para comunicarse oralmente, acompañado de una visión adultocéntrica del niño/a como dependiente de un tutor/a que se comunica con el médico, quien le da las indicaciones a seguir respecto al tratamiento del paciente *menor*, permite en definitiva que exista un menor rechazo hacia el HHI. En otras palabras, cuando las diferencias en la comunicación se vuelven una traba para las interacciones entre médicos y acompañantes, el hecho de que los primeros no se comuniquen realmente con los pacientes niños/as HHI hace que estas trabas no existan, porque simplemente la comunicación no existe, eliminando la posibilidad de interacción oral o lingüística y así eliminando la posibilidad de mayor rechazo, estigmatización y racismo hacia los últimos. Esto explica que se alegue una difícil comunicación con las acompañantes de los pacientes, y en ningún momento se mencionen las interacciones (de cualquier tipo) con los niños/as, ya que en realidad estas se limitan al “palpado médico” o examinación física, y por ende son casi nulas, ya que siempre media el adulto que acompaña.

Racialización jerárquica

Desde el punto de vista de los médicos, los chilenos vemos al *otro*, a quien no calza con los cánones que constituyen al ideal nacional chileno (criollo, blanqueado, culturalmente homogéneo), y lo tratamos según una racialización jerárquica que se hace desde una concepción eurocentrista que se remonta a la formación del Estado-nación chileno. Así, hay quienes lideran esta jerarquía racializada (europeos, norteamericanos, entre otros) constituyéndose como ejemplos o ideales raciales y culturales, y al mismo tiempo hay quienes se sitúan en el último peldaño y por tanto se nos presentan como la total otredad, vistos como lo que creemos no ser ni quisiéramos ser; principalmente indígenas, negros y los inmigrantes de las seis nacionalidades reconocidas en Chile como tal:

Yo creo que uno de los defectos nacionales es que somos, así lo demuestran otros estudios sociológicos, que somos discriminadores, somos racistas, incluso con nuestras propias etnias. (Inmunología)

Me parece que los chilenos estamos demasiado poco acostumbrados a los inmigrantes entonces acá tú vei un negro y ‘joh!’, todo el mundo se da vuelta, y un

negro en el colegio es la escoba. Pero estamos tan poco acostumbrados a eso, estamos poco acostumbrados a la inclusión en general. Entonces acá no se aceptan ni los homosexuales ni los que tienen alguna necesidad especial y obviamente a los inmigrantes tampoco. (Infectología)

Los cabros chicos en el colegio son más pesados que la cresta entonces más encima si es peruano, o si es, sobre todo si son inmigrantes latinoamericanos como peruanos, ecuatorianos o bolivianos los van a mirar en menos, si es argentino no, si es brasileño no, pero peruano y boliviano lo van a mirar como pa abajo, y si es negro lo van a molestar por negro. (M, infectología)

Así, los mismos médicos reconocieron cómo en Chile se excluye diferencialmente tanto al interior como al exterior de nuestras fronteras.

Del prejuicio al juicio racista

En general los médicos del HEGC entrevistados condenaron expresamente la discriminación a los pacientes y sus acompañantes inmigrantes, apelando a la igualdad y los derechos humanos, y así, las visiones xenófobas que comparten salieron a la luz implícitamente en sus discursos sin que ellos/as mismos se dieran cuenta. Pero hay un médico que ha concientizado y admitía su rechazo a ciertos inmigrantes, sobre todo haitianos, mostrando un discurso racista y violento conscientes, por lo cual, analizaremos su punto de vista a propósito de los inmigrantes. Este médico ha viajado a Haití, y a partir de esta experiencia advierte que probablemente la mayoría de los haitianos que han llegado a Chile tuvieron que hacer algo ilícito para poder llegar acá por la imposibilidad de generar el dinero suficiente allá, trabajando honradamente, poniendo (nuevamente) al inmigrante haitiano inmediatamente en un estatus de delincuente, es más, de criminal:

Pero los que vienen acá son, los que sus papás pudieron pasar por la cabeza de mucha gente, porque allá no hay trabajo, no hay nada, entonces los que vienen pa acá, y traspasaron muchas vallas y llegaron y se instalaron digamos, entonces y que, seguro que pasaron por algo ilegal y seguramente que hicieron cosas reñidas con la moral, con todas las cosas, porque de Haití no sales así...

E: ¿Ah no?

M: No, si no hay nada, es desolado. Bueno, pero igual a lo mejor alguien trabajó de jardinero, de alguna, de algún palacete por ahí que hay una parte que se llama Pétienville, pero en general la gente que llega acá es la, pero igual se instalaron y quieren hacer una vida acá digamos, y, pero igual a mí me da un poco de pica porque así, estos gallos, porque tuvieron que pasar por la cabeza de alguien, no es posible que salgan, a menos que sea una casualidad que estén, bueno...

E: ¿Pero por alguien allá o acá?

M: Allá, tienen que haber pisado alguna cabecita pa poder salir, haber robado, haber matado, no sé, alguna cosa (...) vendido drogas, alguna cosa... Porque no es fácil, no pueden salir de otra manera, o sea, es muy difícil, si es desolado.

(Broncopulmonar)

Más adelante se advierte cómo en realidad esta concepción del haitiano como delincuente justifica un rechazo hacia éstos, rechazo que no tiene que ver con la realidad social que se viva en el país de emigración, o con quién es el que emigra, sino que es un rechazo inherente hacia este *otro* que viene a invadir al *nosotros*, un rechazo a quien no debería estar en *nuestro país*:

Yo, reconozco que debo tener cuestiones de xenofobia porque veo y me dan rabia [los haitianos], así como, y a lo mejor no hicieron nada ilegal, nada corrupto pero igual “vienen a puro dar jugo acá pienso” [ríe]. (Broncopulmonar)

El estigma del inmigrante, en este caso haitiano, se constituye de varios elementos que forman a esta otredad, una otredad respecto al color de su piel, respecto a su lengua y respecto a su cultura, que poco y nada conocemos, gracias al sensacionalismo mediático televisivo, que las pocas veces que pone a Haití como protagonista de las pantallas, lo presenta como un país en donde solo existe pobreza y pobres. Y al parecer viajar a estos países, con esta concepción en mente no genera necesariamente cambios. De ahí el peligro de los discursos racistas de este médico, que adquieren argumento y autoridad por el hecho de conocer el país, reproduciendo este imaginario exagerado y la mayoría de las veces errado de un país descrito como total y únicamente pobre:

E: Mire, o sea en ese sentido es importante igual conocer la medicina alternativa.

M: Sí, la miel, si tú me dices, pa los niños es una porquería, en Chile, tal vez en Haití sería bueno que comieran porque llegarían a los 30 años y no a los 20 como se mueren ahora.. (Broncopulmonar)

Claramente es una hipérbole que los haitianos mueran a los 20 años. Según datos de la OMS para el año 2015 la esperanza de vida en Haití era de 62 años para los hombres y 67 años para las mujeres. Otra generalización física y cultural racista contra los haitianos tiene que ver con cómo los concibe desde sus conductas higiénicas, concepción que se contradice con la de otro médico respecto al mismo asunto:

E: Y en el tema de la higiene hay diferencias con...

M: Los haitianos si po, no tienen ninguna medida de higiene en cambio los peruanos sí. (Broncopulmonar)

Yo en términos generales lo que he visto es que los haitianos suelen ser muy limpios, limpios, se ven más limpios que nuestra gente local. (Nutriología)

El pensamiento racista es inculto y sesgado, no tiene fundamento real, es un mero rechazo a la otredad en todas sus formas. La siguiente cita da cuenta de este desprecio hacia el haitiano, ya no solo en su posibilidad como “delincuente” en tanto inmigrante o pobre en tanto haitiano, sino en su rechazo físico, en su fisionomía y en su intelectualidad:

Entonces ahí generalmente terminamos haciéndole pruebas de distintos parásitos, bichos, mucho más amplio porque no sabemos, no tenemos una, tenemos una bola [refiriéndose a las acompañantes haitianas] así que está así [pone rostro sin expresión alguna] porque justo se vienen las gorditas así que no hacen na, porque tienen más plata entonces comen pero igual no se les desarrolló el cerebro [ríe]. (Broncopulmonar)

Finalmente otro momento del discurso que da cuenta de un racismo culturalista en contra de los haitianos, y un abuso de su conocimiento directo del país que solo da cuenta del sesgo y la ignorancia con que se aproxima a tal, tiene que ver con cómo desde la comprensión del médico de la religiosidad haitiana se la presenta como una cultura violenta:

En Haití hacen vudú [ríe], y repiten un poco, pero bueno... [Silencio], te la cuento...

E: Ya.

M: Eso es lo que te iba a decir, en Haití las madres tienen muchísimos niños entonces se les mueren varios, y es normal que se les mueran pa ellas, es como parte de la vida, va en sus creencias. Les da pena, claro, dolor, lo que sea, pero no es así algo tan desubicado que se muera un niño, o sea, y ellas a veces ofrecen a recién nacidos al vudú y los matan. Y eso es visto, no es mal visto digamos.

E: Ya, claro, no es condenado.

M: No, porque lo ofrecen a los dioses y es como... como los del ISIS que se ponen la bomba y se van al cielo, también po. (Broncopulmonar)

No conocemos la realidad religiosa de Haití, y por ende no podemos descartar la posibilidad de la veracidad de este discurso. Pero más allá de juicios de valor respecto a estas prácticas, lo que nos llama la atención es la comparación que se hace con el ISIS, grupo terrorista, responsable de decenas de ataques terroristas y la consecuente muerte de miles de personas en el mundo.

