



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PREGRADO – CARRERA DE SOCIOLOGÍA

Disposiciones, prácticas y significados de personas migrantes usuarias del servicio público de Atención de Salud Primaria frente a dispositivos normativos que condicionan el acceso a derechos.

Memoria de Título para optar al Título Profesional de Sociología

Autor:

Rodrigo Jofré

Profesores guías:

Dra. María Emilia Tijoux y Dr. Eduardo Thayer

Esta investigación fue diseñada y ejecutada en marco del **Proyecto Conicyt Pia Soc 180008: “Contemporary Migrations in Chile: Challenges to Democracy, Global Citizenchip and Access to Non-discriminatory Rights”**. Dirigido por la Dra. María Emilia Tijoux y Dr. Eduardo Thayer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PROBLEMATIZACIÓN	7
Determinantes sociales y condicionantes institucionales: elementos que configuran una trayectoria migratoria.	9
La interacción entre las personas migrantes y los servicios públicos del sector salud.....	10
Investigaciones y hallazgos sobre el acceso a salud de las personas migrantes	12
Objetivo general:	15
Objetivos específicos:.....	15
ANTECEDENTES	16
Contexto de las migraciones en Chile	16
Leyes y normas sobre migración en Chile.....	17
“Política por defecto” (1992 – 2004):	18
“Política de avance” (2005 – 2017):	18
“Política migratoria del Siglo XXI” (2018):	19
Normativas en salud y programas municipales vinculados con temática migratoria	22
Normativa de acceso de la población migrante a la Atención en Salud	22
Política de Salud para Personas Migrantes Internacionales	24
MARCO TEÓRICO	29
Instituciones y orden social:	29
Relación entre estructura e individuos.	31
Disposiciones y prácticas.....	33
Determinantes sociales en salud: un instrumento para observar las experiencias de personas migrantes en Centros Públicos de salud.	35
MARCO METODOLÓGICO	38
Aplicación.....	39
Participantes	39
Operacionalización	40
Definición Operacional.....	41
RESULTADOS	44
Dimensión institucional: Prácticas Institucionales y los dispositivos condicionantes del acceso a salud de personas migrantes.....	44

Dispositivos normativos y decretos que despliegan en los centros de salud.	44
Práctica institucional que permite un acceso formal a la atención de salud:	46
Práctica institucional que permite un acceso informal a la atención de salud:	47
Condicionantes estructurales de la atención a personas migrantes: Tratos racistas y discriminatorios	49
Dimensión Interaccional: Percepción y prácticas de pacientes sobre el acceso a servicios públicos de Atención Primaria de Salud.	52
Percepción de los pacientes sobre la atención y acceso a salud por parte del SOME. .	53
Prácticas y respuestas de pacientes migrantes para acceder a servicios de Atención Primaria de Salud.	58
Percepción y prácticas frente a tratos racistas y discriminatorios:	60
DISCUSIÓN	62
Dimensión institucional: Prácticas Institucionales y los dispositivos condicionantes del acceso a salud de personas migrantes	65
Dimensión de percepción, prácticas y disposiciones de personas migrantes, con respecto al acceso a salud en centros de Atención Primaria	69
CONCLUSIONES	72
Crisis de los DD. HH como referente de la democracia y de cohesión social.	74
BIBLIOGRAFÍA	77

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado se inició un flujo migratorio intrarregional que posicionó a Chile como país receptor de personas provenientes de Latinoamérica y el Caribe. Diferentes estudios sobre migración internacional indican que los factores que explicarían esta dinámica migratoria “sur-sur”, son las crisis económicas, políticas y sociales (Aysa-lastra y Cachón, 2016; Martínez y Orrego, 2016) acontecidas en los países de origen de las personas migrantes; y, por otro lado, se explica, en parte, por la intensificación de la degradación social, política, económica y ambiental en las sociedades de origen de los migrantes y refugiados, y por la consecuente consolidación de las desigualdades globales como una consecuencia estructural de la organización del capitalismo avanzado (Sassen, 1988; Canales, 2008; Stefoni, 2004).

En el contexto de las naciones latinoamericanas, dicho fenómeno social ha ocupado las agendas públicas. En el caso de Chile, el nuevo flujo migratorio fue concebido por el Estado y las personas nacionales como una amenaza al bienestar y cohesión social por el incremento del volumen de la población extranjera; desplegándose estigmas hacia las personas migrantes como, por ejemplo, que traen consigo los males que afectan a sus países de procedencia. La comprensión del fenómeno migratorio como “problema”, implica que las personas migrantes son asimiladas como inmigrantes, en tanto sujetos diferenciados, estereotipados y racializados (Tijoux y Palominos, 2015). En este sentido, la diversificación del patrón migratorio y la composición socioeconómica de quienes arribaron, entre otros factores, evidencian que repercute tanto en la composición de los habitantes del territorio chileno como en las distintas dimensiones de la sociedad de acogida.

El crecimiento sistemático de los flujos migratorios en Chile, desde mediados de la década de 1990, no ha sido abordado por políticas públicas en ningún nivel del Estado (Stefoni, 2011; Thayer, 2019). El dato más remarcado en este sentido es que la normativa migratoria vigente es del año 1975, y el reglamento que la acompaña es de 1984; esto es, respectivamente, 20 y 10 años anteriores al inicio del actual ciclo migratorio que vive la

sociedad chilena (Thayer, 2013). Por su parte, a nivel de gobiernos locales, *“la falta de políticas se refleja en la inexistencia de unidades orientadas a la población migrante o de planes de intervención diseñados expresamente para los colectivos migrantes”* (Thayer y Durán, 2015, pág. 4).

Mientras tanto investigaciones de distintos centros de estudios y centros de observación de Derechos Humanos, evidencian la relevancia de los espacios locales, por ejemplo, comunas y barrios como un lugar donde se desenvuelven y se asientan las personas migrantes. Por ejemplo, se generan modificaciones de las condiciones para la convivencia en los barrios, la entrada de los migrantes en segmentos locales del mercado de trabajo (Stefoni, 2009 y 2011), la discriminación en colegios, consultorios y servicios públicos municipales (Tijoux, 2013; Liberona, 2015; Tapia, 2005; Cabieses, 2017) o las expresiones culturales que transforman las prácticas y los hábitos de los territorios (Garcés, 2014). Esto *“da cuerpo a la nueva realidad migratoria de la sociedad chilena, que solo puede comprenderse cabalmente atendiendo su anclaje en la escala local”* (Thayer y Durán, 2015, p. 9).

En este sentido, en la medida que el fenómeno migratorio se hace más importante en el país, las familias de colectivos migrantes comienzan a visibilizarse numéricamente en la sociedad de recepción, apareciendo cada vez con mayor presencia en los servicios públicos, especialmente en la salud pública y la educación municipal (Tijoux, 2013; Hein, 2012; Pavez, 2012; Stefoni, 2019). Por estos motivos, esta investigación ha tomado como objeto de estudio las prácticas, disposiciones y percepciones de personas migrantes usuarias de centros públicos de Atención de salud primaria, frente a fronteras normativas y sociales que condicionan el acceso a servicios públicos, particularmente el acceso a salud.

En ese escenario, la presente investigación se desplegará, por una parte, en la dimensión institucional del “problema”, representado por las normativas vigentes en salud y las prácticas institucionales de establecimientos públicos de salud, encarnados por el personal de atención de público. Por otro lado, una dimensión que se enfoca en las prácticas, percepciones y disposiciones que despliegan las personas migrantes frente a dispositivos normativos e institucionales como decretos, programas y normas emitidas en el sector salud, las cuales institucionalizan prácticas de los gobiernos locales.

Lo anterior, se cimenta por el supuesto de que la existencia de una articulación coherente entre el ámbito normativo y el social depende de las capacidades institucionales

que permiten, por un lado, crear las condiciones sociales para que los derechos reconocidos formalmente sean efectivamente ejercidos por las personas migrantes; y por otro, para que la demanda que emerge de la presencia de las personas migrantes redunde en una redefinición de los derechos en el plano normativo (Thayer, 2018). En ese sentido, a partir del marco normativo vigente en una institución del servicio público de Atención Primaria de Salud local, se describirán las prácticas, disposiciones que despliegan las personas migrantes usuarias frente a normativas que rigen en los establecimientos de salud.

PROBLEMATIZACIÓN

Las políticas públicas, particularmente en materia migratoria, han evidenciado una falta de cobertura frente a las necesidades de la población migrante y local. En particular una inexistente política migratoria que, en teoría, desde un plano normativo, opera como *“un sistema de condicionalidades para acceder a los derechos y, al mismo tiempo, el conjunto de mecanismos que inducen a la superación de dicha condicionalidad”* (Thayer, 2019, pág. 17). De esta definición se desprenden tres elementos: i) creación de condiciones para acceder a derechos; ii) puertas de acceso para superar dicha condicionalidad; iii) normas que van a definir la perspectiva con la que se gestiona el flujo migratorio.

En ese sentido, la política migratoria define las medidas administrativas emitidas en el segundo gobierno de Piñera, bajo el mensaje de “ordenar la casa”. De este mandato se *“elabora una política migratoria de corte selectivo y con un énfasis fuertemente centrado en la dimensión de la frontera, independiente de la consideración de condiciones sociales y estructurales que provocan la emergencia y reproducción del flujo migratorio”* (Thayer, 2019, p. 21).

En complemento, estudios internacionales indican que en la medida que se incrementan los controles, se incrementan la irregularidad. En esa línea, la política migratoria fronteriza de Chile, *“pone el ojo en elementos que inducen al cierre de puertas, retrasan la posibilidad de atravesarlas, alargan el camino entre una y otra, o directamente invierte la dirección de las trayectorias”* (Thayer y Stang, 2017, p. 13).

De este escenario se desprende que la política migratoria fronteriza, como directriz central, define las condiciones para la institucionalización del “estatus legal precario” de las personas migrantes particularmente con la escala de grises que es una categorización del migrante a partir de la temporalidad de su tramitación de una visa permanente (Thayer, 2014), repercutiendo en la trayectoria migratoria de las personas migrantes. Desde el Reporte Migratorio (2017) del Departamento de Migración y Extranjería, destacan tres tipos de migración: i) Migración a Largo Plazo: corresponde a migrantes con permanencia definitiva; ii) Migración de corto plazo: corresponde a migrantes en tramitación a visa definitiva; y iii) Migración reciente: corresponde a migrantes recién llegados a Chile y no han podido acceder a solicitar la permanencia. Estos criterios de temporalidad son centrales para la construcción de la categoría de migrante, la cual agrupa un conjunto de formas distintas de acceso restringido a derechos que, en su conjunto, conforman un sistema de posiciones de “estatus legal precario”. Esta situación “*incentiva a multiplicar la irregularidad y la vulneración de derechos de migrantes*” (Thayer y Stang, 2017, p. 5). De esto, se deriva la existencia de un afianzamiento de la política migratoria fronteriza con condicionamientos que consolidan el “estatus precario migrante” en la normativa y decretos que se materializan en los gobiernos locales (Thayer, 2019).

A partir del aporte de la dimensión normativa de la relación entre personas migrantes y Estado (Thayer, 2019); se infiere que es una mirada unidimensional de la trayectoria migratoria de cada persona, aportando una idea formal de la ciudadanía. No obstante, el ejercicio ciudadano, se da en otros reconocimientos del Estado hacia la población migrante. En ese sentido, es relevante incluir y estudiar la dimensión interaccional que integra las prácticas, interacciones y representaciones por parte de los propios migrantes sobre el acceso a sus derechos sociales.

De esta manera, tal como se señaló, se observa que el conjunto de condiciones impuestas desde la política migratoria fronteriza va definiendo la ruta que una persona migrante debe seguir para alcanzar un reconocimiento formal; pero ¿qué pasa cuando la condicionalidad para acceder a derechos fundamentales como salud, educación, trabajo; está sujeto a criterios como la situación migratoria? Esto refleja que la trayectoria migratoria está sujeta a diferentes requisitos que pueden ser permanentes, por ejemplo, si una persona no

puede regularizar su situación migratoria. De esto, surge la importancia de observar de qué forma las personas migrantes gestionan estos dispositivos para acceder efectivamente a derechos sociales. En ese sentido, estudiar la dimensión relacional de personas migrantes y derechos asociados (Thayer, 2019) es fundamental para profundizar y aportar en la temática en cuestión.

Determinantes sociales y condicionantes institucionales: elementos que configuran una trayectoria migratoria.

Considerando la política migratoria fronteriza que rige en Chile, las personas migrantes están reducidas *“a números, a cantidades, orígenes y nacionalidades, y sus potencialidades se aprecian desde natalidades, cuerpos trabajadores y estadísticas, desconociendo un escenario global que precariza la vida”* (Tijoux, 2019, pág. 160). Dicha precarización hoy se agudiza aún más con el posicionamiento restrictivo de las políticas del gobierno actual, expresadas en decisiones administrativas, una ley de migraciones incompleta, expulsiones colectivas, el cierre de fronteras, la instrumentalización de las personas migrantes en los discursos políticos y la violencia institucional. Todo lo anterior, contribuye a crear condiciones para la institucionalización del estatus legal precario de los migrantes y a convertir la situación administrativa migratoria en una condición social permanente (Mezzadra, 2012), que amenaza con convertirse en una nueva fuente de desigualdad estructural (Thayer, 2019).

En ese sentido, la institución vigente condiciona las trayectorias de las personas migrantes, exponiendo sus cuerpos a situaciones de riesgo; dado que son *“las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúan a las poblaciones migrantes - principalmente las indocumentadas- en situaciones de vulnerabilidad o desprotección”* (Van der laar, 2017, pág. 33).

A partir de lo anterior, se desprenden los determinantes sociales de la salud los cuales son definidos como *“aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud”* (Van der laar, 2017, pág. 36).