En definitiva este médico piensa y verbaliza desde el nacionalismo y el racismo, donde las fronteras nos separan de los “enemigos”, condición que adquiere importancia según el color de piel, el idioma y las características sociodemográficas de éste *otro*. Por esto la siguiente cita ya no llama realmente la atención, donde se resalta y se generaliza la idea de la otredad nacional como enemiga, ya no solamente haitiana, donde no solo los chilenos rechazamos a los *otros* si no que estos mismos nos rechazan a nosotros cuando somos los *otros* en sus propias naciones:

Y por otro lado, lo que me doy cuenta, porque yo he ido varias veces a Perú así que también, he estado muchas veces, los peruanos no son precisamente, o sea son amables en Perú como cualquier persona si tú estás conversando, pero en general nos detestan, nos odian a muerte y eso te lo repiten en ‘no, tú eres chilena pero te hablo porque no sé po, pero a mí nosotros los peruanos, o sea los chilenos’, bueno... O sea, tú puedes establecer relaciones en las universidades, o, incluso caminando, un gallo me decía ‘no, porque eres mujer no más te hablo sino yo no te dirigiría la

palabra'. (**Broncopulmonar**)

4.2 Racismo en el HEGC

En cuanto al HEGC, en la experiencia de terreno o trabajo de campo no se presencié directamente ningún acto racista (verbal, físico, etc.) por parte de algún funcionario del hospital hacia un paciente HHI o su acompañante, pero como se ha ido develando, esto no implica que no hayan pensamientos y discursos racistas y jerarquizantes y por ende, que en la experiencia de los/as entrevistados/as se recuerde y aluda a vivencias hospitalarias en que el racismo se haya hecho presente.

Dificultad de hablar del racismo

Al preguntar a las mujeres acompañantes entrevistadas por su experiencia en el HEGC, y si es que habían sido víctimas de cualquier tipo de discriminación por el hecho de ser inmigrantes, todas respondieron que no, es más, dijeron que en general se sentían particularmente contentas por el trato que habían recibido en este establecimiento de salud en comparación a otros. Al respecto hay tres cosas que señalar: por un lado, como ya se mencionó, como entrevistadora me presenté ante ellas desde una posición institucional materializada en un delantal blanco y una credencial del hospital lo cual probablemente inhibió cualquier tipo de discurso contra institucional. En segundo lugar, como ya vimos, el chileno no concibe de igual manera al paciente niño/a que al paciente adulto, donde el primero, a pesar de que esté acompañado por un adulto es tratado desde la compasión y por fuera de todo estigma, o resaltándolo positivamente. Y en tercer lugar no hay que olvidar que esta investigación surge desde una petición de la propia dirección de ser realizada en conjunto con un Comité de Interculturalidad ya existente y operante, lo cual revela un mínimo interés por la interculturalidad, y por ende el buen trato, el conocimiento, respeto y convivencia de las diferentes culturas y por tanto de las diferentes personas que pueden encontrarse en este lugar²¹.

²¹ El rol y la presencia del comité no es de mayor impacto frente a la temática de inmigración; los mayores aportes de este grupo para con la población inmigrante que se atienden en el hospital han sido la coordinación con la Embajada de Haití en Chile para la disposición de tres traductores telefónicos y la realización de la primera charla sobre racismo e inmigración en julio del año 2015 a cargo de la profesora guía de esta tesis, la doctora María Emilia Tijoux a la cual asistieron funcionarios del hospital. La única demanda concreta hecha por el comité a la investigadora fue indagar sobre el conocimiento (o no) de los médicos acerca de éste. En

A todos los médicos entrevistados se les preguntó si es que alguna vez habían recibido alguna queja por mal trato, discriminación o racismo de algún paciente o más bien acompañante inmigrante en este hospital. Todos respondieron que no. Solo respecto a un médico nos llamó la atención, ya que presenciamos directamente cómo fue acusado de racista por parte de un acompañante haitiano, padre de I., que falleció durante la atención de Urgencia en el hospital, por lo cual acusó inmediatamente al personal médico de no tratar adecuadamente a su hijo por el hecho de ser negros:

Después fui a urgencias y estaba ahí el papá gritando así desesperado y empezó a gritar que iba a demandar por negligencia, que no habían hecho nada, que su hijo estaba bien y que acá se le murió. Decía que estaba seguro que era porque eran negros, que no habían querido atender a su hijo como corresponde porque era negro, pero que eran negros pero no eran tontos y que él iba a demandar, que no habían hecho nada. (1 de diciembre, Urgencia)

Este alegato se enmarca en una extrema y dramática situación emocional para un padre que perdió a su hijo y por ende esta práctica discursiva totalmente espontánea e impulsiva da cuenta de los profundos sentimientos que este hombre tiene respecto a cómo los chilenos estigmatizan y tratan a los *negros* por el color de su piel.

Pero aparte de este caso, no nos llamó verdaderamente la atención que nadie admitiera, o es más, nadie creyera haber sido victimario de racismo, como no nos llamó verdaderamente la atención que nadie admitiera o creyera haber sido víctima de racismo, menos de parte de un médico; por la dificultad de hablar de racismo, de referirnos a éste, de sacarlo a la luz, y reconocerlo en nuestro habitus, tanto de quien racializa como quien es racializado –y generalmente una misma persona puede vivir las dos fases del racismo según donde se posicione–. En ese sentido, se necesita incorporar la comprensión del racismo, la confrontación a éste para reconocerse como racista y como víctima de tal fenómeno. Esta idea se grafica en la siguiente frase expresada por un médico al momento de hacerle la

general los médicos admiten no conocer sus funciones pero sí se le atribuye el servicio de traductores haitianos, además de asociarlos mayormente al vínculo con la comunidad y medicina mapuche más que a inmigrantes. De las acompañantes entrevistadas ninguna conoce ni ha escuchado hablar del Comité.

pregunta expuesta:

M: No, nunca, al revés [ríe]. A ver no al revés tampoco pero nada, nunca, no creo que, no se me ocurre que alguien haga eso, de parte de los peruanos lo dudo, no sé.

E: Ya.

M: No sé, no tengo idea, ¿en alguna parte han reclamado?

E: Hasta ahora que yo he preguntado no.

M: Y los haitianos yo creo que ni sospechan, si los pobres haitianos les falta mucho para llegar a ser alegadores, todavía. (Broncopulmonar)

Entonces para reclamar racismo o discriminación hay que no solo asumir el racismo como un fenómeno del cual se es víctima, sino que también tener una carrera social como inmigrante, una historia, un camino recorrido que enseñe la confrontación, el alegato y la búsqueda de los derechos dejando de lado la sumisión y el acato en el país de *acogida*. Esto lo logran sobre todo los que llevan más tiempo en un país y han logrado generar redes de apoyo y de confianza que les permiten exigir un trato digno en el país de inmigración.

Prácticas discriminatorias en el HEGC

A pesar de la dificultad de hablar del racismo, los puntos de vista y las historias de ciertos médicos nos permiten reafirmar la existencia de personas con pensamientos o mentalidades racistas que muchas veces no se materializan ni se traducen en prácticas, pero otras veces sí. Por ejemplo un médico (Pediatría) explicaba que sí bien no tenía ningún problema particular con los *negros*, sí habían médicos del hospital que no les gustaban y preferían no tratarlos y derivarles el caso a otro médico.

Por otro lado, hay citas que dan cuenta de una racialización jerárquica que se da de manera interna, es decir entre los mismos médicos según sus orígenes o lugares de estudio:

Ella, porque ella estudió medicina en Bolivia. Entonces estaba viendo hacer un posgrado, ella está haciendo una especialidad acá entonces ella quería hacer un electivo en Inglaterra y ella estudió medicina en Bolivia, independiente de eso ahora está haciendo su especialidad acá en Chile y quiere hacer entonces este electivo en Inglaterra, y le dijeron 'no, mejor no, piensa en México, piensa en otro país porque

como eri boliviana no creo que, como estudiaste medicina en Bolivia no creo que te vayan a aceptar en Inglaterra’.

E: ¿Ah sí? Ah pero eso fue por parte de otro médico en el fondo.

H: De otro médico chileno [ríe]. ¡Mal! (Infectología)

Sí bien no da cuenta de prácticas racistas en las interacciones médicos-acompañantes inmigrantes, permite una vez más comprender cómo el chileno observa, valora y jerarquiza al inmigrante en una escala menor, independiente de su clase social o nivel de estudio como vemos en este caso, confirmando la clasificación del *inmigrante* versus el *extranjero* según su nacionalidad. Finalmente, la única confrontación directa entre médico y acompañante inmigrante por el hecho de esta última ser inmigrante se destila en la siguiente cita:

Ay, una vez me pasó que una mamá se molestó porque pensó que yo le estaba como, al preguntarle de dónde era, que yo la estaba discriminando y yo después le expliqué que yo le estaba preguntando de adonde era porque habían enfermedades que ellos tenían en sus países que nosotros no tenemos y lo entendió perfecto, pero al principio como que le chocó un poco que yo le preguntara de adónde era. Me dijo claro que su hijo era chileno, porque había nacido en Chile.

E: ¿Y ella de dónde era?

M: Peruana. Pero eso le chocó, pero después ya entendió, cuando yo le expliqué porque yo le preguntaba y ahí me entendió, pero al principio como que...

(Hematología)

Este motivo de confrontación en la interacción da cuenta de una reacción, probablemente incorporada en el habitus del inmigrante que responde a una historia de ser-inmigrante-en-Chile marcada por su estigmatización, en donde su origen define a la interacción chileno-otro, quien según de donde sea, cuál sea su nacionalidad, será puesto en una escala y evaluado y por ende tratado diferencialmente, negativamente si es inmigrante, positivamente si es extranjero. Esto puede explicar la reacción de quien es tratado de manera racista y excluyente por el mero hecho de portar una de las seis nacionalidades desvalorizadas y racializadas, por lo cual ante la pregunta de este origen se defiende anticipando el rechazo dado por la respuesta. Por lo mismo, en el hospital se justifica el

hecho de no preguntar la nacionalidad de los pacientes o de sus acompañantes (que tiene que ver también con una falta de actualización en la planilla de preguntas de identificación de los pacientes) como una medida de cautela, de no diferenciación, donde se advierte que se trata a todos por igual. Muchas veces en el trabajo de campo, cuando se solicitaban datos o registros de los pacientes según sus nacionalidades a las funcionarias de OIRS de los distintos policlínicos del hospital según especialidades, las respuestas eran de este estilo:

'No, acá nosotros no hacemos diferencias, acá no hay desigualdad' me dijo, 'acá no hay desigualdad, entonces no hay registro diferenciados, acá se tratan igual'. **(03 de diciembre 2015, policlínico Neurología)**

Pero curiosamente, esta idea, esta cautela, esconde el racismo del cual se piensa defender; es un antirracismo totalmente racista, donde se asume que son todos iguales por el hecho de no tener nacionalidad (no mencionarla, callarla, negarla) y que esta igualdad de trato y atención podría verse afectada al momento de identificar o simplemente archivar las nacionalidades de quienes se atienden. Lo cual devela, entonces, que el conocimiento de la nacionalidad (algunas) de los pacientes, pueden dar origen a tratos desiguales. El problema no es el reconocimiento de la nacionalidad, el problema es que este reconocimiento sea un problema.