El acto de migrar a un país receptor donde la gestión estatal del fenómeno social vigente se caracteriza por desplegar dispositivos normativos representados en prácticas institucionales y normas que afectan en el acceso a derechos sociales; adicionalmente, operan un dispositivo social en la sociedad chilena y que se expresa, tal como señala la siguiente:

“Se encuentra con una situación de maltrato que ya está instalada de antes y que se vincula al color de piel, al origen, a la nacionalidad, a los rasgos físicos, a la situación socioeconómica, es decir, un migrante está siendo catalogado negativamente antes de llegar” (Tijoux, 2019, pág. 173).

Es decir, entran las personas al país y estos tratos diferenciados y racistas producto de prejuicios y estigmas de identidad, se vuelve una frontera adicional. En ese sentido, las personas migrantes responden a esta realidad (Tijoux, 2019). Esta frontera social, se sumaría a la frontera física y normativa. Ambas, con sus particularidades, operan como dispositivos que condicionan, facilitan o restringen el goce efectivo de derechos básicos para personas migrantes. Dicho esto, ¿Cómo efectivamente las personas migrantes deben encarar esta realidad para acceder a derechos sociales?

De esta forma, *“la migración internacional tiene diversos efectos en las condiciones de salud de los individuos inmersos en el desplazamiento, en las familias de los migrantes, y de las poblaciones que confluyen en los contextos de origen, tránsito y destino”* (Van der laar, 2017, p. 38).

La interacción entre las personas migrantes y los servicios públicos del sector salud.

Los gobiernos locales operan como administradores y ejecutantes de programas sociales que el gobierno central impulsa a través de sus políticas. En ese sentido, el funcionamiento del sistema público, particularmente en área de salud, son administrados por los municipios.

En síntesis, *“los gobiernos locales en Chile son las instituciones claves para el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes de las comunas y del acceso de ellos a los derechos sociales. En estos últimos se reúne la democracia, el poder y la proximidad”* (Thayer, 2019, pág. 98).

En línea con lo anterior, los gobiernos locales tienen a su cargo los servicios de salud de atención no especializada y los de Atención Primaria de salud. Para esta investigación, se estudiará el campo de los Centros de Salud Familiar; dado que son establecimientos donde se reciben casos de salud no complejos, también se llevan a cabo los programas de salud para primera infancia y embarazadas, entre otros servicios básicos de salud.

En línea con lo recientemente señalado, la condición de migrante se ejecuta, desde el plano político por medio de ideologías, discursos, propuestas e intereses (Bourdieu, 2003) y normativo, expuesto anteriormente, como una condición de acceso parcial a los derechos (Sassen, 2010); dicha condicionalidad, se manifiesta en el orden social establecido por las prácticas institucionales configuradas por la normativa institucional, particularmente, en la interacción entre los migrantes y de quienes están en posición de hacer efectivo el acceso a los recursos, bienes comunes y servicios asociados a los derechos establecidos normativamente (Carens, 2004; Thayer, 2013, 2018 y 2019).

La interacción social señalada, desde diferentes estudios vinculados con migración y gobiernos locales señalan que en los servicios públicos locales, *“el estatuto jurídico de la política migratoria se pone en juego, esto es, donde se ejecuta o se tensiona”* (Thayer, 2019, p. 6). En los espacios locales, las personas migrantes y nativos, encarnan un juego de interacciones que determina si los derechos tipificados se traducirán en derechos efectivos o no. Al mismo tiempo, siendo fundamental para esta investigación, *“los contextos locales están abiertos a que se tomen decisiones que permitan a los migrantes el ejercicio efectivo de derechos que no están jurídicamente reconocidos ni tipificados”* (Thayer, 2019, pág. 8). En relación con la acción de los gobiernos locales, destaca el concepto *“Política del estado de ánimo”* (Thayer y Stang, 2017) que da cuenta de una *“sujeción general de las medidas adoptadas y las acciones impulsadas por el Estado a las disposiciones y voluntades particulares de los funcionarios y autoridades de turno, como respuesta a la nueva demanda impuesta por la llegada de migrantes”* (pág. 19).

Investigaciones y hallazgos sobre el acceso a salud de las personas migrantes.

La relación entre migración y salud ha sido un tema de interés en el último siglo. A nivel internacional ha sido trabajado por organismos tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); sus estudios se han enfocado en las repercusiones de la migración internacional en la salud de los que se quedan en el país de origen y quienes llegan al país receptor (OMS, 2015). Por ejemplo, el informe de “SIDA y movilidad” plantea que las personas con VIH migran para tener acceso a tratamientos, y revela que en algunos países solicitan una prueba que determina el acceso al país de acogida (Mansilla, 2017). En ese sentido, el enfoque de estudio es la consideración de que tanto las personas como las enfermedades traspasan las fronteras nacionales a pesar de los límites políticos y administrativos, estableciendo comparaciones epidemiológicas entre la población local y la migrante, siendo los comportamientos de riesgo una de las principales variables de análisis.

En Sudamérica, el enfoque de investigación se ha centrado en el acceso y uso de servicios de salud. Por ejemplo, en Argentina se plantea que *“la escasez de recursos coloca en el centro del debate la cuestión de cómo distribuirlos y si deben o no tener prioridad quienes residen en el país o en áreas específicas”* (Jenlin, 2015, p. 24). Así es como se posiciona el debate del acceso de Derechos Humanos entre la población local y población migrante. Otro ejemplo, en Brasil, la inmigración boliviana ha sido objeto de diversos estudios sobre acceso a salud, evidenciando discriminaciones y malos tratos dirigidos hacia esta comunidad; sin embargo, las conclusiones indican que se trata de una deficiencia estructural del sistema.

En Chile, según investigaciones del sector de salud, particularmente de Báltica Cabieses (2019), señalan que las intervenciones institucionales no son suficientes para asegurar el goce efectivo de acceso a salud de personas migrantes. Esta situación notifica sobre las barreras de acceso a la atención de las personas migrantes y, por otro, la carencia de observaciones con respecto a la gestión del migrante a la incertidumbre inducida por instituciones de servicio de salud. En ese sentido, la presente investigación entrega un valor de contingencia y relevancia fundamental.

No obstante, estos aportes generalmente señalan y tratan los problemas en forma de caracterización o denuncia (Mansilla, 2017). En cambio, la presente investigación, se centra en las percepción, prácticas y disposiciones de las personas migrantes para acceder a los servicios de salud públicos, frente a un marco normativo que tiene repercusiones en el goce efectivo de derechos. En ese sentido, trasciende la lógica de caracterizar y denunciar problemas, sino que indaga sobre cómo se manifiesta en la práctica el vínculo entre la institucionalidad y las personas que acceden a los servicios de salud, considerando variables estructurales del sistema de salud de Chile.

Por otra parte, los estudios de las ciencias sociales sobre la temática ponen en relieve la frágil situación de las personas migrantes, pero en situación irregular, evidenciando que uno de los aspectos más relevantes en la atención médica es la condición migratoria de las personas, como las investigaciones de Nanet Liberona (2014 y 2016), Marcela Tapia, Carolina Stefoni, Ramirez-Santana, Carolina Zepeda, Cristina Gonzalez. Así mismo, Cortéz (2004) señala que *“aun cuando las personas tengan su situación migratoria regularizada, existe un alto porcentaje de no inscritos en el consultorio”* (pág. 20). De lo anterior, se infiere que, pese a la situación migratoria y marcos normativos impuestos, se evidencian respuestas de los usuarios que desbordan lo establecido. En complemento, otros estudios muestran que, en la interacción entre funcionarios y pacientes migrantes, se evidencia una relación de poder, un trato asimétrico (Liberona, 2014). Por tanto, dicho contexto, crea un espacio social donde la persona migrante, desde su posición subordinada, sortea sus capitales para desenvolverse en el espacio social (Bourdieu, 2012).

En ese sentido, la relevancia del presente estudio radica en que, a partir de los determinantes sociales, el estatus migratorio del usuario, los marcos normativos configurados por la política migratoria fronteriza; se evidencia una respuesta particular de los y las migrantes como resistencia, aceptación o negación del orden establecido. Es decir, frente a los dispositivos sociales e institucionales, las personas migrantes responden y gestionan estas fronteras para acceder efectivamente a derechos, particularmente de salud.

Así, indagar en la problemática expuesta es relevante para describir la situación de la población migrante enclave con el acceso a derechos, dada la normativa vigente, particularmente en el sector salud. Por otro lado, estudiar la relación propuesta, permite evidenciar las respuestas de los usuarios inmigrantes para acceder a servicios; develando, en

la práctica, la interacción entre funcionarios y usuarios migrante, frente a una estructura que busca prefigurar su condición. A su vez, permite identificar información sobre situaciones conflictiva que viven las personas migrantes que son pacientes de estos centros de salud. Finalmente, evidenciar la forma en cómo la sociedad y el Estado generan esa estructura de requisitos y condicionalidades será determinante para enmarcar la experiencia migratoria y definir la naturaleza de la democracia y la cohesión social de la propia sociedad.

Para la investigación de la presente de memoria de título, se observa un correlato entre el fenómeno social de migración y la gestión del gobierno central. En esta administración se materializa en los marcos normativos institucionales producen las normas, repercutiendo en prácticas institucionales de gobiernos locales generando un condicionamiento en el acceso a derechos a la población migrante. Particularmente en salud, tal como se ha expuesto, resulta ser un escenario relevante para observar la manifestación de la relación sociológica señalada. Es decir, la normativa que afianza un estatus precario hacia personas migrantes restringiendo el goce de derechos, repercutiendo en prácticas institucionales de gobiernos locales en la interacción entre usuarios y funcionarios de salud condicionando el acceso a servicios de salud primaria. Así, en particular para este estudio sociológico, la dimensión a abordar es, tal como plantea Thayer, las “*consecuencias prácticas tanto para sus trayectorias como para la forma que tienen de enfrentarlas*” (2013, pág. 15) en un contexto local que permite a los migrantes tomar decisiones y puedan ejercer efectivamente “*derechos que no están jurídicamente reconocidos ni tipificados*” (Thayer, 2019, pág. 8); en el espacio donde se ejecuta y disputa la política central.

En este sentido, recogiendo el enfoque de Pierre Bourdieu con prácticas, disposiciones y las percepciones que se desprende de dicha relación; junto con el marco de análisis que aporta la perspectiva de determinantes sociales; se propone investigar cuales son las formas que enfrentan las personas migrantes el escenario que les plantea el marco normativo vigente. Para el abordaje de esto, la línea de base es la noción epistemológica de que la migración no es un problema, sino que el problema son las formas en que la sociedad construye la migración como problema (Tellez, 2016).

En consecuencia, **la pregunta de investigación** es ¿Qué prácticas, significados y disposiciones despliegan las personas migrantes usuarias del servicio público de Atención de Salud Primaria local, frente a los dispositivos que condicionan el acceso a derechos sociales?

Objetivo general:

Caracterizar las prácticas, significados y disposiciones que despliegan usuarios migrantes del servicio público de Atención de Salud Primaria local frente a los dispositivos particulares que condicionan el acceso a derechos sociales.

Objetivos específicos:

- i) Caracterizar las prácticas institucionales del personal administrativo de atención para acceso e inscripción de pacientes particularmente personas migrantes.
- ii) Caracterizar las prácticas, las disposiciones de personas migrantes usuarias para acceder al servicio público de salud de atención primaria local.
- iii) Identificar la relevancia de los determinantes sociales como el género, capital social y condición migrante de las personas migrantes, en las prácticas y configuración de disposiciones para acceder al servicio público de Atención de Salud Primaria local.

ANTECEDENTES

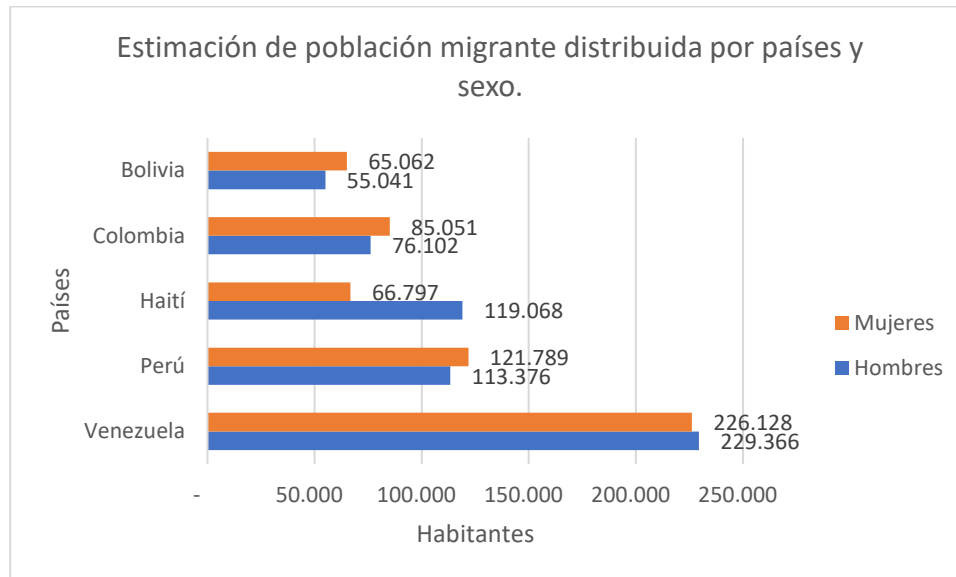
En este apartado se exponen antecedentes teóricos y empíricos que evidencian el contexto, y justifican elementos fundamentales para elaborar el ejercicio académico propuesto.

El contenido de esta sección se constituye por información estadística que refleja el fenómeno social migratorio vigente; posteriormente, se expone el historial normativo sobre la temática migratoria en Chile, evidenciando las leyes y decretos que ordenan cronológicamente el fenómeno migratorio. Finalmente, se presentan las políticas establecidas sobre el acceso a salud de las personas migrantes, a nivel central y local. Se enfatiza en diferentes programas de salud, desprendiéndose la interacción entre el sistema público de salud con marcos legales y normativos vigentes, y su repercusión en usuarios inmigrantes de Atención Primaria de Salud (APS).

Contexto de las migraciones en Chile

Las estimaciones del Departamento de Migración y Extranjería (DEM) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) muestran que durante los años 2014 y 2018 el país experimentó un crecimiento de un 232% de población migrante. Según datos de las mismas instituciones actualizados al 31 de diciembre del 2019, evalúan que 1.492.522 de personas extranjeras, 728.746 mujeres y 763.776 hombres, reside en Chile. Esta cifra, comparativamente con 2018, corresponde a un aumento poblacional del 16,6%. Los países con mayor cantidad de residentes son: Venezuela (30,6%), Perú (15,8%), Haití (12,5%), Colombia (10,8%) y Bolivia (8%). Estas nacionalidades concentran un 77,6% del total de migrantes residentes.

Tabla 1.



Fuente: DEM e INE (2020). Elaboración propia.

En base a la actualizada estimación poblacional de personas migrantes, se observa la caracterización del flujo migratorio. Se evidencia una preponderancia de colectivos migrantes provenientes de Venezuela y Haití. Un patrón migratorio motivado por factores asociados a crisis políticas, sociales y económicas (CERD, 2019; Martínez y Orrego, 2016).

Leyes y normas sobre migración en Chile.

La dinámica y el volumen del flujo migratorio de la última década (CEPAL, 2017) reflejó la desactualización del marco legal que rige en Chile. La última actualización de esta materia fue en 2018, ejercicio que no se ejecutaba desde 1975 en época de dictadura. En ese sentido, el Estado chileno no había abordado la temática, desde el ámbito normativo. Sin embargo, en abril del 2018 se oficializó la nueva Ley de Migración, la cual, según distintos informes de análisis de leyes y normas sobre migración y Derechos Humanos, concluyen que la normativa vigente genera una diferencia de acceso a servicios sociales básicos (UDP, 2018 y 2019; ONU, 2017; CEPAL, 2015; INDH, 2017).

Dicho esto, la política migratoria vigente con perspectiva de securitización de la frontera (Thayer, 2019), se vuelve relevante para la investigación, puesto que evidencia el marco normativo central que repercute en la minuta de los gobiernos locales en materia migratoria (Liberona, 2014). En ese sentido, se expondrán las leyes y normas en orden para conocer el contexto de una dimensión normativa y legal donde se desenvuelve el sujeto del estudio propuesto.

Tal como se enunció, este apartado se confeccionó en base a diferentes informes de análisis jurídicos en materia de políticas migratorias, en particular el trabajo de Rita Lages (2016 y 2019); y la sistematización de las normativas sobre migración de parte del gobierno central, en base al trabajo de Eduardo Thayer (2019); se presentan las leyes y normas sobre migración en Chile en tres ciclos:

“Política por defecto” (1992 – 2004):

Vigencia del Decreto de Ley 1.094, impuesto en 1975 por la dictadura de Augusto Pinochet, cuya normativa operó como principal instrumento de regulación migratoria. Con ese marco normativo se abordó la gestión fronteriza iniciada en 1990, es decir, con quince años de desfase. En materia administrativa, esta etapa estuvo marcada por la escasez de iniciativas de parte del Ejecutivo, destacando de manera casi exclusiva la apertura de un proceso de regularización extraordinario en el que se inscribieron casi 45 mil personas, la mayoría de las cuales se encontraba en una situación de irregularidad devenida, es decir, habían ingresado regularmente pero contaban con documentación caduca, se encontraban en proceso de tramitación o bien, habían perdido su permiso de residencia en virtud de haber perdido el contrato de trabajo al que este estaba sujeto. La significativa presencia de personas migrantes en situación de irregularidad devenida alcanzaba a más del 30% de la población migrante estimada, y se puede asociar en gran medida a la existencia del dispositivo de la “Visa sujeta a contrato”, que supone una dependencia de la residencia temporal por un año respecto de un contrato de trabajo específico.

“Política de avance” (2005 – 2017):

Esta etapa está marcada por tres factores: i) incremento significativo de las acciones del Estado tanto en el nivel central como local; ii) la discontinuidad en cuanto al sentido de las acciones y, con relación a esto, iii) el bajo nivel de institucionalización de las medidas. Las

acciones del Estado aludidas se reflejaron, por ejemplo, con el cierre de oficinas para personas migrantes del Ministerio de Salud creadas durante el gobierno de Michelle Bachelet, las que fueron cerradas durante el siguiente gobierno de Sebastián Piñera; o con la apertura, en 2015, al inicio del segundo gobierno de Bachelet, de una unidad de integración y migración en el Ministerio de Desarrollo Social, la que fue cerrada al año siguiente cuando cambió la máxima autoridad del ministerio dentro del mismo gobierno.

En el año 2007 se realizó un segundo proceso de regularización, acelerando la entrega de documentación a 50 mil personas, la mayoría en situación de irregularidad devenida. Se publicaron alrededor de 40 documentos administrativos (decretos, resoluciones, oficios) desde distintos ministerios para implementar medidas puntuales en los servicios, en general orientadas a facilitar el acceso a algunos derechos (Thayer, 2019). Entre estos documentos destaca, por ejemplo, la resolución del Ministerio de Salud en que se instruye a los servicios que extranjeros en “situación irregular” califican dentro de las condiciones sociales para acceder a los servicios públicos de atención primaria, lo mismo que la resolución que garantiza la cobertura de colegios públicos a menores en situación irregular.

En materia legislativa, se elaboran y promulgan la Ley 20.430 para refugiados y la Ley 20.507, que tipifica los delitos de trata y tráfico de personas.

El periodo en cuestión, según diferentes expertos, lo describen como “*lo que ha predominado en las últimas dos décadas en Chile es una desarticulación de las acciones que se han implementado de manera fragmentada, discontinua y sin un sentido político común y manifiesto*” (Thayer, 2019, pág. 10.).

“Política migratoria del Siglo XXI” (2018):

Se caracteriza por cuatro factores:

- i) la gestión en materia de migraciones se instala como una prioridad de gobierno, cuestión sin precedentes en relación con los dos ciclos recientemente expuestos;
- ii) Se ejecuta en tiempo acotado una serie de medidas consistentes entre sí en cuanto a sus objetivos centralizadas en el Ejecutivo, lo que implica que pueda

hablarse de una política propiamente tal y no de un conjunto de acciones y medidas parciales e inconexas entre sí;

- iii) Se crea un relato promovido desde una estrategia de comunicaciones que) asume como mensaje central la necesidad de “Ordenar la casa” en el contexto de caos migratorio derivado justamente de la ausencia previa de políticas;
- iv) Se revitaliza la tendencia histórica del Estado chileno de elaborar una política migratoria de corte selectivo y con un énfasis fuertemente centrado en la dimensión de la frontera como una fuerza omnipotente y autosuficiente, independiente de la consideración de condiciones sociales y estructurales que incitan a la emergencia y reproducción de flujos migratorios hacia Chile.

La impulsada política migratoria de Chile, que obedece efectivamente a una política central, tiene tres componentes claves:

- i) La institucionalización de dispositivos para la creación de condiciones estables para la formación de una subclase y de un acceso precarizado al mercado de trabajo, es decir, la ineficacia técnica que tienen las políticas migratorias represivas constituye una función del proceso de acumulación de sectores estratégicos de la economía, tal como ocurre con las políticas de empleo para jóvenes, las propuestas de reforma laboral o la política de institucionalización del empleo a honorarios;
- ii) Una política de administración de las incertidumbres que genera el modelo de desarrollo y los temores asociados en la población. En ese sentido, la política migratoria, se instala en sintonía con otras medidas de administración del miedo como la política indígena en La Araucanía; la política de intervención de las movilizaciones estudiantiles en los establecimientos secundarios; la política nacional contra la delincuencia (Thayer, 2019); y
- iii) Una inminente crisis de Derechos Humanos como fundamento para la organización de las relaciones sociales y de la construcción política.

Dicho lo anterior, se infiere que la Política Migratoria se desenvuelve en dos dimensiones: una normativa y otra interaccional. En la primera, como se ha señalado en este apartado, la

creación de una nueva política migratoria se traduce en la actualización del marco normativo; la cual se respalda en una expresión política, como campo político (Bourdieu, 2003), espacio de disputa, en tanto que cada anuncio vinculado con esta ley es legitimado por discursos que representan intereses y perspectivas para gestionar y administrar la temática migratoria. En este sentido, es importante exponer las modificaciones en dicha dimensión para describir las directrices que, tal como veremos en la próxima sección, repercute en instituciones de jurisdicción del gobierno central y también de gobiernos locales. Funciona como un lineamiento central que orienta y posiciona, formalmente, el marco normativo de municipios, configurándose un orden social particular.

Esta situación se vincula con otro aspecto relevante que tiene que ver con la dimensión interaccional, particularmente, siguiendo los informes de análisis del marco normativo que ejecutan distintas organizaciones internacionales y jurídicas; la actualización de la ley de migraciones, creada desde una perspectiva de securitización y, por tanto, de restricción de acceso a derechos para el colectivo migrante de ciertas nacionalidades como el caso de las visas para ciertas nacionalidades, afectan en la trayectoria migrante inducidas por la nueva política. En ese sentido, es evidente la relevancia de mencionar el marco normativo central puesto que repercute en gobiernos locales reproduciéndose y modificándose por medio del dinamismo interaccional que se genera localmente donde efectivamente el migrante se establece (Thayer, 2019).

La integración última del migrante pasa localmente, en la interacción con nacionales; y su trayectoria, inciertamente, se construye por medio de la interacción con gobierno local que entrega directrices a instituciones locales donde sus funcionarios resultan ser la puerta de acceso a derechos para usuarios inmigrantes (Thayer, Stang y Dilla, 2017; Zepeda y González, 2019; Liberona y Mansilla, 2017; Ramírez-Santana, 2019). Por tanto, esta dimensión interaccional, situada territorialmente, en instituciones locales, entre personas migrantes, usuarios locales y personal de atención de los establecimientos, entre otros factores; refleja la relevancia e influencia en el desenvolvimiento y acciones que ejecutan las personas para acceder a derechos, en este caso, a salud.

Normativas en salud y programas municipales vinculados con temática migratoria.

Un informe del MINSAL (2018) señala que *“la condición migrante es un determinante para el acceso a la salud”* (pág. 5). En línea con eso, se han creado diversos programas, decretos y normativas que rigen para garantizar el goce efectivo del acceso a salud, particularmente de personas migrantes, los cuales, son expuestos a continuación.

Normativa de acceso de la población migrante a la Atención en Salud

El marco normativo que regula el acceso a la salud en Chile, según declara informe del MINSAL (2018) se encuentra en coherencia con el marco internacional de Derechos Humanos. El Ministerio de Salud, comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres migrantes embarazadas.

Progresivamente se ha ido avanzando en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile (MINSAL, 2018).

En esta línea, se ha ampliado el acceso a la salud de las personas migrantes, incluyendo a quienes se encuentran en una situación administrativa migratoria no regular, bajo el Decreto Supremo N°67, emitido el 2016. A continuación, en orden cronológico, se presenta un resumen de la normativa en esta materia:

En el año 2003, se emite el Oficio circular 1179 del Departamento de extranjería y Migraciones. Este documento entrega una Visa temporaria a mujeres extranjeras embarazadas con situación migratoria no regularizada, la cual permite acceder a este trámite quienes presenten, entre otros documentos, el certificado de control de embarazo emitido por el Centro de Salud al que la mujer asiste, con la firma y timbre de una autoridad responsable de ese servicio.

En el año 2008, se emitió un Convenio interministerial entre el Ministerio de Salud con el Ministerio del Interior (A 14 N°3229 MINSAL). Este documento autoriza la Atención en Salud de población inmigrante en riesgo social y situación de permanencia no regular. Además, este convenio permitió la entrega de un permiso de residencia temporaria a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, independiente de su condición migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales. También, facilitó el acceso a la atención en salud de esta población.

Para el año 2009, el Ministerio de Salud anuncia el Decreto A 14 N° 2551. Este autoriza la atención en la red pública de salud de personas migrantes con credencial del FONASA, permiso de residencia en trámite y cédula de identidad caducada.

Luego de 5 años, en 2014, se realiza el Convenio entre Ministerio del Interior y Seguridad Pública, por medio del Decreto exento N° 6410. Este acuerdo, permite el acceso a salud por FONASA, en calidad de beneficiarios, a personas migrantes que: solicitaron un permiso de residencia en el país por primera vez, una prórroga, un cambio o una nueva visa; se encuentren solicitando un cambio de categoría migratoria de temporal a permanente y cuya resolución se encuentre en proceso de análisis.

En el año 2015, el Ministerio de Salud crea la circular A 15 N° 06. La presente, indica que se desliga la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia. Indicando a los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud, brindar las atenciones y prestaciones de salud que sean necesarias a las personas extranjeras que estén en el país y no cuenten con otra vía de acceso a salud y que carezcan de documentos o permisos de permanencia, en los siguientes casos:

- i) Mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses desde éste. Todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).
- ii) Niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).

- iii) Casos de urgencia médica. Atención a todas las personas, sólo se podrán cobrar en los casos en que el afectado declare que le es posible pagar la prestación recibida.
- iv) Prestaciones de salud pública: métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/SIDA, ITS, educación sanitaria.

En el año 2016, se anuncia el Decreto supremo N° 67. Este indica que se fijan las circunstancias y los mecanismos para acreditar la situación de carencia de recursos o indigencia de personas migrantes para acceder al sistema público de salud a través de FONASA, para ser considerado como beneficiario Tramo A.