4.3 Racialización jerárquica de la práctica médica

Respecto al vínculo entre racialización jerárquica y la práctica y el saber médico como tales, vimos que desde los discursos de los/as médicos, una vez más operaba de manera a veces implícita pero también explícita una jerarquización del que hacer médico entre países latinoamericanos, o más específicamente entre los países de emigración y en este caso Chile, como el país de inmigración. Lo mismo ocurre con la legitimación de distintos saberes médicos. En la cúspide se encuentra el sistema de salud público chileno con su concomitante saber biomédico, y luego, por debajo, los sistemas de salud pública de los países de emigración y otros posibles saberes médicos diferentes al biomédico hegemónico.

Reconocimiento diferencial de los servicios públicos

Al preguntar a las acompañantes qué sistema de salud pública preferían, el del país de origen o el chileno, la mayoría respondió el chileno debido a la prestación gratuita de medicamentos, el bajo costo de la atención y en algunos casos por mejor infraestructura.

En la misma línea, los médicos en su totalidad coincidían en que en Chile hay mayor y mejor cobertura de salud que en los países de emigración. La razón pareciera ser fundamentalmente la falta de programas de inmunización en aquellos países:

En el caso mío es variable, a veces tenemos que poner al día las vacunas porque no han estado al día (Infectología)

Creo que si hay que reconocer de que países como Haití, algunos sectores de Bolivia, más rurales, de Perú probablemente, donde el acceso a la salud y las coberturas de los programas de promoción y prevención como la vacunación, la alimentación complementaria, que aquí a nosotros es algo que es lógico, que todos tienen acceso, allá no se da, acá no es tal. (NANEAS)

En Haití es terrible la cosa nadie, casi nadie tiene vacuna o no saben qué vacunas tienen porque no hay programa de vacuna entonces los que se vacunan es porque llegan grupos así de voluntarios, de ayuda, y a veces, yo me fijaba porque veía al niño con tres cicatrices de BCG, la que deja la, de la tuberculosis. Y claro, como el que, la mamá no sabe y el otro tampoco llegan y le ponen, le ponen tres veces la misma [ríe]. (Broncopulmonar)

A pesar de que en general los/as entrevistados/as concuerdan, vemos que los médicos muchas veces sobrevaloran el sistema público de salud chileno a la vez que subvaloran el de los países de origen de los inmigrantes, idealizando el primero y desconociendo sus falencias y trabas:

Pero una vez que tienen los papeles le sacan provecho ilustre porque ellos no están, si tú estás deprivado de eso, si en tu condición, en tu ambiente ir al médico es casi un lujo que te atiendan, obviamente cuando te ofrezco que puedes ir todas las veces que quieras, porque el sistema no tiene tope digamos, tú podrías ir a consultar diez

veces si quieres, mientras tengas hora y todo eso y puedas ir a los servicios de urgencia y te van a regalar los medicamentos, y vas al consultorio y si estás enfermo te van a regalar además los medicamentos y tienen un amplio stock, ellos le sacan mucho provecho a eso entonces yo no veo que en general tengan mayor problemas.

(Infectología)

Sí, yo creo que uno tiene que estar consciente de varias diferencias que tienen con la población nacional, el concepto de enfermedad, del sistema público a veces es bien diferente. Específicamente el niño peruano que yo le comentaba estuvo muy complicado porque el concepto de los padres era que los niños vienen al hospital a morir, entonces si ellos no ven que el niño está en una condición ya extrema ven otras alternativas de consulta y de llegar a los médicos. Probablemente eso es, ocurre también en otros países vecinos, de que el sistema público no es del nivel que tenemos nosotros. (Inmunología-reumatología)

Esta última cita nos hace pensar si efectivamente este niño peruano llegó en un estado de salud extremo al hospital porque sus padres tenían una concepción cultural distinta del sistema de salud o porque, como inmigrantes y como pobres están sujetos a condiciones socioeconómicas que los obligan a enfrentar la enfermedad solo cuando ya no se puede no enfrentarla. Cabe destacar que el niño al que se refería no tenía aún su situación migratoria regularizada. Por lo tanto, pensamos que si bien las mujeres inmigrantes entrevistadas en general evalúan mejor el sistema público de salud chileno que el de sus países de origen, los médicos idealizan el sistema nacional y pareciera que cuando advierten sus problemas, los atribuyen, en el caso de la atención a inmigrantes, a diferencias culturales antes que al complejo sistema migratorio que comienza con la expulsión por la pobreza en los países de origen, pasando por las dificultades jurídicas (burocráticas y monetarias) que entorpecen la regulación de la situación migratoria, y por ende obtener los beneficios del Seguro Social de Salud (permitiéndoles solo acceder a la atención de urgencia).

Además, no se consideró, en la comparación/valoración del sistema de salud público chileno y de otros países de Latinoamérica, la falta de visión *intercultural* de nuestro sistema en comparación a otros como por ejemplo el de Bolivia, cuestión que toca

directamente la realidad de este hospital en particular, el cual debe su Comité de Interculturalidad al Convenio de Hermandad y Cooperación que mantiene con el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la Paz, iniciativa que le permitió conocer y tomar como ejemplo el modelo de atención con enfoque intercultural que se desarrolla en este hospital. Esta falta de consideración de la interculturalidad como criterio de evaluación de los sistemas de salud da cuenta de las prioridades, de lo que es significativo y lo que no para los funcionarios de salud en Chile, y de la naturalización de la verticalidad organizacional donde los hospitales se organizan a partir de un grupo que actúa sobre un grupo pasivo.

Reconocimiento diferencial de los saberes médicos

Finalmente quisimos indagar en los posibles *otros* saberes médicos que traen consigo las acompañantes con el fin de aportar a la discusión sobre la descolonización del saber, entendiéndola como un principio fundamental para la interculturalidad médica. Porque no podemos descartar que haya inmigrantes, así como poblaciones al interior de Chile, que traigan consigo otros saberes médicos, otras historias y culturas sanitarias que difieran a la imperante en Chile y sus hospitales. Con esto, partimos de la base que existen diferentes concepciones médicas que están en constante disputa, pero aun así la concepción imperante en Chile y en el mundo occidental es la concepción biomédica que ha logrado imponerse por sobre otras y por ende en la capacidad de las propias personas a decidir cómo tratarse y bajo qué criterios de entendimiento de sí mismos y su salud.

El Comité de Interculturalidad del HEGC ha implementado una serie de medidas para incorporar la medicina mapuche en los tratamientos hospitalarios para los pacientes que lo necesiten. Así se cuenta con una ruca en el Hospital Barros Luco (ubicado a pocas cuadras del HEGC), la presencia de una machi (perteneciente a la comunidad mapuche Ñuke Mapu Newen, compuesta por miembros del comité) y con recursos para realizar talleres de medicina tradicional mapuche o alópata gracias a fondos del programa PEPSI.

A partir de estas medidas de acción del Comité para el cual buscamos contribuir con esta investigación es que nos preguntamos acerca del conocimiento y el uso de otros saberes medicinales por parte de la población inmigrante que acompaña a los pacientes HHI que se atienden en el hospital. Se mencionaron el uso de plantas y hierbas como la manzanilla y la menta para el dolor de estómago, el llantén para curar heridas de la piel (S., Perú, y N.,

Perú) el paico, el matico para la cicatrización, el eucalipto por sus propiedades expectorantes (*S., Ecuador*), el orégano para los cólicos y dolores menstruales (**N., Perú**). También hay quienes hacen uso de la medicina homeopática y la acupuntura (**C., Colombia**). Pero hay quienes advirtieron que el uso de estas plantas y hierbas medicinales ha ido disminuyendo en su vivencia en este país debido a la dificultad de encontrar algunas de estas. De todas maneras, como advirtieron los médicos, el uso de este tipo de medicinas se da también en la población chilena, y en ese sentido los inmigrantes, según sus nacionalidades, no se destacan por el uso de saberes médicos alternativos distintos a los que se conocen dentro de estas fronteras.

Lo interesante que surgió frente a esta pregunta, deja de ser si los inmigrantes usan o no otros saberes médicos, porque si es que así lo hacen esto no se da de forma habitual ni se destaca de otros tipos de uso que hacen los mismos chilenos. En cambio, el punto de vista y la sub-valoración de los médicos sobre estas medicinas alternativas que se esconden tras sus discursos, eso sí resulta interesante sobre todo al momento de plantear la necesidad de ampliar la medicina occidental/izada y construir espacios hospitalarios que respeten y ofrezcan otro tipo de servicios médicos para disminuir la imposición de una única forma de ver y tratar al enfermo, independiente de sus preferencias, creencias y cultura:

La verdad es que como no me ha tocado atender muchos pero yo creo que es lo más probable que en este concepto de cultura médica en buena parte de los inmigrantes hay muchos más conceptos mágicos y menos científicos llamémoslo, que nuestra población que tiene otro desarrollo en ese sentido. Incluso yo creo que nuestro país ha evolucionado porque yo que tengo harta experiencia por ejemplo esto de quebrarle el empacho a los niños ya, o desantiguarlo o de otros rituales que podrían ser culturales chamánicos mágicos ya no, es difícil, a lo mejor en el campo, por ahí, en algún lugar muy apartado pero en ese sentido también hemos evolucionado.

(Inmunología-reumatología)

Y los peruanos son iguales a los chilenos, a pesar que los peruanos que vienen tienen mejor nivel educacional que muchas de las personas que atendemos pero

tienen, igual tienen, si tú te ves, que tienen una cosita u otra... un amuleto.