Política de Salud para Personas Migrantes Internacionales

En octubre 2017 se aprobó bajo resolución exenta N° 1308, la Política de Salud de Migrantes Internacionales. El propósito de la Política es contribuir a alcanzar el máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos.

Con respecto a los gobiernos locales, el programa de acceso a salud señala que las personas migrantes, sin importar su condición migratoria, accederá a visa temporal y a todas las prestaciones necesarias para resolver esta problemática, incluyendo la salud. Por ejemplo, si la situación migratoria del usuario es regularizada, puede ser atendido por algún problema cubierto por Garantías Explícitas en Salud (GES), recibiendo todas las prestaciones en igualdad de condiciones que un usuario nacional. En casos de personas migrantes no documentados o irregulares, igualmente deben ser atendidos, sin embargo, para garantizar la entrega de prestaciones para este grupo, deben solicitar una visa temporaria en el Departamento de Extranjería. De este modo, se infiere que para acceder a prestaciones incluidas en GES la condición es tener una condición migratoria regular.

En caso de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria (en adelante ENO), que están reguladas por el decreto supremo N°158/04 que norma la detección, reporte y entrega de medicamentos para estos casos, estas enfermedades tienen tratamiento garantizado para toda la población, independientemente de nacionalidad y situación

migratoria. En caso de ser diagnosticado con una enfermedad ENO, y necesitar de tratamiento, migrantes no documentados deben tramitar una visa temporaria. No obstante, las declaraciones del documento con respecto a la población migrante, señala que *“Nuestra actitud es de acogida y comprensión dentro de un entorno institucional que nos permita comprender y resolver los desafíos que nos plantea la migración entre naciones”* (MINSAL, 2016, pág. 13); pero, tal como se evidenció, la acogida responde para migrantes con situación migratoria en regla.

Así, las personas migrantes que tengan su situación migratoria regular podrán acceder al sistema de salud público en su totalidad de servicios, cumpliendo con los requisitos mínimos que se exigen para la tramitación de su regularización migratoria.

Desde el “Plan de Atención inicial integral de la salud de migrantes internacionales”, el Informe de Salud de gobiernos locales de Universidad de Desarrollo (2017) y publicación de Báltica Cabieses (2019), en materia de salud municipal, señalan que

“los derechos sociales de los inmigrantes implican, como mínimo, el acceso de los migrantes regulares, en igualdad de condiciones que los nacionales, a todos los servicios que prestan los consultorios municipales; el acceso de todos los migrantes, incluso aquellos en situación irregular, a los servicios de urgencia; la atención regular, en el consultorio correspondiente, a las mujeres inmigrantes embarazadas, con otorgamiento de la visa de residencia temporaria a la que ya se ha hecho referencia, y la atención en los servicios de salud primaria a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, independientemente de su situación migratoria y de la de sus padres, tutores o representantes legales” (pág. 58).

Si bien la disposición de los funcionarios al interior de los municipios es un factor relevante para impulsar acciones, no es suficiente para proyectarlas en el tiempo ni para orientarlas racionalmente a las áreas más sensibles y necesarias de abordar. Tanto la sostenibilidad de las acciones como su orientación a determinados ámbitos dependen de la intuición y voluntad de los funcionarios que las impulsan (Thayer, 2018; Cabieses, 2019, Liberona, 2008). Una situación que Eduardo Thayer a definido como “la política del estado de ánimo”, en alusión a la débil institucionalización en que se inscriben las acciones, refiere a esta lógica personalista que predomina en la gestión política, lo cual, da cuenta de *“una sujeción general de las medidas adoptadas y las acciones impulsadas por el Estado a las*

disposiciones y voluntades particulares de funcionarios y autoridades de turno, como respuesta a la nueva demanda impuesta por la llegada de migrantes” (13 pág.).

Analizando los marcos normativos expuestos anteriormente, Cabieses (2019), señala que, desde junio del 2016 hasta hace pocos meses, para inmigrantes con visa de turista vencida, o que estén con visa en trámite o sin documentación oficial, el Decreto 67 permite otorgar inscripción al sistema público de salud (Fonasa A o carente de recursos). Esta inscripción se solicita en atención primaria con asistente social u otro que sea testigo de fe de la necesidad de requerir uso de este decreto para su inscripción. Según esta misma investigación, *“esta normativa no es conocida por todos los equipos de salud primaria y ha presentado fallas de implementación que deben ser atendidas y sorteadas, de manera de proteger la salud de todos desde un enfoque de derechos y de interculturalidad en salud”* (Cabieses, 2019, pág. 40).

Por otra parte, un reciente dictamen de Contraloría del Fondo Nacional de Salud, FONASA, ha indicado que personas que se encuentren con Visa de Turista podrán tener acceso potencial a prestaciones de salud en Chile, pero deberán pagar de su bolsillo o activar un seguro internacional de salud. Con este dictamen, se restringe la cobertura financiera para acceder a salud a migrantes documentados e irregulares con visa en trámite y que se encuentren en su periodo de turista; evidenciando una potencial barrera adicional de acceso, de tipo financiera, para el acceso y uso efectivo de servicios de salud, incluyendo una situación de urgencia en personas de mayor vulnerabilidad como embarazadas y niños.

La evidencia sugiere que las personas migrantes internacionales siguen presentando mayores dificultades para acceder al sistema de salud que los nacionales, localizados en Santiago. Tal como señalan datos oficiales presentados por Cabieses (2019), para problemas de salud de corto y largo plazo, en todo el recorrido del flujo de atención del sistema de salud, los inmigrantes tienen mayor probabilidad de no haber logrado su atención de salud, reportando haber experimentado barreras de acceso (17% más probable que los chilenos) comparado con la población local.

Datos recientes de la comuna de Santiago, indican que el 90,4% de la población inmigrante se encuentra al día en el control “Niño Sano” y sólo un 9,2% no está bajo control regular. Lo mismo sucede con los mayores de 60 años, donde el 80,2% de ellos asiste a

controles de salud y un 18,8% no lo hace (Cabieses, 2019, pág. 45). Los datos descritos evidencian diferencias de acceso al sistema formal de salud, de uso de prestaciones de acceso potencial gratuito y de resultados de salud entre migrantes y locales. Da cuenta de brechas de desigualdad de acceso, de uso y, por tanto, de bienestar en población migrante.

Encuestas poblacionales y de datos del Ministerio de Salud de Chile que indican que las personas migrantes internacionales y sus familias acceden y utilizan menos los servicios formales de salud del país que la población local. Un ejemplo de esto corresponde al autorreporte de tipo de previsión de salud entre personas migrantes y chilenos. De acuerdo con un análisis de la encuesta CASEN, queda de manifiesto que *“no solo que los inmigrantes tendrían menor acceso al sistema de salud chileno que los locales, sino que además esta brecha estaría aumentando en el tiempo, con casi un 9% de migrantes internacionales que no saben/ no tienen previsión de salud el 2013, versus un 18,6% en igual situación en 2017”* (Cabieses, 2019, pág. 151). Tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2. Tipo de previsión de salud de personas migrantes internacionales y chilenos

	CASEN 2013		CASEN 2015		CASEN 2017	
	Chilenos	Migrantes	Chilenos	Migrantes	Chilenos	Migrantes
No sabe/ no tiene	2,5	8,9	4,4	17,5	4,2	18,6
Público (FONASA)	78,6	68,7	77,7	62	78,7	65,1
Privado (ISAPRE)	14,1	18,1	15	17,6	14,4	14,7
Otro	2,9	2,3	2,9	2,9	2,8	1,6

Fuente: CASEN 2013 a 2017. Elaboración propia (2019).

En línea con la argumentación anterior, se concluye que se observa una subutilización de la mayoría de las prestaciones de salud disponibles en Chile por parte de la población migrante. Registros de atención primaria (base de datos registros electrónicos mensuales

(REM)), indican que el uso de servicios primarios o prestaciones disponibles en consultorios son menores en términos proporcionales en población migrante internacional que en chilenos (MINSAL, 2018; Cabieses, 2019).

Adicionalmente, la disminución de acceso a prestación de servicios de salud es un dato que arroja más dudas que claridades. Si bien se observa una progresiva disminución del flujo migratorio, esto no es significativo para explicar la correlación directa entre disminución de uso de servicios de salud con disminución del flujo migratorio; dado que, según las investigaciones e informes expuestos, hay más factores que inciden en el acceso a salud de migrante, por ejemplo, la condición migrante.

En ese sentido, que los programas municipales de atención en salud estén condicionados por edad, sexo y condición migrante, ofrece elementos analíticos para explicar los resultados señalados. Por tanto, esta situación entrega relevancia al objeto de estudio de la investigación; particularmente en la dimensión interaccional situada localmente en instituciones de servicios de salud. Considerando lo determinante de la interacción con la comunidad local para el asentamiento de la población migrante, se infiere que es fundamental para el acceso a servicios de salud las formas que las personas migrantes emplean para gestionar las barreras de acceso, la incertidumbre inducida, transformándolas para acceder al servicio. En ese sentido, observar este plano permitiría realizar un diagnóstico de cómo abordan la condición migratoria los usuarios inmigrantes para acceder a servicios de salud.

MARCO TEÓRICO

Instituciones y orden social:

Desde la perspectiva de Pierre Bourdieu (2003) en “Capital cultural, escuela y espacio social”, bajo el supuesto de que las instituciones son reproductoras del orden social por medio de sus marcos normativos; se desprende que las prácticas institucionalizadas, es decir, en tanto prácticas estructuradas y estructurantes de individuos; (re)producen un capital habilitante para que los individuos puedan “*tener posición, posicionarse o ser posicionados dentro del mundo social*” (pág. 38). Dicha relación evidencia que las prácticas legitimadas por medio de instituciones reproducen un espacio social ordenado según posiciones caracterizadas por una distribución particular de capitales. Por tanto, las instituciones por medio de sus marcos normativos, que forman al individuo en su oficio, van a reproducir el orden social establecido y, a su vez, las normas serán manifestaciones del orden señalado. En ese sentido, las normas institucionalizadas, delimitan el espacio de desenvolvimiento, acción y conducta de cada individuo; siendo castigado o aceptado, según el nivel de lo esperado socialmente.

Considerando estas teorías sociológicas, se infiere que el orden social se forma a partir del carácter contingente de la acción social, individual, pero sujeta a las estructuras anteriormente establecidas. Llevando esto al fenómeno migratorio, desde el aporte teórico de Eduardo Thayer (2019), se recoge que el plano de las relaciones sociales es el espacio en el que se afirman o tensionan los objetivos perseguidos por la regulación normativa:

“La igualdad de derechos legales y la adquisición de la ciudadanía son unos medios tan necesarios como importantes para la integración de los inmigrantes y sus descendientes, pero no bastan. Esta mirada a los contextos de la interacción social otorga una relevancia central a las políticas locales en la construcción de una política migratoria general del Estado” (p. 19).

De este modo, las definiciones jurídicas que condicionan el acceso a derechos se conciben más como el comienzo de la política migratoria que como su punto culmine (Brubaker, 1989); tomando un rol relevante la interacción social local como ejecutante de la política. En este plano, la interacción entre habitantes extranjeros y la población local, va generando un nuevo orden, en términos de surgimiento de demandas sociales que el gobierno local, es decir, los municipios, desde su acotado presupuesto y herramientas jurídicas, debe ir sorteando y cubriendo.

Por otro lado, “*la expresión de ordenar la casa refiere precisamente al concepto de orden en su sentido más común: poner las cosas en su lugar, guardar, separar y organizar*” (Stefoni y Brito, 2019, pág. 25). Para tal propósito, requiere el uso de una serie de dispositivos que permitan no sólo garantizar dicho orden, sino también asegurar su reproducción en el tiempo. Por tanto, una norma debiese funcionar para que exista una articulación coherente entre el ámbito institucional y el social, lo cual depende de las capacidades institucionales que permitan, por un lado, crear las condiciones sociales para que los derechos reconocidos formalmente sean efectivamente ejercidos por los migrantes, y por otro, para que la demanda que emerge de la presencia de los migrantes redunde en una redefinición de los derechos en el plano normativo. (Thayer, Stang y Della, 2018). Sin embargo, la realidad dista de esta concepción.

Es precisamente la rigidez de la política migratoria del gobierno central lo que genera la relevancia de la intervención del municipio. Y, dicha condición rígida, da un espacio de incertidumbre para el inmigrante, es decir, las puertas de acceso a derechos están condicionadas, por tanto, no tiene garantizado el acceso. Pese a esto, la incertidumbre refleja un elemento dinámico de la interacción, lo cual, dado el orden social vigente representado por el marco normativo, se vuelve relevante estudiar qué acciones ejecutan los migrantes para minimizar la contingencia de su estatus precario migratorio y hacer uso efectivo de servicios de salud.

Relación entre estructura e individuos.

La teoría social de Pierre Bourdieu (2002) señala que *“la sociedad puede ser concebida como un espacio diferenciado por posiciones sociales donde las relaciones entre estas posiciones constituyen el núcleo de lo que es propiamente social”* (pág. 45).

En ese sentido, se puede reconstruir un espacio social, el cual se caracteriza por:

“la distribución de ciertas propiedades entre los agentes, especialmente bajo la forma de diferentes especies de capital, con las cuales ellos participan de las luchas por la transformación o la mantención de la estructura del sistema de posiciones al interior del espacio social” (Aguilar, 2003, pág. 5).

De la perspectiva que aporta Bourdieu sobre la observación de la heterogeneidad del espacio social, se infiere la relevancia del campo como un espacio donde se relacionan los agentes y la estructura, por la interdependencia entre las propiedades de cada individuo configurados por los capitales, disposiciones, habitus y prácticas (Bourdieu, 2002; Aguilar, 2003). De esto, se evidencia el carácter relacional del mundo social.

De esta dinámica relacional entre campo y habitus, desde el plano individual, se entenderá por habitus como el resultado de la incorporación en los agentes de *“un conjunto de disposiciones de diverso orden (cognitivas, corporales, estéticas, etc.) que han sido determinadas por la posición relativa de los agentes en el espacio social”* (Aguilar, 2013, p. 10), dicha posición es ecualizada por la distribución de los capitales, a saber: Económico, social, cultural. El vínculo entre disposiciones y posiciones se refleja en *“la medida en que tales posiciones se modifiquen como resultado de la propia dinámica del campo, las disposiciones de los agentes también lo harán”* (Bourdieu, 2003, p. 45).

La línea de base teórica que sustenta el presente estudio surge comprendiendo al habitus integrando el vínculo entre posición, disposición y prácticas, del siguiente modo:

“la forma en que el sistema de disposiciones, en conjunción con la estructuración del espacio social (campo), da origen a la dinámica social sin que haya que suponer que esta es el resultado de sujetos que actúan con voluntad y conciencia, pero que tampoco es el

resultado de procesos en los que estos no tienen participación alguna” (Bourdieu, 2003, pág. 98).

Es este el sentido que Bourdieu (2007) con la noción de habitus, señala: *“Como un modo de ser, una disposición, que ha sido adquirido por medio de la costumbre”* (pág. 20); es decir, la forma que las disposiciones adquiridas por la costumbre actúan como principios generadores de nuestros actos, de las prácticas. De este modo, si los agentes actúan en forma tal que de sus acciones resulta un orden que puede ser descrito en términos de regularidades, estas últimas no son resultado de reglas o estructuras de las que los agentes y sus actos serían una mera emanación, sino que ellas son el resultado de disposiciones que llevan a los agentes a actuar de tal o cual manera (Aguilar, 2017). Es decir, *“disposiciones que facilitan determinada clase de operaciones en determinadas circunstancias o condiciones”* (Aguilar, 2012, pág.5); Por ello es que se trata de un principio que regla el acto, que le impone un orden a nuestros actos.

No obstante, el modo en que Bourdieu define el habitus tiende también a enfatizar los elementos más estructurales en ella, lo que de alguna manera parece contradecir el uso de la noción de estrategia (Aguilar, 2017), tal como refleja la siguiente cita:

“El sistema de disposiciones inculcadas por las condiciones materiales de existencia y por la educación familiar (por ejemplo, el habitus) que constituye el principio generador y unificador de las prácticas es el producto de las estructuras que estas prácticas tienden a reproducir de manera tal que los agentes no pueden sino reproducirlas, es decir, reinventar inconscientemente o imitar conscientemente, como de suyo o como lo más conveniente o simplemente lo más cómodo, las estrategias ya comprobadas que, dado que han regido las prácticas desde siempre, parecen inscritas en la naturaleza de las cosas” (Bourdieu, 2002, pág. 171).

Es decir, el habitus opera como un sistema de disposiciones, transferibles en la práctica dado que son:

“principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ sin ser

el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta” (Bourdieu, 2007, pág. 92).

En ese sentido, da espacio para la acción del individuo, lo cual, Bourdieu denomina como “estrategias”. No obstante, el concepto de disposiciones es central como instrumento de reproducción del habitus.

Disposiciones y prácticas

La palabra “disposición” parece particularmente apropiada para expresar lo que recubre el concepto de habitus:

“en efecto, expresa primero el resultado de una acción organizadora presentando entonces un sentido muy próximo al de palabras tales como estructura; designa además una manera de ser, un estado habitual (en particular del cuerpo) y, en particular, una predisposición, una tendencia, una propensión o una inclinación” (Bourdieu, 2000, pág. 393)

Lo que sabemos, es que estas disposiciones han sido el resultado de condicionamientos sociales. Así, en el mismo libro “El Sentido Práctico” señala que *“los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen habitus” (Bourdieu, 2007, pág. 86)*

Es decir, se puede hablar de una disposición incorporada que asegura la ejecución de un acto en conformidad a lo que se espera en un contexto, precisamente en un determinado momento. Y ello es posible porque:

“el monitoreo reflexivo de la conciencia es reemplazado por un sentido práctico que el individuo ha desarrollado como consecuencia de un trabajo sistemático y constante de repetición de actos o movimientos corporales hasta llegar a dominarlos” (Aguilar, 2003, pág. 15).

De lo anterior, se desprende que la forma en que se materializa la disposición, como elemento estructurante del habitus y todo el contexto donde se produce, es por medio de las prácticas.

Esto quiere decir para Bourdieu que:

“las prácticas presentan la paradoja de ser objetivamente ‘regladas’ y ‘regulares’ sin ser para nada el producto de la obediencia a reglas, objetivamente adaptadas a un fin sin suponer que apuntan conscientemente a fines ni al dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, estando todo ello colectivamente orquestado sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 2000, pág. 256).

Por tanto, las prácticas, son el resultado de una lógica que se encuentra no en el sistema de parentesco mismo, sino en los propios agentes y sus prácticas (Bourdieu, 2000). Esa lógica es lo que él llama ‘lógica práctica’ y se entiende como la *“lógica inscrita en sus prácticas sociales como resultado de disposiciones adquiridas en la propia experiencia social”* (Aguilar, 2010, pág. 12). En este sentido, Bourdieu atribuye a los agentes la capacidad de actuar estratégicamente conforme a una lógica que tiende a obtener un beneficio material. Por tanto, las prácticas no son necesariamente la ejecución de lo que está prescrito en el sistema de reglas (Aguilar, 2010; Bourdieu, 2002).

En línea con lo anterior, el campo de acción, tal como se ha expuesto, se gestiona territorialmente, dadas las condiciones institucionales, en los espacios locales. Por tanto, la interacción determina si los derechos tipificados se traducirán en derechos efectivos o no; es decir, que los contextos locales están abiertos a que se tomen decisiones que permitan a los migrantes el ejercicio efectivo de derechos que no están, necesariamente, jurídicamente reconocidos ni tipificados (Thayer, 2015). Por tanto, conocer el espacio local, en este caso un centro de Atención Primaria de Salud que se configura, desde el plano normativo, por diferentes dispositivos como decretos, reglas, normas; y, por otro lado, desde el plano interaccional, con las repuestas de las personas migrantes frente a las condicionantes institucionales, evidencia elementos que permiten conocer el marco normativo vigente del establecimiento, entregando una actualización de las políticas locales que rigen en los centros de salud. A su vez, da espacio para conocer las respuestas de las personas migrantes para

acceder al servicio de salud, lo cual es una encarnación de la condición de sujeto migrante y los desafíos respectivos que se desprenden del espacio observado.

En esa línea, Pierre Bourdieu, con la idea del habitus que se programa por medio de la configuración y volumen de capitales subjetivamente a las personas para interactuar de forma pre-adaptada, como intuición inmediata, a las situaciones de los campos. De esta forma, en la teoría de Bourdieu, el atributo del sentido práctico del habitus soluciona la relación agencia y campos. En síntesis, lo que se desprende de este dialogo es lo que se genera entre el sentido práctico y los modos de reflexividad para abordar lo que pasa entre la agencia y estructura o agentes y campos (Aedo, 2014). En ese sentido, las investigaciones de experiencias migratorias vinculadas con el marco normativo señalan que hay diferentes factores que inciden en esa relación. Por un lado, la dimensión institucional y por otro, una dimensión interaccional; en base a las relaciones sociales.

En ese sentido, el habitus como herramienta analítica tiene un correlato con el campo de observación del objeto de estudio. Según los antecedentes y problematización, desde una dimensión normativa, las personas migrantes se desenvuelven en una institución de servicio de salud local ordenada por sus marcos normativos, los cuales, cercan el camino de tránsito de los usuarios migrantes, condicionando su posibilidad de acción; no obstante, sigue existiendo un elemento reflexivo que entrega un espacio de adaptación entre la estructura y la agencia.

Determinantes sociales en salud: un instrumento para observar las experiencias de personas migrantes en Centros Públicos de salud.

En línea con el aporte teórico de Pierre Bourdieu, principalmente con la definición de disposición y el rol de los capitales como configurador de prácticas, surge la importancia de los determinantes sociales. A partir de diversos estudios de medicina desde una perspectiva social, surge el concepto de “Determinantes Sociales de Salud”, el cual representa los condicionantes de las personas que permiten el desenvolvimiento en diferentes escenarios, es decir, desde la teoría social de Bourdieu, puede ser considerado como capitales y elementos estructurales.

En ese sentido, es relevante el trabajo teórico de Báltica Cabieses y el Programa de Estudios Sociales de la Universidad Del Desarrollo. Este grupo de profesionales de la salud ejecutaron indagaciones sobre estudios epidemiológicos y la relevancia de los determinantes sociales de la salud en la experiencia de vida de las personas migrantes. En ese sentido, los determinantes sociales son “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (Van der laar, 2017, pág. 77). También se ha fraseado como “*las características sociales en que la vida se desarrolla*” (Cabieses, 2019, pág.10).

El concepto de Determinantes Sociales surge desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, porque no consideraban el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que “*las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?*” (Cabieses, 2019, pág. 90)

Esta pregunta es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales.

En ese sentido, desde el abordaje de determinantes sociales en salud, que aporta una perspectiva desde diferencias entre grupos sociales al interior de una sociedad, es posible identificar dimensiones y categorías clásicas de vulnerabilidad social (Cabieses, 2019). Por tanto, es posible inferir e identificar distinciones “*sistemáticas y estructurales entre grupos sociales que se consideran injustas, innecesarias y prevenibles, y que se pueden presentar en mayor proporción en migrantes internacionales*” (Cabieses, 2019, pág. 80). Algunas dimensiones desde este enfoque son: política pública de migración internacional, nivel socioeconómico y clase, etnia, género y estatus migratorio; también incluye capital social, condiciones de vivienda y barrio, estilos de vida y acceso y uso de servicios de salud; entre otras categorías que será de máxima utilidad para abordar la presente investigación.

Dicho esto, se puede señalar que los Determinantes Sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se

traducen en consecuencias para la salud. Por tanto, los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (Van der laar, 2017; Cabieses, 2019).

El aporte de integrar el enfoque de Determinantes Sociales de la salud permite observar el impacto que tienen estas realidades sociales en el estado de salud y calidad de vida de las personas (Van der laar, 2017). En este sentido, a partir de las experiencias vinculadas al proceso migratorio y en particular en su relación con salud, tanto en su dimensión de acceso y uso de servicios nos permite construir una mirada de integral y sistémica (Cabieses, 2019), que entienda

“la complejidad del entramado social en todas sus partes y sus posibles consecuencias en salud, es parte del proceso teórico y empírico que debemos construir para la salud pública de Chile” (Van der laar, 2017, pág. 77).

Por otra parte, la atención de salud no es la principal causa que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman (Cabieses, 2019). En esa línea, evidencia disponible en la literatura internacional permiten sostener que cada uno de estos factores son determinantes sociales que impactan en acceso y uso de servicios de salud, así como en resultados de salud en población migrante (Van der laar, 2017). A su vez, estudios sobre migración y salud en Latinoamérica, han identificado brechas sistemáticas entre personas migrantes y locales en casi todos los países del mundo, los que se profundizan cuando se experimenta alguna condición de vulnerabilidad social.

Ejemplo de lo anterior, lo traduce Cabieses (2019) la siguiente cita:

“ello es la manera en la que una mujer migrante internacional que deja hijos en su país de origen y que vive en pobreza multidimensional puede experimentar, por ejemplo, capas adicionales de vulnerabilidad social que la ponen en mayor riesgo de daño a su salud que un migrante internacional varón, con cargo gerencial y altamente calificado, y que viaja junto a toda su familia al nuevo país de acogida. No es únicamente el género, ni la migración internacional, ni la pobreza las que van

afectando el bienestar y salud de estas personas en forma independiente, sino que es la estrecha relación entre estas, para cada caso particular, las que verdaderamente determinan la experiencia, significado y trascendencia de la migración internacional para estos individuos” (pág. 79).

Finalmente, se puede señalar que los determinantes sociales son la materialización de los elementos estructurales de la teoría social de Pierre Bourdieu, en sentido de crear categorías e indicadores para estudiar la dimensión relativa a las prácticas y respuesta de personas migrantes que se atienden en establecimientos públicos de Atención Primaria de salud, frente a dispositivos normativos e institucionales que, como se ha mencionado, condicionan el acceso a salud.

MARCO METODOLÓGICO

En este apartado, se expondrá el conjunto de operaciones e instrumentos utilizados para medir el objeto de investigación. Por una parte, la técnica para cada dimensión contemplada para la indagación propuesta; y, por otro lado, la muestra.

Dado los objetivos de la presente investigación, esta se desarrolla bajo una metodología cualitativa, ya que *“los procedimientos de este tipo de metodología posibilitan una construcción de conocimiento en base a conceptos”* (Krause, 1995, pág. 21). Siendo las principales características de esta metodología el interés por comprender el comportamiento humano a partir del propio marco de referencia del que actúa, una orientación al descubrimiento, la exploración, la descripción y la inducción, asumiendo que la realidad es dinámica y cambiante (Krause, 1995). De esta forma, la investigación cualitativa produce nuevo conocimiento a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Rodríguez, 1996; Taylor & Bogdan, 1984).

Desde la perspectiva cualitativa, el trabajo de recolección de información se ha nutrido de datos provenientes de la siguiente técnica:

- a) Se contempló la realización de entrevistas semiestructuradas individuales, dado que la forma flexible en que se manejan y permiten trabajar los datos asemejando en lo posible una situación de la vida cotidiana (Krause, 1995) y las ventajas que éstas

tienen para lograr que los participantes colaboren de forma más activa con el investigador y se logren generar datos ricos y detallados (Batthyány & Cabrera, 2011; Vázquez, 2006).

Las entrevistas semi-estructuradas se ejecutaron con una técnica variada de aplicación, es decir, para algunos casos, el encuentro se realizó vía online, particularmente por la plataforma Zoom; tanto a profesionales, directivos y pacientes de centros públicos de Atención Primaria de Salud. Por otro lado, para ampliar las alternativas de comunicación, se aplicaron algunas entrevistas vía telefónica.