(Broncopulmonar)

En ambas citas se puede ver cómo la medicina occidental está asociada a lo “evolucionado” mientras que las medicinas alternativas están asociadas a lo “mágico”, “menos científico” – lo cual en sí mismo no tendría por qué ser peyorativo, pero se vuelve tal cuando se le contrasta con el desarrollo y la evolución poniendo a estas medicinas como síntomas de atraso—. En la misma línea, sus usos se perciben como consecuencias de falta de educación, por lo cual se advierte que “*a pesar que los peruanos que vienen tienen mejor nivel educacional (...) igual tiene (...) un amuleto*”, como si a mayor educación, menor uso de medicinas alternativas. En ese sentido, se advierte cómo el saber médico occidental, encarnado en los médicos del HEGC en este caso, disputa su lugar de saber anulando, negando y despreciando otro tipo de saberes médicos.

Lo anterior explica que los médicos del HEGC en general admitieran no preguntar a sus pacientes acerca del uso de otros saberes médicos alternativos, como si no existieran o no importaran, o como si no pudieran dialogar con la medicina occidental, separando así a la persona de su entorno, su historia social, cultural y de sus prácticas o consumos cotidianos. Esta lógica de separación, división y rechazo entre saberes o desde el saber médico dominante hacia otros al parecer es reconocida socialmente, por lo cual las mismas acompañantes de los pacientes se adelantan al rechazo del médico acerca del uso de otras medicinas y terapias no “convencionales” omitiéndolo y aceptando la distancia construida entre la medicina occidental y las de otro tipo:

A ver, yo diría que la mayor parte de las veces la gente que viene a buscar medicina en este centro que entregan medicina de tipo occidental suelen no hablar de medicinas alternativas, ellos sienten muchas veces que podrían ofenderlo a uno o enojarlo. Entonces ni chilenos ni extranjeros hablan mucho del tema. (Nutriología)

No, lo que pasa es que al igual que los chilenos, la mayor parte de la gente no dicen, antes me decían ‘no, como usted, yo sé que ustedes no creen en esto, pero yo lo hago igual’ (Broncopulmonar)

Pero yo creo que para los médicos no sé po, es algo ilógico, es como que estarían contradiciendo lo que ellos dicen, ellos dan medicina, medicamentos, pastillas, y eso y dar algo natural sería como ir en contra de lo que ellos dan. Yo pienso que por eso no se manejan mucho. Pero, pero, yo pienso que sería bueno si porque sería como un complementario, ayudar a la medicina con lo natural. (S., Perú)

O sea es que eso sería genial pero es que los médicos no, no, ellos no creen en eso. O sea por ejemplo ahora nosotros hemos querido como darle también a ella el aceite de cannabis que ahora se está comentando tanto que le ha servido a tantos niños y todos, pero por ejemplo el neurólogo que ve a Samantha o sea es enemigo número uno de eso, dice que no, que se necesitan estudios, que puede envenenarlos. (C., Colombia)

De estas citas resulta interesante detenerse en cómo finalmente la aceptación o no de distintos tipos de medicina se asocia a la creencia de las personas, y por lo tanto lo que está en disputa detrás de los distintos tipos de medicina es la disputa por las diferentes concepciones o puntos de vista acerca del ser humano y su entorno, en donde se ha impuesto una visión cartesiana biomédica, pero que no ha logrado erradicar otras creencias que implican el uso de otras medicinas y formas de cuidar al cuerpo y la persona.

Por otro lado, aunque nos encontramos con puntos de vista peyorativos por parte de los médicos sobre las medicinas alternativas, al mismo tiempo los mismos médicos reconocen la importancia de conocerlas ya que como es de esperar, cualquier intervención corporal o psíquica de cualquier tipo, a partir de cualquier elemento, tiene un impacto en la persona que se-interviene por lo cual no se pueden pasar por alto estas otras medicinas a la hora de la comprensión de la persona, su enfermedad, su salud y por tanto su sanación. Porque incluso pueden afectar positiva o negativamente la terapia médica occidental:

También de algunos sectores siguen confiando mucho en las agüitas y en las hierbas medicinales que por lo demás algunas son bastante útiles y que uno tiene que aceptarlas. (...) De repente le refieren a uno, le hacen preguntas, yo creo que la recomendación o el planteamiento médico es que si eso no interfiere con el tratamiento indicado y el tratamiento llamémoslo ortodoxo no hay inconveniente a

no ser de que haya demostrado claramente que hayan efectos adversos. Por decirle cosas tan simples, está demostrado por ejemplo que le té interfiere con la absorción del fierro y entonces una persona y un niño que tiene anemia por supuesto que uno le indica que no debería tomar té, que no debería tomar algunas de estas agüitas de canela y otras cosas que tienen una interferencia demostrada con los efectos que uno está tratando de conseguir con el tratamiento farmacológico comprobado, digamos. Entonces también es de un doble faz, eso porque si bien hay hierbas que contienen por decirle antiespasmódicos, sedantes, que pueden ser útiles en los momentos pa calmar un dolor o algo más leve, hay otros que pueden interferir con el tratamiento médico. (Inmunología-reumatología)

Pero hay otros que hay que saber porque pueden ser, por ejemplo el orégano a las guaguas de dos meses les puede dar botulismo, de hecho hemos tenido, este año tuvimos dos niños con botulismo porque en una la mamá le compró gotas de miel y le limpiaba la boca con miel de bórax, lo hacía pensando que eso era, porque es una, así nadie le va a indicar miel de bórax a una guagua de dos meses acá porque la miel tiene polen y tiene bichos y pueden tener una bacteria (Broncopulmonar)

M: Si las uso, me las tomo como un té. Ahora que me operaron de la vesícula comencé a tomar matico y se me empezó a cicatrizar más rápido la hernia.

E: Ya, ¿y usted le ha comentado eso al médico?

M: Sí, porque cuando me fui a hacerme curaciones, porque me habían quedado una abierta y yo le dije que cómo me podía curar eso y me dijo que no, que siga tomando agüita de matico que eso es cicatrizante. Igual me cicatrizó. (S. Ecuador)

A partir de esto reconocemos la importancia, y la necesidad, de abrir las puertas a la participación de los inmigrantes en la definición de sus necesidades de salud, mediante la consideración de sus aspectos psico-sociales y culturales. Y al mismo tiempo, reconocer y superar la sobrevaloración del conocimiento biomédico (fisiológico y tecnológico) como la versión más legítima respecto a los procesos de salud y enfermedad.

VI. Conclusiones

Las conclusiones finales de esta investigación se presentan en dos partes: primero, como síntesis de los hallazgos, ordenada según los objetivos que nos planteamos inicialmente. Y segundo, como recomendaciones para el hospital en general y su Comité de Interculturalidad en particular, sobre su quehacer respecto a los HHI que se atienden y las mujeres que los/as acompañan.

Para lograr comprender las características de las interacciones entre los médicos y las mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes niños y niñas hijos/as de inmigrantes al HEGC, según los discursos y puntos de vista de estos actores, y a partir de esta comprensión, contribuir al Comité de Interculturalidad del hospital en el desarrollo de la línea de intervención respecto a la población inmigrante que acude al hospital, nos planteamos tres objetivos específicos que a nuestro parecer permitirían lograr este cometido.

En primer lugar se buscó caracterizar a los pacientes HHI y las mujeres que los acompañan. Tanto la composición de la muestra como los discursos de los médicos dan cuenta de que los *extranjeros* que acuden al HEGC son los *inmigrantes* de este país, es decir, personas de las seis nacionalidades estigmatizadas en Chile por su condición social y origen nacional racializado. El o los estigmas que portan estas nacionalidades salen a la luz desde un comienzo; cuando una acompañante de doble nacionalidad esconde sus orígenes latinoamericanos reconociendo únicamente su nacionalidad europea o cuando los médicos identifican y describen a peruanos y bolivianos a partir desde sus rasgos indígenas, comprendidos como un atributo desacreditador asociado a una “belleza inferior” respecto a la concepción de belleza occidental, blanqueada, racializada, que ha adoptado Chile como proceso de formación y reconocimiento de una falsa identidad (fenotípica y cultural) chilena. Por otro lado, los puntos de vista de los médicos del hospital dan a conocer un nuevo y “omnipresente” fenómeno (discursivo): la población inmigrante se divide marcadamente en dos nacionalidades o grupos étnicos: peruanos y haitianos. Los primeros pareciesen condensar a todos las y los inmigrantes que han llegado al país durante las últimas décadas, mientras que los segundos asumen a todos los *negros* que han llegado en

los últimos años, lo cual explica, por ejemplo, que ningún médico se refiera a la presencia de dominicanos (ni en Chile ni en el hospital). El *haitiano*, ahora por sobre el *peruano* se presenta como el “nuevo” *inmigrante*, el “nuevo” *otro* por excelencia, el más pobre, más *negro* y más diferente culturalmente, que no comparte nuestro idioma, que no es capaz de entendernos y por ende se vuelve la otredad más problemática en nuestras interacciones cotidianas. Otro hallazgo importante refiere al género y al rol de género de los acompañantes, ya sean chilenos o inmigrantes: en general son las mujeres las que acompañan a los pacientes niños/as. Este rol de cuidado y acompañamiento está naturalizado, es reforzado y exigido por los mismos médicos, sin ponerlo en cuestión y sin reconocer su importancia para el quehacer del equipo de salud (que necesita de este rol muchas veces para alivianar la carga laboral, sobre todo en el caso de pacientes hospitalizados) y la dedicación que implica como labor social –reproduciendo el modelo sexista del cuidado y acompañamiento del enfermo/a. De aquí surge la pregunta sobre qué ocurre con aquellos niños y niñas enfermos que no tienen acompañantes que logren cumplir este rol de cuidado debido a la falta de tiempo, por lo que implica mantener un trabajo asalariado –¿dónde y cómo tratan su salud, quién los acompaña?–. Este rol se complejiza además cuando los pacientes tienen enfermedades crónicas, imposibilitando a las mujeres a trabajar –reduciendo los ingresos económicos–, cumplir con otras labores de cuidado asumidas por el género femenino –hacerse cargo de otros familiares y de las tareas domésticas–, dando cuenta del “síndrome de la cuidadora”. Y afecta directamente al niño/a, tanto desde un plano emocional porque se siente culpable al consumir el tiempo de la mujer en lo que respecta a su cuidado, como en su formación escolar, donde los establecimientos educacionales penalizan al paciente por su inconstancia debido a la enfermedad en vez de abrir nuevas posibilidades acordes a su situación social y de salud. Con esto abrimos paso a pensar las enfermedades como problemas sociales y no únicamente biológicos, donde no solo la posibilidad de curarse sino que incluso la posibilidad misma de enfermarse depende de condiciones de posibilidad, sociales y económicas que no toda la población comparte.

El segundo objetivo específico buscaba analizar las interacciones entre los médicos y las mujeres inmigrantes que acompañan a los pacientes HHI que se atienden en el hospital, lo cual se realizó a partir del análisis de los discursos de los actores y de las observaciones de

campo. Para lograr este cometido pensamos que sería necesario conocer antes el contexto sanitario en que se dan estas interacciones –el HEGC– desde la comprensión de los y las entrevistadas. Primero vimos que no se presentan mayores problemas de acceso para los pacientes HHI, ya que la mayoría viene derivado de la atención primaria donde ya han regularizado su situación o porque son chilenos. El acceso de pacientes en situación migratoria irregular al HEGC solo se da en el caso de la Urgencia (dado a una obligatoriedad legal), cuestión sobre la cual los médicos tienen distintos puntos de vista que permiten interpretar cómo éstos comprenden no solamente al inmigrante irregular sino que al ser humano como tal: por un lado, se defiende esta obligatoriedad legal desde el punto de vista de los derechos humanos. También se evalúa positivamente esta medida ya que permite tener un control epidemiológico de la población en Chile, desligándose de una visión de derechos para enfocarse en una médica, estadística. Pero también nos encontramos con discursos en contra de esta medida ya que interferiría con procesos legales, donde la situación política y legal de los pacientes adquiere mayor relevancia que la salud de éstos. O puntos de vistas que apelan a la atención de pacientes, independientemente de su situación migratoria, que residan en Chile y no en el extranjero, enfatizando la imagen del enemigo externo de la nación. Finalmente destacamos un punto de vista acerca de los inmigrantes entendidos como delincuentes, lo cual se condice con discursos de políticos de derecha (como el mismo candidato presidencial Sebastián Piñera), que hemos venido escuchando en este último tiempo respecto a la temática de la inmigración en Chile. Al respecto interesa detenerse en el análisis del sociólogo argelino Sayad (1998), quien se refiere a la *doble condena* que sufre todo inmigrante, que, inserto en un contexto de Estado nacional, es inherentemente catalogado, por la condición misma de la inmigración, en un estatus de delincuente. Por cualquier falta o delito cometido por el inmigrante se le juzga por “doble condena”, donde el delito judicial agrava la falta de ser inmigrante. Con esto, el autor busca dar cuenta que pensar la inmigración sirve para pensar y desnaturalizar el *pensamiento de Estado* –como estructuras mentales individuales que son el reflejo de las estructuras del Estado, interiorizadas e incorporadas; el pensamiento de Estado sería el pensamiento de los nacionales–, dar cuenta de este *nosotros*, y comprender cómo la delincuencia (de estatus) surge de esta forma de pensar nacional(ista). Esta idea se repite en los discursos de las propias entrevistadas, quienes advierten que por el mero hecho

de ser inmigrantes sienten que deben tener mayor cuidado con la policía, independiente de su estatus migratorio. Adentrándonos en lo que ocurre una vez insertos los HHI en el hospital, concluimos que en relación al servicio y trato recibido por las entrevistadas, en general se evalúa positivamente, cuestión que coincide con los logros del hospital –estar re-acreditado en calidad y seguridad del paciente y ser el hospital del SSMS mejor evaluado por los usuarios en el trato–, pero que pudiese ponerse en cuestión por las condiciones de producción de las entrevistas, donde la entrevistadora se presenta a las entrevistadas con una máscara institucional –con un delantal y una credencial– que posiblemente impide la emergencia de discursos críticos a la organización. Las pocas críticas hacen alusión a problemas de infraestructura, sobre todo la falta de comodidades disponibles para realizar dignamente la labor de cuidadora en Hospitalizados, y al estado de burocratización del sistema que se traduce en largas esperas y en la dificultad de tomar horas para ser atendido. Por otro lado, respecto a la percepción de los médicos sobre las condiciones médicas de los pacientes HHI que llegan a atenderse al recinto, vimos que hay tensiones y contradicciones en los puntos de vista respecto al estado de salud general de éstos y a las patologías que portan. Se declaran ciertas patologías específicas a la población inmigrante, como el caso de la anemia falciforme que atañe principalmente a personas negras, que son poco conocidas en la práctica por los médicos chilenos lo cual dificulta su diagnóstico y genera dudas en su tratamiento, cuestión que pone en riesgo la salud de los enfermos que padecen tal enfermedad. En la misma línea, los médicos en general asumen que la mayoría de los portadores de tuberculosis en Chile son inmigrantes. Pero esta idea no se condice ni con la realidad (estadística) ni con los discursos de los médicos que tratan específicamente esta enfermedad, dando cuenta de cómo los médicos muchas veces también se refieren a las enfermedades desde el sentido común.

Se comprendió el escenario que reúne a médicos y acompañantes, lo cual nos sirvió de base para cumplir con el segundo objetivo específico. El análisis de los puntos de vistas de los actores arrojó que la relación médico-paciente es concebida por los primeros como una relación que ha ido tomando distancia (debido a la mediación institucional). Pero esta distancia se acrecienta con los pacientes del servicio privado, quienes son percibidos como más demandantes, exigentes y desconfiados que los pacientes del servicio público, quienes

son más amables, agradecidos y sumisos debido a la falta de capital cultural que permitiría poner en cuestión el quehacer médico. Al mismo tiempo, los médicos son percibidos como los actores más lejanos dentro del equipo de salud; esta distancia permite que los medios de comunicación se presenten como uno de los pocos mediadores posibles entre los/as acompañantes y los médicos, y la propia institución, instaurando un ambiente más conflictivo y sensacionalista. Esta distancia instaurada no permite mayor profundidad en las interacciones entre los actores, volviéndolas superficiales y acotadas a la práctica médica, por lo cual se agotan en las interacciones de primer orden, cobrando importancia así el saludo inicial. A partir de éste, los médicos describen a las acompañantes inmigrantes como más educadas y sumisas que los chilenos a la hora de presentarse en la interacción. Otro aspecto que limita el desarrollo de esta relación son los problemas de comunicación que se presentan en el cara a cara de las interacciones entre chilenos e inmigrantes. Muchas veces los problemas de comunicación no tienen que ver exclusivamente con el idioma o las diferentes formas de habla sino que remiten al contexto mismo de la interacción – acompañantes acompañando a niños/as enfermos–, interacción marcada por la preocupación, el dolor y el sufrimiento de un grupo de actores que debe estar atento a las indicaciones y recomendaciones del equipo médico, ajeno emocionalmente (o familiarmente) a la situación. Los problemas de comunicación afectan directamente las interacciones entre médicos y acompañantes, y por ende la construcción de la ficha clínica del paciente y la realización de la anamnesis. Pero la falta de conocimientos por parte de los médicos sobre las realidades epidemiológicas y patológicas de los países de origen de los inmigrantes, además de sus realidades socio-económicas y culturales resulta ser un problema mayor a la hora de conocer a sus pacientes y por lo tanto de detectar adecuadamente los males que padecen.

Como tercer y último objetivo específico, nos planteamos explorar y describir las posibles prácticas discriminatorias y racistas por parte del equipo de salud del HEGC hacia los pacientes HHI y las mujeres que los acompañan. Recordamos que entendemos el racismo como “el proceso de producción e inscripción en los cuerpos de marcas o estigmas sociales de carácter racial derivados del sistema colonial europeo y la conformación de identidades nacionales chilenas, en que determinados rasgos corporalizados son considerados

jerárquicamente inferiores frente al ‘nosotros’, justificando distintas formas de violencia, desprecio, intolerancia, humillación y explotación en las que el racismo adquiere una dimensión práctica y negativa en la experiencia de las comunidades de inmigrantes, los pueblos originarios y la población chilena en nuestro país” (Tijoux, 2016: 269). Al respecto, y volviendo al objetivo anterior, es importante señalar que tanto las mujeres entrevistadas como los médicos reconocen que la relación médico-paciente niño/a es menos problemática que la médico-paciente adulto, ya que los primeros se relacionan con los segundos desde la empatía, los sentimientos de ternura. En ese sentido, todos los prejuicios que se tienen contra los inmigrantes no se manifiestan en las interacciones con los HHI, ya que el hecho de ser niños/as y la necesidad de protegerlos y brindarles salud prima por sobre cualquier atributo desacreditador que pudiese entorpecer la relación. Como mencionaban los médicos, el hecho de no agradecerles un acompañante no implica en ningún caso que el niño/a no les agrade, o dicho de otro modo, no interfiere en las interacciones que tengan con éste. Por esto mismo, por las condiciones de producción de las entrevistas, por la dificultad de hablar sobre el racismo y por la orientación a la interculturalidad de la organización es que ningún entrevistado se refirió a alguna experiencia de discriminación en el hospital. Solo presenciamos en terreno la reacción de un acompañante haitiano que atribuyó la muerte de su hijo en Urgencia a su color de piel, alegando que por el hecho de ser negros no los habían atendido como corresponde, lo que según él había traído como consecuencia la muerte del paciente (cuestión que fue omitida por el médico aludido). Esto da cuenta de cómo sienten, viven y perciben el racismo en Chile los inmigrantes, como están acostumbrados a ser tratados diferencialmente por su clase, raza y nación, atribuyendo como causa de sus problemas en este país, tengan razón o no, al racismo y a la exclusión. Si bien no se detectaron prácticas racistas directas contra los pacientes HHI ni sus acompañantes, los discursos de los médicos develan muchas veces visiones y concepciones culturalistas que devienen en racismo cuando se asume a la cultura del *otro* como inferior. Aquí nos remitimos a la jerarquización de las lenguas y los diferenciados capitales lingüísticos que son concebidos desde la “falta de” cultura. Volviendo a los problemas de comunicación, el mayor problema se presenta frente a acompañantes haitianos que no manejan el idioma español, quienes además son asumidos culturalmente como inferiores y, por ende, incapaces de lograr comunicarse, de entender o hacerse