Aplicación

En tanto a la dimensión institucional, se recogió el material sobre los puntos de vista y las modalidades de trabajo de todos aquellos que, con su labor más o menos institucional, producen, crean y aplican los dispositivos de control sobre las personas migrantes que se entienden en los establecimientos públicos de salud.

En cuanto a la dimensión de prácticas y repuestas de las personas migrantes que se atienden en establecimientos públicos de Atención Primaria de Salud, se recogió el material básicamente sobre experiencias de aceptabilidad y uso de los centros públicos de salud estudiados. Esta selección fue orientada por los indicadores que serán detallados más adelante.

La pauta de las entrevistas se configura de un orden cronológico, a partir de tres etapas: génesis del proyecto migratorio; acceso al sistema de salud, particularmente a centros de Atención Primaria de Salud y recorrido institucional. Se puede resumir en dos grandes temáticas: la relación entre el sistema de salud público y los migrantes internacionales, y las condiciones de vida en que se encuentra la población migrante en nuestro país, entendiendo que dichas condiciones impactan directamente la salud de esta población. Cabe destacar que los guiones de entrevistas fueron adaptados a cada tipo de participante.

Participantes

Con objetivo de abordar una dimensión institucional y una dimensión interaccional en el acceso de personas migrantes en el servicio de salud, se propuso entrevistar a: (i)

población migrante de distintas nacionalidades que se atendió en centros de Atención Primaria de salud; desde los 21 años, hombres y mujeres; (ii) Directores de centros de atención primaria; iii) funcionarios del Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME) de centros de Atención de Salud Primaria, particularmente de CESFAM; iv) facilitadoras culturales de centros de Atención de Salud Primaria, particularmente de CESFAM.

Tabla de la muestra.

Dimensión	Cargos	Nro. De Muestra		
		Género		
		Masculino	Femenino	Total
Institucional	Directores del Servicio de Salud	1	2	3
	Personal del SOME	0	5	5
	Personal como Facilitadores Culturales	0	2	2
Interaccional	Personas usuarias	2	4	6
	Total	3	13	16

La muestra se aplicará una metodología de saturación, es decir, se buscará ejecutar entrevistas hasta saturar la muestra, dado que no existen recomendaciones específicas para crear una muestra representativa al respecto.

Por tanto, la muestra serán hombres y mujeres migrantes usuarios del servicio público de Atención de Salud Primaria desde los 21 años en adelante, dado que existen programas que permiten acceso a servicios de salud primaria. La técnica será saturación teórica en técnica bola de nieve

Operacionalización

Hipótesis 1: El Estado chileno, a través de sus políticas migratorias, sus dispositivos normativos y administrativos, y prácticas institucionales a nivel local contribuye a la creación de condiciones para que las personas migrantes accedan a los derechos en igualdad de condiciones que la población nacional.

Hipótesis 2: Las prácticas de las personas migrantes para acceder a los derechos, no depende solo de los determinantes sociales de cada sujeto, sino que también, de la implementación de las políticas, la ejecución de procedimientos institucionales y de las prácticas formales e informales que se dan en las instituciones públicas. Con estas prácticas y la aceptación de una posición subordinada, se encarna en las personas el “estatus legal precario”.

Las hipótesis de trabajo recientemente expuestas están construidas bajo el supuesto que la relación entre personas migrantes y Estado tiene su base en la institucionalización de la propia condición de migrantes como una serie de restricciones y condiciones que la distinguen de la condición de ciudadano (Thayer y Durán, 2015). Esto implica que el acceso precario de los migrantes a los derechos no se agota en la exclusión social que enfrentan; sino que además es producida normativamente, generando las condiciones para esa exclusión de la condición de migrante (Sassen, 2010; Stang, 2016; Thayer y Durán, 2015).

Así, a la exclusión por causa de la discriminación social y las restricciones que impone para el acceso igualitario a recursos, se suma la discriminación institucional (Cachón, 2010) formalizada en la normativa que regula el acceso parcial de los migrantes a los derechos y recursos, y que crea las condiciones para la negación total de derechos (Goldring y Ladolt, 2013). En ese sentido, la política migratoria y sus dispositivos operan como puertas de entrada a derechos civiles, políticos y sociales (López, 2005; Thayer y Stang, 2015; Stang, 2016).

Definición Operacional

Dimensión	Sub-dimensiones	Sub dimensiones 1	Indicadores
Condiciones Institucionales	Normativas	Protocolo de acceso dirigido a personas migrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos formales - Caracterización general de etapas para acceso a servicio público - Caracterización específica de procedimiento de inscripción
	Personal de trabajo en área de Atención de usuarios en Servicio Público	Práctica formal de personal de Servicio Público	<ul style="list-style-type: none"> - Suspensión de acceso a usuario migrante - Requisito formal para acceso a usuario migrante
		Práctica Informal de personal de Servicio Público	- Descripción de práctica informal para acceder formalmente a Servicio
Personas migrantes	Disposiciones	Determinantes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Familia nuclear - Grupo secundario - Ocupación - Género - Nacionalidad
		Trayectoria Migratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Estatus migratorio - Biografía migratoria
	Prácticas	Acceso a derecho	- Descripción de experiencia de Atención

		Respuesta frente a trato de personal de atención	- Descripción de respuesta frente a situación de atención
	Significados y percepción	Condiciones materiales de la institución	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de sensación de mantención de establecimiento - Descripción de sensación de disponibilidad de recursos
		Acceso igualitario	- Percepción de diferencia de trato

RESULTADOS

Dimensión institucional: Prácticas Institucionales y los dispositivos condicionantes del acceso a salud de personas migrantes.

Del espacio investigado y de los relatos experienciales obtenidos del personal directivo y administrativo de atención de personas, a saber, asistentes sociales, facilitadores culturales y personal del SOME; en centros de atención primaria de salud, surgen diferentes elementos que permiten profundizar el estudio del acceso efectivo de personas migrantes al servicio de salud, particularmente en la dimensión institucional. En esta sección se expondrán los hallazgos sobre las prácticas institucionales y las normativas que rigen en dichos espacios. Es decir, las prácticas institucionales formales e informales ejecutadas por el personal de atención de los centros de salud observados. Se agregará a este apartado factores externos que operan como dispositivos condicionantes del contexto donde el personal despliega su actividad y rol laboral.

Dispositivos normativos y decretos que despliegan en los centros de salud.

En primer lugar, los factores estructurales característicos de estos contextos públicos de atención, como la sobredemanda de atención o los consecuentes tiempos de espera excesivos son desestimados en su importancia debido a que no constituyen problemas que las afecten específicamente, sino que se reconocen como problemáticas propias del funcionamiento del sistema y que afectan a todos los usuarios en general (Liberona, 2012; Cabieses, 2015).

Dicho lo anterior, los dispositivos que condicionan el acceso a personas migrantes al servicio público de Atención Primera de Salud, que se encarnan en el personal del SOME, según las entrevistas realizadas al personal directivo de Redes Asistenciales, destacan:

“Es algo netamente de disposición legal, por decirlo así. Hay un decreto N°67 que dice que no podemos negar la atención de salud a niños migrantes. No especifica si debe, primero, estar inscrito y después atenderlo. No lo dice. Dice que no puedo negar la atención, entonces si llega un niño migrante le tengo que dar la atención. Ahora que tengamos que regularizar todo lo demás para que el gobierno nos pague el per cápita por ese niño es un cuento nuestro como centro de salud, para no entregar atenciones gratuitas a esas personas. Pero a mí la ley me dice que tengo que entregar atención de salud a todas las personas migrantes. Pasaba antes que el principal reclamo que llegaba a dirección era que a las personas mirantes como había que atenderlas, esa prestación que nos daba el estado no lo cancelaba. Entonces con el RUT provisorio eso se regulariza y queda toda la población migrante con Fonasa A. Por tanto, el Estado me lo garantiza y le paga el per cápita. Entonces no tendríamos porqué negar la atención a un niño migrante.” Directivo 3, Redes Asistenciales.

En complemento, si bien rige el decreto N°67, el presente del marco normativo que garantiza el acceso a salud de personas migrantes, en general, carece de protocolos. En ese sentido, tal como señalaban estudios jurídicos en materia de Derechos Humanos y población migrante -UDP (2018), Lages (2019), OIM (2018)- la relación entre personas extranjeras y acceso a derechos, está sujeto en un marco de infra derechos, es decir, *“el del mesón de atención, de la circular y del poder discrecional de las autoridades administrativas”* (Liberona, 2012, pág. 13).

El fragmento siguiente, complementa lo señalado en el párrafo anterior:

“Un protocolo como tal no está establecido como manual de procedimiento. No tenemos un manual que indique qué hago. Si hay una instrucción oral que a nosotros nos llega cada vez que tenemos una duda. Hay mucha retroalimentación. También tenemos acceso a capacitaciones que ayudan bastante para conocer la realidad del migrantes, que se desconoce. Estamos en constante capacitación. Un manual que lo indique que hacer no, pero trabajamos en base a los requisitos establecidos. Esto es lo que se requiere para inscribirse, por ejemplo, que tenga un Rut provisorio, algo que

certifique el domicilio. Necesitamos la dirección exacta. Para eso se pide cuenta de luz” Directivo 3, Redes Asistenciales.

De esto, se desprende que los protocolos y normativas que operan como dispositivos que condicionan el acceso al servicio público de salud a personas migrantes, está sujeto a elementos que se escapan de lo legal. En ese sentido, es relevante estudiar otras barreras que condicionan el acceso a personas migrantes.

Práctica institucional que permite un acceso formal a la atención de salud:

En cuanto a los requisitos formales que exige el sistema de salud para acceso a personas migrantes, sujeto al Decreto N°67, es una acción que permitió ampliar la cobertura de atención a personas sin un Rol Único Tributario (R. U. T) con el acceso al RUT provisorio. Este dígito identificador, es la puerta de acceso formal a salud. No obstante, la solicitud de una RUT provisorio, implica una tramitación diferente, la cual, tiene efectos en el acceso de las personas migrantes. Este procedimiento formal, lo describe el siguiente fragmento de las entrevistas:

“En cuanto al acceso, lo principal acá, que mejoro mucho, porque antes del 2016 se podían atender a solo embarazada y menores de 18 años. Si llegaba una persona de 40 años, no embarazada, quedaba a criterio del funcionario si lo atendía o no. Después del decreto 67, se permitió atender a todas las personas que no tenían cédula de identidad. Ahí, el 2016, que fue un año difícil porque en el fondo fue que llegaron una gran cantidad de personas a un CESFAM donde hay una gran cantidad de usuarios”
Asistente Social 1, Cefam Cruz Melo.

“La persona viene y se le pregunta si tiene carnet. Si no lo tienes, tiene que traer su pasaporte o DNI más un comprobante de domicilio: una boleta de luz o agua o certificado de residencia. Y se pide el numero provisorio. Se llena un formulario y eso se escanea o la facilitadora, se envía a Fonasa con la foto del pasaporte y el certificado de domicilio. Con este número, la persona va al SOME y se inscribe. Les dan una hora y si es embarazada, le dan la hora con la matrona. Ella examina y luego deriva y luego solicita a otra hora”
Funcionaria 4, Cefam Cruz Melo.

Este trámite formaliza el acceso, pero no garantiza la atención instantánea del servicio. Es decir, la burocracia que permite oficializar el ingreso al Tramo A de Fonasa, tiene una temporalidad sujeta a la presentación de la documentación informada en la entrevista, lo cual, para ser logrado, requiere derivaciones a instituciones externas, por ejemplo, la Junta de Vecinos que emite el Certificado de Residencia, por nombrar alguno. En este sentido, el acceso formal despliega un dispositivo que favorece a quienes tienen su trayectoria de estatus migratorio regular. En cambio, quienes presentan un estatus migratorio irregular, el proceso se complejiza. Para este caso, el proceso formal es como sigue:

“Sin Rut, ya está la solución con el provisorio. Cuando la persona no tiene ningún documento de identificación, como el decreto dice, nada, sin pasaporte, DNI, ni carné del servicio militar de su país, nada, porque le robaron, etc. Ahí tiene que pasar a una entrevista con la asistente social para evaluar y ver porque la personas no tiene el documento y se hace un informe social. Eso se envía a Fonasa para validar” Asistente social 2, Cesfam Juan Antonio Ríos.

Lo restrictivo de esta tramitación es la gestión de la documentación, y el tiempo de demora que implica conseguir el número provisorio.

“El flujo es distinto si es que tiene toda la documentación o si requiere un Rut provisorio en caso de que sea extranjera. Luego pasa a ventanillas según el color que le corresponde. Se inscribe a la persona, se le asigna un numero de ficha familiar, esto corresponde a todos los miembros que viven en la misma casa. Se hacen excepciones cuando en una misma casa viven muchas familias, sobre todo acá en la comuna. En una casa pueden vivir hasta cuatro familias; en esos casos se asigna otro número de ficha familiar. Pero en general es por domicilio.” Asistente Social 1, Cesfam Juan Antonio Ríos.

Práctica institucional que permite un acceso informal a la atención de salud:

El proceso administrativo formal en cuanto al acceso y la atención de salud presenta irregularidades. Esta alternativa es descrita a continuación:

“A veces tenemos que pasar de esa formalidad. Para ellos es difícil el tema de llegar con un certificado de residencia, sobre todo en estas condiciones, un certificado de residencia, de domicilio, tratamos de ser más flexibles; sobre todo con ellos, cuando vienen bastante mal. Eso viene desde la persona que atiende. A nosotros nos exigen una formalidad, pero para mí es imposible seguirlas. Las personas que vienen nos explican que viven hacinados, y hacerlos enviarlos papeles de nuevo, pudiendo ayudarlos inmediatamente, así lo hacemos.” Funcionaria 2, Cefsam Cruz Melo.