entender; cuyo idioma materno, el creole, es mal comprendido como un dialecto, una derivación del francés, un idioma mal hablado y, por lo tanto es asumido a la primera peyorativamente, lo cual no podemos dejar de pensar que afecta en las interacciones y en las voluntades de los médicos por buscar la mutua comprensión. Pero esta barrera comunicacional nuevamente no interviene en las interacciones con los pacientes HHI ya que al ser en su mayoría lactantes, o también niños/as, no se les exigen capitales lingüísticos particulares y, por lo mismo no son jerarquizados racial, cultural y lingüísticamente. El caso más evidente de puntos de vista y discursos racistas deviene de un médico en particular, quien usa su experiencia en Haití para hablar mal del país y de los emigrantes de éste –exagerando su pobreza, su nivel educacional, su estado psíquico-cognitivo y de salud–, asumiendo en primer lugar que la única opción de los haitianos para emigrar es cometer algún acto ilícito, remitiéndonos nuevamente a la idea del inmigrante como delincuente. Lo que refuerza comparando las prácticas religiosas del vudú con las prácticas del grupo terrorista ISIS. Así, desde la ignorancia y la violencia admite explícitamente su desagrado para con esta población. Otro fenómeno que llama la atención y da cuenta de un neorracismo asumido inconscientemente por los funcionarios del hospital es que se condene preguntar la nacionalidad de los pacientes, apelando a un trato igualitario de éstos, como si conocer sus nacionalidades pudiese impedir tratarlos igualitariamente. Finalmente nos referimos a lo que podríamos llamar una racialización jerárquica de la práctica médica, donde los médicos del hospital posicionan al sistema público chileno por encima del de los países de emigración (de las seis nacionalidades), debido a una mayor cobertura de atención a la población y por la puesta en marcha de eficientes programas de inmunización, que según su experiencia con pacientes HHI parecieran no tener otros países de emigración. En ese sentido, se habla de diferentes concepciones de salud en estos países, inculcadas desde las instituciones de salud, asociando muchas veces el mal estado de salud de los pacientes HHI que llegan al hospital a estas diferentes concepciones, sin remarcar sus condiciones socio-económicas ni políticas, para el caso de los pacientes irregulares, que dificultan y determinan la salud (y el acceso a) de éstos. No se evidencian mayores críticas al sistema nacional, al contrario, se sobrevalora, sobre todo al momento de ponerlo en perspectiva respecto a otros sistemas de salud latinoamericanos. En la misma línea, tanto para las acompañantes entrevistadas como los médicos, la falta de visión y práctica

intercultural en Chile respecto a otros países (como Bolivia, por ejemplo) no es un criterio que determine la calidad de los servicios. Esta racialización jerárquica de la práctica médica se vislumbra también respecto al(a los) saber(es) médico(s): entendiendo al racismo como un mecanismo de negación o jerarquización de las diferencias que opera en todo ámbito social, incluso en las visiones de salud, donde en el caso de Chile se impone una única visión biomédica, propia de la *ciencia*: blanca, masculina, europea y occidental. Y al imponerse esta visión hegemónica, se niegan otras o se subvaloran, relegándolas al plano de lo inferior, lo poco evolucionado y, por ende, lo poco confiable. Se racializan así incluso los saberes médicos asociados a etnias o naciones, negando una historia de aprendizaje y conocimiento que ha servido para otorgar salud a nuestros antepasados y a nuestros contemporáneos.

Recomendaciones

A partir de lo anterior, de la experiencia en terreno, de los discursos de los entrevistados y de la totalidad de los datos recopilados en esta investigación –no todos los cuales fueron tratados por la necesidad de acotarnos a los objetivos propios de este estudio– y de las recomendaciones de Políticas Públicas expuestas en el libro “Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración” (Tijoux, 2016), producto del trabajo en el cual participé para el Fondecyt N° 1130203, procederemos a detallar una serie de recomendaciones que creemos que podrían ser útiles para todos los funcionarios del hospital Exequiel González Cortés, considerando administrativos, el equipo de salud y miembros del Comité de Interculturalidad, con el fin de contribuir en el desarrollo de la línea de intervención respecto a la población inmigrante que se atiende y acompaña a los pacientes HHI:

- 1- Capacitar a los funcionarios sobre los derechos y deberes de las personas inmigrantes con el fin de reducir al mínimo la discrecionalidad.
- 2- Implementar campañas de difusión y mecanismos permanentes de información para las personas inmigrantes sobre sus derechos y deberes de atención en salud, sobre el funcionamiento del sistema de salud, y sensibilizar al personal sobre la necesidad de transmitir a todos los usuarios las normas de funcionamiento del hospital.

- 3- Fortalecer la coordinación entre instituciones administrativas tales como Departamento de Extranjería y Migración, Registro Civil, FONASA, entre otros, con el fin de reducir barreras administrativas en el acceso de atención de salud.
- 4- Fortalecer la coordinación con los otros establecimientos de salud del SSMS, ya sean de atención primaria, secundaria o terciaria, con el fin de reducir barreras administrativas en el acceso de atención de salud y en la información sobre la situación previsional de los pacientes.
- 5- Registrar y sistematizar los registros de las nacionalidades de los pacientes y de sus padres con el fin de disponer de esta variable para estudios epidemiológicos y sociales.
- 6- Reducir barreras idiomáticas a través de la traducción de documentos de salud básicos –incluyendo documentos administrativos–, la creación de herramientas que faciliten la atención médica y la incorporación de intérpretes profesionalizados. Insistimos en que tal trabajo no debe descansar en el voluntariado de hablantes, antes bien debe constituir un área de profesionalización y empleabilidad.
- 7- Desnaturalizar y reconocer la importancia de la labor de las mujeres acompañantes en el cuidado de los pacientes niños/as. Promover la incorporación de los hombres a esta labor y facilitarla mediante mejoras de infraestructura, como por ejemplo con sillas o camas más cómodas para los/as acompañantes en la sección de Hospitalizados.
- 8- Asegurar la idoneidad y la experticia de los profesionales que trabajan en el Comité de Interculturalidad en la línea de intervención respecto a la población inmigrante. Considerar la incorporación al Comité de expertos portadores de las nacionalidades de inmigración.
- 9- Considerar la integración de médicos al Comité de Interculturalidad²² para asegurar la presencia, y la experiencia, de todos los actores con sus relativas ocupaciones que interactúan en el hospital con pacientes HHI y sus acompañantes.

²² El Comité de Interculturalidad está integrado por un grupo multidisciplinar del hospital: enfermeras, periodistas, asistentes sociales, técnicos paramédicos, personal administrativo y miembros de la comunidad mapuche Ñuke Mapu Newen.

- 10- Dar a conocer el funcionamiento y objetivos del Comité de Interculturalidad al equipo de salud y a la población usuaria en general, tanto en su línea de intervención con población mapuche como inmigrante, para otorgarle visibilidad y posicionarlo como una instancia informativa y resolutoria de posibles conflictos.
- 11- Utilizar los espacios de espera y atención de salud para el desarrollo de actividades de información y sensibilización de pacientes y profesionales en lo relativo al racismo. Promover manifestaciones artísticas que aboguen por una educación contra el racismo.
- 12- Incorporar la decoración y celebración de las fiestas patrias de los seis países de inmigración en la agenda de celebraciones que se desarrollan al interior del hospital.
- 13- Sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre los determinantes sociales de la salud y la complejidad de las realidades y las experiencias de las personas migrantes.
- 14- Poner en cuestión y tener precaución a la hora de referirse desde el sentido común a los inmigrantes como “grupo de riesgo” en ciertas patologías, como por ejemplo la tuberculosis, negando sus particularidades, racializando y esencializando a esta “comunidad”.
- 15- Capacitar al equipo de salud en detección y tratamiento de patologías específicas de la población inmigrante (como por ejemplo, la anemia falciforme) con el fin de reducir confusiones y dudas a la hora de ser tratadas.
- 16- Preguntar a los acompañantes por el uso de medicinas alternativas con el fin de integrarlas en el tratamiento biomédico, reconocer la interculturalidad médica y romper con la visión separatista y competitiva de las diversas medicinas.
- 17- En caso de advertir interés y uso de plantas y hierbas medicinales por parte de los usuarios, recomendar la visita a la ruca de la comunidad mapuche Ñuke Mapu Newen.
- 18- Promover estudios médicos y sociales sobre las enfermedades que los inmigrantes desarrollan una vez arribados al país, dando cuenta de las determinantes sociales de la enfermedad.

- 19- Promover estudios sociales desde investigadores inmigrantes o chilenos con la ayuda de traductores, con el fin de reducir las barreras idiomáticas y conocer en mayor profundidad a poblaciones dejadas de lado por éstas.
- 20- Promover estudios sociales sobre la población gitana que se atiende en el hospital, concebida como problemática por los funcionarios.
- 21- Autoeducarse y pensarse desde el racismo con el fin de detectarlo y combatirlo.

Referencias

- AGCI (2013) *Noticia: Proyecto de Cooperación chilena fortalece salud pediátrica en Bolivia*. Ministerio de Relaciones Exteriores. Recuperado de: <http://www.agci.cl/index.php/noticias/1086-proyecto-de-cooperacion-chilena-fortalece-salud-pediatrica-en-bolivia>
- Alarcón, C., y Carrasco, M. (2013) *Migración y psicología: identidad: niños peruanos inmigrantes en Chile*. (Tesis de grado inédita). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Archer, M. (2009) *Teoría social realista: El enfoque morfogenético*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Arteaga, O., Fuentes, A., Vera, A., y Torres, R. (2013) *Estudio Nacional de Evaluación de Percepción del Trato a Usuarios en Establecimientos de Salud Municipal del Sistema Público de Salud. Informe Final de Resultados*. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Balibar, E., y Wallerstein, I. (1988) *Raza, Nación y Clase*. Madrid, España: IEPALA.
- Becerra, M., y Altimir, L. “El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental”. En: *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos*. ACNUR, OIM, UNICEF, Santiago de Chile 2012.
- Bello, A. (2002) *Hegemonía, historia y pueblos indígenas en la formación del Estado-nación chileno*. Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas.
- Bourdieu, P. (1985) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid, España: Ediciones Akal.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (1995) *Respuestas: por una antropología reflexiva*. México: Editorial Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1999a) *Meditaciones pascalianas*. Barcelona, España: Anagrama.

- Bourdieu, P. (1999b) *La miseria del mundo*. Madrid, España: Ediciones Akal, S.A.
- Bourdieu, P (2007) *El sentido práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2005) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Calderón, F., Hopenhayn, M., y Ottone, E. (1996) *Esa esquiva modernidad. Desarrollo, ciudadanía y cultura en América Latina y el Caribe*. (UNESCO) Caracas, Venezuela: Editorial Nueva Sociedad.
- Canales, M. (coordinador-editor) (2006). *Metodologías de la investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Carrillo, C. (2013) *Inclusión educativa de hijos de inmigrantes en Chile. Un estudio de caso*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Carrillo, C. (s.f.) *Migrantes internacionales “negros” y/o afrodescendientes en Chile: conjugados entre lo visible y lo invisible*. Santiago de Chile: GT N° 26, Sociología del cuerpo y las emociones, Universidad de Chile.
- Ceriani, P., García, L., y Gómez, A. (2014) *Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe*. Brasilia, Brasil: REMHUM.
- Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (2008) *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana*. MINSAL/OIM, Santiago, Chile. Recuperado de: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_inmigrante/informefinal.pdf
- Constitución Política de la República de Chile. (2009) Recuperado de: http://www.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/constitucion_politica_2009.pdf

- Correa, J. (2013) *Capitales culturales de niños/as hijos/as de inmigrantes peruanos desde la perspectiva de la comunidad educativa de escuelas básicas de Santiago de Chile*. (Tesis de grado inédita), Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Cortez, A., Loredo, P., Muñoz, C., Rodríguez, M., y Vásquez, M (Eds.) (2004) *Niños y Niñas Inmigrantes en Chile: Derechos y Realidades*. Fundación ANIDE, Colectivo Sin Fronteras, Santiago, Chile: LOM
- De la Cruz, Y., Rojas, M., y Salas, L. (1996) *El sistema de salud chileno*. Revista costarricense de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcsp/v5n9/art6.pdf>
- Demoscópica (2009) *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana*. Santiago de Chile.
- Departamento de Extranjería y Migración (2003) *Oficio Circular N°6232*. Ministerio del Interior.
- Departamento de Extranjería y Migración (2016a) *Migración en Chile 2005 – 2014*. Ministerio del Interior. Santiago, Chile.
- DEM, (2016b) *Noticias: “Registro Civil y Departamento de Extranjería reconocerán nacionalidad chilena a “hijos de extranjero transeúnte”*. Recuperado de: <http://www.extranjeria.gob.cl/noticias/2016/05/06/registro-civil-y-departamento-extranjeria-reconoceran-nacionalidad-chilena-a-hijos-de-extranjero-transeunte/>
- Departamento de Extranjería y Migración (s.f.) *Nacionalización*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Recuperado de: <http://www.extranjeria.gob.cl/faq/#nacionalizacion>
- Duarte, C. (2012) *Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción*. Revista Scielo, vol.20 no.36. Santiago, Chile.

- Fassin, D. (Editor) (2000) *Santé, le traitement de la différence*. Hommes & Migrations, N° 1225.
- Fernández, M. (2005) *La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica*. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Feuk, R. Perrault, N., y Delamónica, E. (2010) *La infancia y la migración internacional en América Latina y el Caribe*. En *Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (CEPAL), UNICEF.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Galdámez, L., y Lages de Oliveira, R. (2016) *Informe Temático 2016. Migración y derechos humanos en Chile*. Facultad de Derecho – Universidad de Chile. Santiago, Chile: Centro de Derechos Humanos.
- García, M., Mateo, I., y Maroto, G. (2004). *Impact of caregiving on women's health and quality of life*. Gaceta Sanitaria, 18(Supl. 2), 83-92.
- Goffman, E. (1997) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (2001) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Guasch, O (2002) *Observación participante*. Colección “Cuadernos Metodológicos”, Núm. 20. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guerrero, L., y León, A. (2008) *Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica*. Venezuela: Fermentum.
- HEGC (2015) *Cuenta Pública Hospital Dr. Exequiel González Cortés*. Santiago, Chile: Servicio de Salud Metropolitano Sur, Ministerio de Salud.
- Hernández, P. (2015) *Las mujeres y los movimientos indígenas en América Latina y El Caribe: Propuestas alternativas a la modernidad occidental*. Material del curso

"Nuevas miradas sobre Género y Etnicidad", impartido en UAbierta. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

INE (1953) *Censo de 1813. Levantado por Don Juan Egaña, de orden de la Junta de Gobierno formada por los señores Pérez, Infante y Eyzaguirre*. Archivo nacional, Imprenta Chile.

INE, DICOEX (2005) *Chilenos en el exterior. Donde viven, cuántos son y qué hacen los chilenos en el exterior*. Recuperado de: <http://www.chilesomostodos.gov.cl/wp/wp-content/uploads/2015/07/Registro-de-Chilenos-en-el-Exterior-2003-2004.pdf>

Jensen, M. (2008) *Inmigrantes en Chile: La exclusión vista desde la política migratoria chilena*. Córdoba, Argentina: III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP.

Junge, P. (2001). *Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.

Koury, M., Scribano, A., Tijoux, M., y Merino, R., (moderador) (2013) *El cuerpo en la sociología*. Panel: Cuerpo y emociones en las ciencias sociales latinoamericanas: hacia una perspectiva epistemológica política de los estudios sociales. Santiago, Chile: XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS 2013.

Le Breton, D (2002) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Leone, M, y Díaz, C. (2005) *Bourdieu y Pichon Riviere: sus puntos de vista como vistas tomadas a partir de un punto*. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis.

Leyburn, J. (1946) *El pueblo haitiano*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Claridad.

Liberona, N. (2012) *De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile*. Revista de Ciencias Sociales 28.

- Magaña, I., Calquín, C., Silva, S., y García, M. (2011). *Diversidad Familiar, Relaciones de Género y Producción de Cuidados en Salud en el Modelo de Salud Familiar: Análisis de Caso en un CESFAM de la Región Metropolitana, Chile*. *Terapia psicológica*, 29(1), 33-42.
- Martínez, J. (2003) *El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo 2002*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Martínez, J. (Editor) (2008) *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Mercado, A., y Zaragoza, L. (2011) *La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman*. *Espacios Públicos*, vol. 14, núm. 31, pp. 158-175. México: Universidad Autónoma del Estado de México Toluca.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015) *CASEN 2013 Inmigrantes. Síntesis de Resultados*. Gobierno de Chile.
- Ministerio del Interior (2003) *Oficio Circular N° 1179*. Santiago, Chile.
- Ministerio del Interior (2008) *Estudio inmigración, equidad de género y seguridad pública*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2008) *ORD. A 14 N° 3229*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2009) *ORD. A 14 N° 2551*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2012) *Servicio de Salud Metropolitano Sur Región Metropolitana. Rol de la Red Asistencial*. Recuperado de: http://ssms.redsalud.gob.cl/?page_id=109
- Ministerio de Salud (2016) *Circular N° A 15/04*. Santiago, Chile.
- Molina, P. (2015) *Significación de la vida escolar de los niños y niñas de origen peruano en 4 escuelas de Santiago*. (Tesis de grado inédita). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Mora, C. (2009). Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en Latinoamérica*. *Universum (Talca)*, 24(1), 128-143.
- Núñez, N., y Torres, C. *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la zona norte de la región metropolitana*. Santiago, Chile: Fundación Instituto de la mujer.
- Núñez, L. *Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta*. En: Stefoni, C. (Editora) (2011) *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- OIM (2015) *Migration en Haïti. Profile migratoire National 2015*. Port au Prince, Haïti.
- OMS <http://www.who.int/countries/hti/es/>
- Parsons, T. (1966) *El sistema social*. Madrid, España: Editorial Revista de Occidente, S. A.
- Pavez, I. (2010) *Los derechos de las niñas y niños peruanos en Chile: La infancia como un nuevo actor migratorio*. Revista Enfoques, Universidad Central. Santiago, Chile
- Pavez, I. (2012a) *Migración infantil: rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pavez, I. (2012b) *Inmigración y racismo: Experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile*. Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile
- Rojas, N., Amode, N., y Vásquez, J. (2015) *Racismo y matrices de "inclusión" de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión*. Revista Polis, Volumen 14, N° 42.
- Rojas, N., Silva, C., Amode, N., Vásquez, J., y Orrego, C. (2016) *Boletín Informativo N°1 Migración haitiana en Chile*. Santiago de Chile. Departamento de Extranjería y Migración.

- Rojas, N., y Silva, C. (2016) *La migración en Chile: breve reporte y caracterización*. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. Madrid, España.
- Ruiz, J. (2009) *Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas*. Forum: qualitative social research, 10 (2), Art. 26.
- Salazar, G., y Pinto, J. (1999) *Historia Contemporánea de Chile II. Actores, identidad y movimiento*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Saldias, R., y Lagos, O. (2012) *Revisión de Programas e Instrumentos Públicos para el mundo Indígena en Chile*. FAO, Santiago, Chile.
- Sayad, A. (1984) *État, nation et immigration: l'ordre national à l'épreuve de l'immigration*. Paris, France: Peuples méditerranéens. Traducción propia.
- Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., y Álvarez, A. (2014) *Barreras internacionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas*. Revistas Sociedad & Equidad N°6. Chile.
- Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social (2014) *Región Metropolitana de Santiago: Índice de Prioridad Social de comunas 2014*. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.
- Simmel, G. (2002) *Cuestiones fundamentales de Sociología*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Sir Retamales, H. (2014) *A propósito de "El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile"*. Sobre el dispositivo médico y su alcance. En: *Conquistar los cuerpos/emociones: De luchas y estructuraciones*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Tarrés, M.L. (coordinadora) 2001. *Observar, Escuchar y Comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México.