Se observa que la informalidad en el acceso permite zafar la burocracia que exige el proceso formal. No obstante, es una acción propia del funcionario.

“¿Ahí existe un espacio como funcionaria para pasar por al lado de la burocracia y hacer una excepción para poder ayudar y gestionar una atención más rápida? Si, por supuesto. Estamos tratando con gente. Para ellos es un problema enorme, pero para uno es mínimo. Que se puede solucionar en el momento. Si no puedo solucionar, pido ayuda, pero se trata de hacer las cosas. Para mí no me complica. Yo trato de si, veo una persona mal, con alguna enfermedad, no puede hacerme la desentendida. Hay que ponerse la camiseta con el hecho de que estamos trabajando en un consultorio y que estamos tratando con gente que viene complicada de salud. Lo digo porque lo hago siempre. Se que no va en la norma o me salto un papel.” Funcionaria 4, Cefsam Juan Antonio Ríos

“Porque, aunque uno no habla, se da cuenta de la discriminación. Te cuento una historia. Vino una señora haitiana con la matrona y no pidió hora, pero lo intento de otra manera y no lo logro, pero tenía que inyectarse. Y mi compatriota, aunque hablara español, se queda sin su inyección si es que no estoy. Si bien fue irresponsable, tuve que ir con la matrona a pedir el “favorcito” para que me haga la receta. Era importante porque después se queda embarazada. YO le ayudo y después le dije que tenía que pedir la hora. En Haití no se pide hora, pero aquí es con hora y uno tiene que aceptar y cumplir con las leyes. Pero si yo no estoy para apoyar, no la atienden” Facilitadora cultural 1, Cefsam Cruz Melo.

Del contenido expuesto, el rol del funcionario es determinante para otorgar el acceso a salud de las personas migrantes, dado la evidente debilidad institucional (Thayer y Durán, 2015) por la escases de normativas, da espacio para la discrecionalidad del personal. En ese sentido, Eduardo Thayer (2020) plantea la política del estado de ánimo, es decir, *“disposiciones contingentes de funcionarios que, por iniciativa personal, en respuesta a una demanda de hecho de la población migrante y muchas veces en contra de las resistencias institucionales, impulsan de manera intuitiva y en una casi completa escasez de recursos, líneas de acción dirigidas a resolver los problemas más urgentes de los migrantes”* (8 pág.). Tal como se refleja en la siguiente cita:

“Llegó con 3 enfermedades crónicas. Pero como no se da prioridad a los exámenes, no los tenía listos. Entonces no había podido acceder a medicamentos para sus enfermedades. Porque si no tiene remedios y tampoco dinero para comprarlos, ¿Qué puede hacer? Entonces fui y hablé con un médico para que les hicieran los exámenes de forma urgente porque tampoco tenía dinero para pagar exámenes privados. Entonces con los exámenes, la vio el médico, y el resultado próxima semana. Entonces la señora fue ingresada a los programas, mientras se tramitan los resultados. En ese caso, con ella se avanzó.” Facilitadora 1, Cesfam Cruz Melo.

Condicionantes estructurales de la atención a personas migrantes: Tratos racistas y discriminatorios

Los prejuicios que posee la población nativa respecto de la población migrante permiten, de manera manifiesta, observar expresiones discriminatorias en los servicios de salud (Thayer y Durán, 2015; Cabieses, 2019; Liberona, 2018). Los siguientes relatos recopilados del material cualitativo, expresan las experiencias de prejuicios y racismos del personal del SOME.

“Encontramos bastantes celos en la atención hacia los migrantes. A los funcionarios no les gusta a las personas migrantes. Tenemos muchos funcionarios con quienes hemos tenido que hacer un trabajo hormiga para que comprendan que tienen que

entregar un buen acceso al servicio, tener cuidado con la discriminación” Funcionaria 5, Cesfam, Cruz Melo.

“Por mucha capacitación que se intente, siempre se dan resistencias, por mucho que queramos mejorarlo. Son temas complicados porque, por más que sean capacitados, hay cosas que van en la persona. Uno trata de mostrar el enfoque de derechos humanos, de salud, intercultural, de mostrar cosas que quizá el funcionario desconoce, pero la idea es quitar la mirada de creer que “no que esto es de la población chilena” cuando creen que los migrantes se llevan todos los beneficios siendo que para acceder a un servicio debe tener un carnet.” Asistente social 1, Cesfam Cruz Melo.

Los resultados de esta investigación dan cuenta de los prejuicios del personal del SOME, los que provocan una serie de obstáculos que las personas migrantes deben sortear para acceder a la salud, pero también permiten apreciar la capacidad de innovación, de adaptación y de empatía, tanto por parte de los pacientes como del equipo SOME.

“También tienes tus casos más regalones: para mí son las personas migrantes haitianas. Pero la población más alta son personas venezolanas en JAR. Ahí puedes hacer un seguimiento. Tengo 4 o 5 personas haitianas si están trabajando, dudas, ayudas estatales, visas. Se hace un trabajo extra. Principalmente conseguir número provisorio, orientación del sistema de salud en Chile, Fonasa, talleres con todas personas migrantes que se inscribieron en los últimos 3 meses” Usuaría 3, Cesfam Cruz Melo.

Otro elemento que en la práctica opera como un dispositivo que condiciona la acción del SOME son factores culturales que trae consigo cada paciente, en este caso, personas migrantes internacionales. Estudios relacionados con la particularidad de cada persona migrante que se atiende en servicios públicos de atención primaria de salud (Liberona, 2012; Cabieses, 2019) y el encuentro de cosmovisiones distintas entre el personal del centro de salud y sus pacientes, obstaculiza y se vuelve conflictiva la relación entre personas migrantes y el personal de las instituciones. De las entrevistas realizadas al personal del SOME de

distintos centros de salud, la dinámica que se genera, en momentos, se torna conflictiva para una atención digna y cercana, desde una perspectiva de Derechos Humanos.

“Nos cuesta entender que tiene otra conceptualización del cuerpo, al otro le cuesta entender porque el que está al frente es pesado, me va a denunciar antes de preguntar. Me acuerdo de unas colegas que denunciaron a unas mujeres chinas porque no quiso dar lactancia. La mujer china no hizo el descanso y volví a trabajar, entonces fue todo un drama.” Funcionaria 5, Cefam Cruz Melo

“Y además que nos damos cuenta con la población haitiana, tienen una cultura muy diferente en algunos aspectos. Puedo decir algo, dar indicaciones que está fuera de su cosmovisión. En eso hemos tenido situaciones complejas. Por ejemplo, algo delicado, fue que había un par de pacientes con VIH y los niños tenían que quedarse hospitalizados para darles tratamiento que es para prevenir la transmisión de madre a hijo. Sin embargo, los papas no querían dejar a los niños. Fue intenso porque tomaron a sus niños y salieron corriendo y el personal corriendo detrás de ellos. Hasta que por fin se pudo dar con un pastor. ¿Por qué ellos no querían dejar a los niños? Porque para ellos no hay una enfermedad, hay un mal que se le hizo a la mujer, en el ámbito de vudú. Entonces para ellos no es una enfermedad. Me pongo en su lugar y no entiendo el idioma y me están exigiendo algo que no me parece correcto, obviamente saldría corriendo también. Como el componente religioso es importante, la palabra del pastor fue clave” Asistente Social 2, Cefam Juan Antonio Ríos.

De lo anterior, se desprende que, del encuentro de las diferencias culturales, en la práctica, se genera una imposición. Es decir, siguiendo la idea de Nanet Liberona (2012) quien reconoce un vínculo asimétrico en la relación personal del SOME y pacientes migrantes, el reconocimiento de su cosmovisión y comprensión del cuerpo y sus procesos, no tiene un respaldo protocolar. Más bien, es una acción que depende de la discrecionalidad del centro de atención de salud:

“Nos reímos con las nutricionistas porque tuvieron que pasar de los Mililitros a las Onza. Entender porqué la mamá haitiana les da leche con sal al niño; son cosas que se van construyendo diariamente. Hay que desarrollar habilidades interculturales como personas y como profesional. Antes la enfermera nos decía que comer, pero

ahora el niño no come pan, come arepas. Entonces la curva de nutrición del niño hay que adaptar a lo que los papas les cocinan. Ha sido un desafío diario de adaptación, a este nuevo mundo, intercultural de la leche de los niños” Asistente Social 2, Cefam Juan Antonio Ríos.

Esta barrera refleja que las prácticas institucionales desplegadas en los centros de salud carecen de protocolos que garanticen un acceso efectivo, con perspectiva de Derechos Humanos. Es decir, operan directrices centrales que reconocen la diversidad cultural en el acceso a salud de forma general, sin embargo, la ausencia de especificidad invisibiliza realidades. En ese sentido, el cómo ejecutar la atención con la particularidad de cada paciente, carece de una línea de base que garantice el respeto y reconocimiento de las prácticas, cosmovisiones, idiomas, culturas, de cada persona que desee ejercer su derecho de salud.

En paralelo a esto, se hallaron diferentes elementos que justifican la disposición del personal de atención a personas migrantes. Por ejemplo, la barrera lingüística, las condiciones materiales como la capacidad de atención y horas disponibles para entregar a las personas. Si bien hay una disposición a otorgar acceso a pacientes, es evidente que frente a la ausencia de soluciones que descompriman la realidad de la población tratante, las prácticas institucionales se vuelven hostiles para quienes no hablan idioma local.

Dimensión Interaccional: Percepción y prácticas de pacientes sobre el acceso a servicios públicos de Atención Primaria de Salud.

El contenido obtenido del análisis a las normativas que rigen distintos servicios públicos de Atención Primaria de salud y las entrevistas realizadas a directivos de centros asistenciales y personal del SOME, evidencian dispositivos que condicionan el acceso de personas migrantes al goce efectivo de atención en salud. Estos elementos operan creando diferentes barreras y condicionantes, revelando desafíos y dinámicas dentro del campo de salud que repercuten en el acceso a la atención, en este caso, de pacientes migrantes. En este apartado, se presentará el análisis de la dimensión sobre las respuestas y percepciones de las personas migrantes que se atienden en estos centros de salud. La exposición del contenido

será ordenado según los objetivos específicos de este estudio y se agregaran otros elementos relevantes para una posterior discusión.

Percepción de los pacientes sobre la atención y acceso a salud por parte del SOME.

El acceso de las personas migrantes a salud, tal como se expondrá, es relativo según determinantes sociales y condición migratoria. En ese sentido, desde la perspectiva de quienes solicitaron acceder al servicio de salud, la experiencia es diferente según la combinación de elementos como condición migratoria, género, país de origen, entre otros. Esta situación, se ve representado en la siguiente cita:

“Para comenzar preguntó de vuelta: ¿No tienes tus papeles, estas irregular? Y yo le dije que sí. Me pidió mi DNI, mi número, mi pasaporte y otros datos. Después recuerdo que le pregunte: “¿cómo haría para inscribirme? Porque vi que tuve chance de preguntar porque estaba sola, que es mi primera vez. Y me dijo bueno: “¿desde hace cuánto que estas en Chile?” Y le respondí, desde hace un año. Y me dijo sorprendida: “¿Desde hace un año que no te inscribes?!” Y yo le dije que no, disculpa, pero no he tenido una urgencia así para inscribirme y tampoco he tenido mis papeles para poder hacerlo. Y me dijo: Ok, este, bueno, ahorita no te puedes inscribir. Y yo pregunte: ¿por qué? Prácticamente no recuerdo la palabra, pero me dijo que ya había perdido el tiempo y que había pasado mi oportunidad. Y yo, bueno, pero en otro momento, ¿para cuándo podría? Y me dijo: Ya listo, ya perdiste tu tiempo. Me dijo también que, si quería atenderme, son \$10.000. Busque para ver cuanta tenía y eran 4.000. Le dije que no tenía completa y que me iba a ir. Y cuando me iba, me dijo: “No, ven, tranquila”. Yo te atiende hoy pero después tendrías que pagar. Y luego me quede en silencio. También ella dejo de reprocharme. Y no tenía que más decir. Me quede esperando. Me despedí, porque no tenía dinero. Y ella me dijo: No, no. Ven. Pero para una próxima tendrás que pagar y no podré hacerte la inscripción” Usuaría 1. Cesfam Cruz Melo.

Otra situación similar:

“[Cuando su condición migratoria era irregular] Ahí no pude recibir atención. Aunque estés con dolor no te atienden. Mientras que te vayas a atención al cliente o usuario. Ahí tienes que presentar tu caso por el caso de tu documentación vencida. No te

atienden. Cuando me inscribí, fui a buscar mi residencia en la junta de vecino y me devolví al consultorio, fui atendida por una asistente social y ahí pasé mi primer control. Este fue a los cuatro meses de mi gestación. El trámite de los papeles de una migrante demora. Te vas a extranjería, te dan un papelito, te vas a la PDI y luego te vienes al consultorio y ahí obtienes el carné de indigente que te dan la Fonasa A y con eso uno se puede atender. Solo si tienes plata pasas por particular. Antes de tener mis papeles, pagaba particular, en la cruz Roja. Te atendían, pero se pagaba particular. Lo hice así hasta que pude obtener mis papeles.” Usuaría 4, Cesfam Cruz Melo.

Frente a la desinformación y desconocimiento de las normativas y marcos jurídicos que garantizan el acceso a salud a personas migrantes en situación migratoria irregular (Thayer y Durán, 2015; Liberona, 2015), por parte del personal del SOME y de pacientes extranjeros; se genera una cadena de vulneraciones, provocando obstáculos para atenderse efectivamente. Por otro lado, frente a la negativa institucional y la burocracia exigida, la alternativa es acceder a salud privada. En ese sentido, se genera una barrera económica y burocrática producto del estatus migratorio y el desconocimiento de información; y, dada la situación de las personas migrantes irregulares consideradas por la OIM (2018), UDP (2018), UDD (2018) como vulnerables, y la realidad de barreras de precio en salud privada chilena, las alternativas de atención se reducen, tendiendo a no poder acceder.