- Tijoux, M. (2013a) *Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: Elementos para una educación contra el racismo*. Revista Polis.
- Tijoux, M. (2013b) *Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias*. Toluca: Convergencia, Revista de Ciencias Sociales, vol. 20, n° 61.
- Tijoux, M. (2014) *El Otro inmigrante “negro” y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones*. Boletín Onteaiken, n° 17.
- Tijoux, M. (editora) (2016) *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Unicef (s.f.). *Convención sobre los Derechos del Niño 1989*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelsderechos.pdf>
- Unidad de Comunicaciones HEGC (2013) *Minuta Hospital Exequiel González Cortés*. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
- Van Dijk, T. (1999) *El análisis crítico del discurso*. Barcelona, España: Anthropos.
- Van Dijk, T. (2001) *Discurso y racismo*. En: David, G., Solomos, J. *The Blackwell Companion to Racial and Ethnic Studies*. Oxford: Blackwell. Traducido por Christian Berger, Escuela de Psicología, Universidad Alberto Hurtado.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Vásquez-De Kartzow (2009) *Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para la pediatría. ¿Estamos preparados?* Revista chilena de pediatría. Santiago, Chile.
- Vivanco (2009) *Negativa de un menor de edad y de su familia a que éste reciba una terapia desproporcionada o con pocas garantías de efectividad: Apelación de Medida de Protección otorgada por la Jueza de Familia de Valdivia. Sentencia de la*

I. Corte de Apelaciones de Valdivia, de 14 de mayo de 2009. Revista chilena de derecho.

Weber, M. (1994) *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Yañez, S., y Cárdenas, M. (2009) *Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile*. Escuela de Psicología de la Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile.

Anexos

Análisis de discurso

Nivel de análisis	Consideración del discurso	Plano de análisis	Métodos o procedimientos de análisis	Objetivos perseguidos
Análisis textual	Como objeto	Plano del enunciado	Análisis de contenido ²³	Caracterización del discurso
Análisis contextual	Como acontecimiento singular	Plano de la enunciación	Análisis situacional	Comprensión del discurso
Interpretación sociológica	Como información, como ideología	Plano de lo social	Inferencia inductiva	Explicación (sociológica) del discurso

Fuente: Elaboración propia a partir de Ruiz, J. (2009). «Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas». *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 26.

²³ Análisis de contenido temático que da origen al ordenamiento categorial.

Pauta de entrevista a mujeres inmigrantes acompañantes

Identificación	Nombre padre o madre	Nacionalidad padre o madre	Nacionalidad paciente	Edad paciente
Demandas de cuidado	¿Por qué razón está usted aquí? ¿Con qué frecuencia se enferma su hijo/a? ¿Qué tipo de atención solicita su hijo/a frecuentemente? ¿Cuántas veces se ha atendido su hijo/a en el HEGC?			
Evaluación del servicio recibido	¿Cómo evaluaría usted el servicio que ha recibido su hijo/a en el hospital? ¿Cómo evaluaría el trato del personal hacia usted y su hijo/a?			
Comparación con otros establecimientos de salud	¿Ha asistido antes a otros establecimientos de salud? ¿Cómo lo atendieron allá? ¿Se ha atendido alguna vez en el sector privado? ¿Qué le parece? ¿Podría comparar al equipo de salud privado con el público? ¿Dónde se ha sentido más cómoda/o?			
Dificultades en la atención	Para usted, ¿existe alguna diferencia en la atención que ha recibido usted y su hijo/a en Chile versus su país de origen? ¿Dificultades en la comunicación? ¿Cómo ha resuelto estas dificultades? ¿Le han llamado –a usted o a su hija– por su nacionalidad, por su color?			
Problemas de acceso	¿Tuvo alguna vez algún problema usted o su hijo/a en el acceso a la salud en Chile? ¿En este hospital en particular? ¿Qué tipo de problemas? [Sobre la documentación exigida o cuestiones de relaciones interpersonales]			
Trayectoria en el HEGC	Podría describir la trayectoria que debe hacer en el HEGC para atenderse; dónde llega, con quién habla, cuanto rato debe esperar, etc... POLI: Podría describir lo que ocurre adentro de la consulta médica			
Comparación actores HEGC	¿Cómo la han tratado los funcionarios que atienden? ¿Los técnicos? ¿Enfermeras? ¿Médicos?			
Médicos	¿El médico le ha pedido información sobre su historial médico? ¿Confidencial? ¿Qué le parece? ¿Se la dio? ¿Tiene confianza en los médicos de acá?			
Opinión paciente niño/a	¿Le ha comentado algo su hijo/a acerca de su atención en el HEGC? ¿Cómo se siente con el tratamiento? ¿Con la relación con el equipo de salud, con las instalaciones (comida, cama, etc.)?			
Salud “Intercultural”	¿Normalmente, en su país de origen, o acá, hace uso de otro tipos de saberes medicinales; saberes familiares, religiosos, naturales, etc., para tratar la enfermedad? ¿Cree usted tener una cultura sanitaria distinta a la que hay en Chile? ¿Le han preguntado por sus costumbres sanitarias en el hospital, las han hecho parte de la atención médica?			
Situación socio-económica	¿En qué comuna vive? ¿Usted trabaja? ¿En qué trabaja?			
Disfuncionalidad de la enfermedad	¿Va su hijo al colegio, al jardín? ¿Tuvo que ausentarse para venir al médico, por cuanto tiempo deberá ausentarse? ¿Tuvo que ausentarse del trabajo por venir al médico, cuáles serán las consecuencias? ¿Cómo le afecta en su vida diaria tener que asistir al hospital?			
Situación familiar y relaciones	¿Vive usted solo o acompañado? ¿Tiene amigos o familia en Chile? ¿Cree que ha mejorado su calidad de vida comparando su país de origen?			
Comité de Interculturalidad	¿Ha escuchado hablar del Comité de Interculturalidad del hospital? ¿Conoce cuáles son sus funciones? ¿Cree que podría serle útil a usted y su hijo/a?			

Pauta de entrevista a médicos

Identificación HHI	¿Ha tratado usted con personas “inmigrantes” en el hospital, sean padres de pacientes o los mismos pacientes? ¿Cómo las reconoce? ¿De dónde vienen?
Impacto llegada de inmigrantes al hospital	¿Desde cuando comenzaron a atenderse en el hospital? ¿Cómo reaccionaron ustedes (y el hospital) frente a esta llegada, fue necesario algún cambio o ajuste para su atención en el hospital?
Atención	¿Por qué razones vienen? ¿Qué tipo de atención solicitan frecuentemente?
Problemas en el acceso	¿Ve usted problemas en que los inmigrantes accedan a la salud? ¿Qué tipo de problemas? [Problemas de documentación o de relación con el personal] ¿Qué opina respecto a que los inmigrantes irregulares deban ser atendidos en el hospital?
Situación socio-económica de HHI	¿Sabe usted en qué comunas viven principalmente los inmigrantes que se atienden aquí? ¿Qué sabe usted de la condición de vida de los inmigrantes?
Situación familiar	Respecto a los pacientes HHI, ¿Quién los acompaña a las consultas?
Historial médico	¿Pregunta usted al paciente por su historial médico del país de origen? ¿Es necesario preguntar información confidencial?
Estado de salud	¿Cómo describiría usted el estado de salud de los inmigrantes? [Físicos y mentales; problemas psicológicos]
Patologías específicas	¿Ha notado que los inmigrantes tengan o traigan consigo nuevas patologías que no traen los chilenos?
Salud Intercultural	¿Ha notado costumbres sanitarias de los inmigrantes distintas a las chilenas? ¿Se ha interesado alguna vez por indagar en éstas? ¿Qué opina de la utilización de saberes médicos familiares, religiosos, chamánicos? ¿Los integra o integraría usted en su quehacer médico? ¿Les pregunta por ellos a sus pacientes? ¿Tiene información sobre alguno?
Dificultades en la atención	Para usted, ¿existe alguna diferencia en la atención a inmigrantes versus extranjeros? ¿Dificultades? [Idioma, comunicación, costumbres, cuerpo –olor, color, etc.] ¿Cómo ha resuelto estas dificultades? ¿Nota usted alguna diferencia entre la presentación (saludo, cordialidad, agradecimiento, higiene) de los pacientes HHI y los chilenos?
Trato	¿Ha recibido alguna vez alguna queja por mal trato, discriminación o racismo por parte de algún paciente o padre de paciente inmigrante?
Sector privado	¿Ha trabajado alguna vez en el sector privado? ¿Qué le parece? ¿Dónde le acomoda más trabajar?
Comité de Interculturalidad	¿Ha escuchado hablar del Comité de Interculturalidad del hospital? ¿Conoce cuáles son sus funciones?

Ordenamiento categorial

1. Caracterización de los pacientes HHI del HEGC y las mujeres que los acompañan

Dimensiones	Sub-dimensiones
Identificación de los pacientes HHI y sus acompañantes	Nacionalidad
	Tiempo en Chile
	Acompañante del paciente niño/a: una mirada desde una perspectiva género
Situación socio-económica	Situación laboral/Disfuncionalidad de la enfermedad
	Situación escolar/Disfuncionalidad de la enfermedad
	Comuna de residencia

2. Escenario de las interacciones entre médicos, pacientes HHI y acompañantes: el Hospital Exequiel González Cortés

Dimensiones	Sub-dimensiones
Al interior del HEGC	Acceso al HEGC
	Evaluación del servicio
	Evaluación del trato
Las condiciones médicas de los pacientes HHI	Estado de salud de los HHI
	Patologías específicas de la población inmigrante

3. Interacciones entre médicos, pacientes HHI y mujeres inmigrantes acompañantes

Dimensiones	Sub-dimensiones
Relación médico-paciente	Los pacientes y acompañantes del servicio público
	El médico en el equipo de salud
	Los medios de comunicación en el hospital
Interacciones médico-acompañante inmigrante	Vínculo con extranjeros/as
	Presentación de los actores: el saludo
	Problemas de comunicación
	Reacciones y soluciones frente a los problemas de comunicación
	Anamnesis
Relación médico-paciente niño/a	

4. Racismo, xenofobia y exclusión de la otredad

Dimensiones	Sub-dimensiones
Puntos de vista desde un racismo culturalista y diferencialista	Capital lingüístico
	Racialización jerárquica
	Del prejuicio al juicio racista
Racismo en el HEGC	Dificultad de hablar del racismo
	Prácticas discriminatorias en el HEGC
Racialización jerárquica de la práctica médica	Reconocimiento diferencial de los servicios públicos
	Reconocimiento diferencial de los saberes médicos