Otra situación similar, dada la condición migratoria irregular, se presenta a continuación:

“Entrevistador: Cuando no tenía el carnet definitivo, esa condición legal migratoria, ¿le hizo vivir una experiencia de diferencia de trato por su condición administrativa?
Usuaría: Si, uno se sentía mal. Uno no podía hacer nada porque siempre nos decía que sin carné no nos podíamos atender. Entonces uno no podía alegar. Yo insistía, decía que mira, está en trámite; pero no había caso. Yo insistía, pero se me negaba la atención. Pese a la urgencia. Ahí yo tenía que apurar la documentación o pedía un certificado de tramitación que los papeles están saliendo. En general no nos daban documentos. Entonces decían que no. Teníamos que esperar la fecha que nos indicaban” Usuaría 3, Cesfam Cruz Melo.

De lo anterior, se desprende que junto con las facultades discrecionales ejercidas por el personal del SOME (Cabieses, 2018), se invalidan derechos consagrados para las personas migrantes. Por tanto, vuelve a operar dispositivos que restringen el acceso para personas migrantes con condición migratoria irregular. Esta situación, precariza aún más la vida de las personas que no pueden acceder a salud privada.

En complemento, Torres y Garcés (2013), señalan en su estudio sobre percepciones de los migrantes en el acceso a la salud, que éstos “*perciben una ausencia de respeto en la relación funcionario- usuario migrante*” (p. 13). Esta situación también es advertida por instituciones como la Universidad Diego Portales en sus últimos Informes de Derechos Humanos (2007, 2013, 2018).

En esa línea, diferentes investigaciones sobre interacción social en sector salud, como los estudios realizados por Nanette Liberona, Báltica Cabieses, entre otras investigadoras; dejan en evidencia que en la interacción entre pacientes y personal del SOME, se forma un vínculo relacional asimétrico (Liberona, 2012). Por otro lado, estudios postulan sobre el rol de los funcionarios públicos que son quienes ejecutan directamente el acceso a derechos de las personas migrantes (Thayer y Durán, 2015; Stang y Thayer, 2019); tal situación deja en evidencia la falta de institucionalidad reflejada en la ausencia de normativas que fiscalicen y velen por garantizar un acceso efectivo a beneficios y derechos sociales.

En ese sentido, la dimensión del trato establecido entre usuarios y funcionarios del sistema de salud es un aspecto siempre relevante, sin embargo, parece cobrar aún más significado para un sujeto que se encuentra en una situación de vulnerabilidad como la que caracteriza a la condición migrante (Scozia, 2014).

Al respecto, se presentan distintos relatos que reflejan el trato que perciben las personas migrantes que desean atenderse o que se atendieron en los centros de salud investigados y cómo la percepción del trato incidió en la experiencia de acceso a la atención en salud.

“[En la ventanilla de atención] Esa señora me dio una mala espina porque la trate bien; llegue, la trate bien, y ella me cortaba, me hablaba seco: Si, perdiste tu tiempo.

Como intentando decir que no le pregunte más.” Usuaría 3, Cesfam Juan Antonio Ríos.

“A veces si vas a atender a una persona, tienes que tener educación y esas personas tienen carácter fuerte, son muy serios. Hay otras que tienen el mismo carácter y se pasan con las mismas palabras. Entonces a veces saber diferenciar las cosas y a veces te hacen sentir chiquita. No puede hacer nada. Estoy en otro país, pero de igual forma no debería ser así.” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

“Pero cuando les di mis datos, mi edad y que padezco, estaba tranquila normal. Pero después me pregunto por mis papeles, que no tengo nada aquí, empezó como si fuera mi mamá. ¿Porque no te inscribiste antes? ¡Ya no tienes más oportunidades! Después me pregunto de donde era, le dije venezolana y quedo paralizada. Ella dijo: “hmmm”. Y esa reacción fue como si se puso a asumir cosas.” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

“Vuelvo a preguntar y me respondieron en tono altanero. Tiene que volver de aquí al otro lunes. Uno puede estar enfermero, pero como es respetuoso y no se puede poner al nivel de ellos, hay que retirarse. Ir cabizbajo, perder el tiempo. Da vergüenza, pero igual hay privados y por 25 lucas me atienden, en esa situación. ¿Pero ud cree que esa es la solución? Uno puede reclamar en los libros, pero no los leen, los pasan por alto. Ud. Cree que a una funcionaria malhumorada te va a dar el nombre? Si además entre ellos se cubren. He sido testigo de ello. No lo he grabado porque todo cae por su propio peso. Bueno, sabrán ellos. Cada uno por su lado.” Usuaría 5, Cesfam Cruz Melo.

Otro elemento que se desprende de los hallazgos son las trabas que conllevan a mayores tiempos de espera para el paciente y mayores dificultades en el acceso a la salud, pero también van a provocar incomprensión, frustración, enojo y un constante sentir de incertidumbre.

“Si, incertidumbre. Porque te dicen, hace estos exámenes, ven a pedir hora para hacértelos. Llegas y te dicen, tenemos para otro mes. Y así, se va generando la incertidumbre porque una necesita de esos exámenes para saber que tienes. Entonces, hay incertidumbre por poca capacidad de horas y el trato, no sabes si te van a responder o solucionar tu problema. Esa incertidumbre se podría mejorar.”
Usuario 3, Cesfam Cuz Melo.

“Por ejemplo, si se demoran demás, si te niegan la atención, información imprecisa. Se demoran demás. La otra vez me paso en ventanilla que estaba hablando por teléfono, me dijeron que esperar un poco. Se notaba que estaba hablando con una amiga, conversaban de la vida, mientras uno está parado en ventanilla mirando la escena. Era para grabarlo. No podía creer que, pese la fila de enfrente, uno se queda mirando. Con impotencia.” Usuario 4, Cesfam Cruz Melo.

Y frente a una burocracia obstaculizante, las personas para acceder efectivamente a salud deben entrar en un laberinto burocrático que se desconoce la salida: Acceso a la atención o devolverse a casa.

“Me dicen que pida una ficha nueva, voy y pido fecha y hora, pero en la ventanilla te dicen recoge la hora y hago pasar al médico, voy por la ficha y me dicen que no queda. Es como una burla. Dicen una cosa en la mañana, tengo el resultado, me dicen lo mismo y cuando tengo los resultados dicen otra cosa. Para mí es un trato correctamente diferenciado. Trato psicológico porque no están matan del cansancio. Que recoge el examen y se vaya. Y que voy a saber leer un examen médico. Por eso tengo que volver.” Usuario 5, Cesfam Cruz Melo.

Finalmente, otro elemento a considerar son las redes de apoyo que tiene una persona migrante en situación irregular en contraste con otra que está en una situación regular. Por ejemplo, surgen elementos como la cantidad de tiempo que lleva la personas en el país receptor, lo cual permite un conocimiento más extendido sobre los servicios públicos y derechos asociados como asistentes a establecimientos públicos de salud. A su vez, cobra relevancia la influencia de grupos nucleares y secundarios en la recepción y atracción de

personas migrantes (Stefoni, 2014; CEPAL, 2008; Canales, 2008). Al respecto, la solidaridad y respaldo de estas redes se expresa también en compartir conocimiento sobre acceso a derechos, cuidado de infantes, por nombrar una de tantas situaciones. Esta red de apoyo facilita distintos procesos de la cotidianidad de la vida. También, se da en el acceso a centros de salud, tal como refleja la siguiente cita:

“La última vez que fui al Cesfam, fui para el psicólogo. Lo mismo, me dijeron ven temprano, no hay hora. Menos mal que conozco a una amiga que tiene una conocida y le pregunto directo si podía ser atendido. Y pase directo. Si no fuera por eso, quizá cuando hubiese pasado. Fui atendido porque me hicieron el contacto. Estaba pasando por un estado de estrés total. Como te decía, fui por mi lado, no me dieron hora, y le pregunté a mi amiga. Tuve que usar ese recurso. Por ejemplo, cuando le pedí el favor a mi amiga, me hicieron pasar primero. Me solucionaron. Primeramente, saludaron, después comentaron mi caso. La funcionaria dijo: “déjame avisar”. Regresaron con mi carpeta y me dijeron: Ya, lo atenderán hoy; venga a las 13:00.” Usuario 4, Cesfam Cruz Melo.

Prácticas y respuestas de pacientes migrantes para acceder a servicios de Atención Primaria de Salud.

Frente a los dispositivos condicionantes y la interacción con el personal de los centros de salud estudiados, las personas migrantes reaccionan, toman posición, despliegan según lo que estiman conveniente para no entorpecer el acceso a atención médica. La acción de las personas migrantes es relativa según la disposición de este, considerando las condiciones que se le presentan. Esta actitud es sin embargo propia del migrante, quien ha tomado la decisión de partir de su lugar de origen, generando un gran cambio en su vida, enfrentando todo tipo de obstáculos, con el único fin de mejorar sus condiciones de vida. Situando estas explicaciones en el caso estudiado, el paciente inmigrante no sólo puede resistirse al maltrato y a la discriminación, sino que también puede orientar hacia acciones no conformistas de la misma categorización, por ejemplo “de mal usuario”, a la que es sometido. Esta situación, se ve reflejado en las siguientes citas:

“Muchas veces decían cosas raras. Fui y saqué una hora para la fecha, pero me dijeron que no quedaban. Entonces volví a ir para reservar una hora, pero me dijeron que se dan al momento. Las cosas se hacen como se dicen aquí. Me dijo que preguntara si es que no sabe. Por eso le pregunto. Hay gente que requiere para hoy, yo no porque no me dejan en el trabajo. Como a mí me hacen madrugar a las 5 am para hacer fila, cagao de frio, para que te toque pero que te digan que no hay, ¿Cuál es el sentido?”
Usuario 3, Cesfam Cruz Melo.

“He estado 2 meses prácticamente yendo como mendigo para que me digan la fecha y hora de oftalmología. Nunca fue. Me dijeron que me iban a llamar y nada. Me cansé y fui de nuevo. Al final me cansé y le dije que me dicen algo y después otra. Fui y hace dos meses que no me llaman. Si no iba y no reclamaba, quizás todavía estaría esperando. No veo bien de lejos. Si no hubiese reclamado, no hubiese pasado nada”
Usuario 1, Cesfam Juan Antonio Ríos.

Estas respuestas, reacciones que comentaban las personas entrevistadas, también tienen distintas expresiones a partir de los determinantes sociales de cada uno. En ese sentido, un reflejo de aquello es la experiencia de una usuaria, en situación irregular, que debe interactuar con el personal que permite su acceso a salud considerando elementos de su condición de migrante, situación migratoria, género, nacionalidad. de parte de las personas

“Yo no soy alguien que responde. Menos ahora. Porque además era mayor que yo. Tengo que darle respeto y darle a entender. Me quede callada y acepte. ¿Qué más le iba a decir? Imagínate si le respondo y no me deja atenderme. Entonces para no incomodar y la persona es mayor, no me gusta tener malas palabras. Solamente me quede callada y ya.” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

“No insistí. Me dijeron una vez que no podía, no busque otra forma que me atiendan. Porque ya me habían dicho que no. Eso es lo que pasa conmigo. A veces cuando estaba presencial veía que otras personas se acercaban y pedían por favor, que mis papeles están en trámite, que no aguanto el dolor. Les suplicaban a las señoritas que atienden. En mi caso no fue así, me decía que no y entonces yo me regresaba” Usuaría 2, Cesfam Cruz Melo.

“Ella siempre me decía: “Ya, que necesita” en un tono muy fuerte. Y yo le decía: “Señorita, mire, necito esto”. Y ella: “Ya, te falta esto, o el medico no está”. Yo le decía: “Y porque en ese tono, tan fuerte, porque levanta la voz, tanto grito”. Respondía: “Es que yo hablo así”. Desde ahí me mercaba la señora, entonces otras veces cuando me miraba tocaba sabía que tenía ganas de decirme algo. Yo iba de frente porque estaba consciente que iba educadamente, con permiso, por favor, siempre. En ningún momento pase a llevar a nadie entonces eso a mí no me gustaba”
Usuaría 3, Cesfam Cruz Melo.

Percepción y prácticas frente a tratos racistas y discriminatorios:

La diferenciación en el trato y la atención hacia estos pacientes se expresa de diferentes maneras, desde el no reconocimiento en tanto trabajadores –lo que les da derecho al seguro público de salud (FONASA)–, hasta la asignación de atributos categóricos (Poutignat y Streif-Fénart, 1995) que los estigmatiza como pacientes “invasores”, “aprovechadores del sistema”, “malos usuarios”, entre otros. Entre otras expresiones que evidencia un trato prejuicioso por parte del personal del SOME. A continuación, se presentan fragmentos de las entrevistas que reflejan lo señalado.

“A los extranjeros de otros países, que eran negritos, los trataban a medias porque no sabían hablar en español. A veces se burlaban o no lo atendían bien y les decían que hacer sin preguntar mucho sobre lo que tenían” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

“Por ser migrantes sí. He escuchado ahí mismo, una funcionaria dijo: “claro, vienen todos los extranjeros porque es gratis”. Le dije: “Para mí no es gratis porque yo pago mis impuestos. También saltaron otras personas”. Los haitianos llegaron porque bueno estaban a punto de dar parto, una señora, está bien, va a dar a luz. Pero que la traten mal o que se aprovechen, eso no es tema de ellos. Estamos hablando de un tema de salud, da lo mismo de donde son. Esos temas, para mí, es algo discriminatorio. También veo que no nos tratan bien. Nos hablan altaneramente. Nos preguntan de manera dura. Eso psicológicamente a una persona que va, lo están haciendo una psicología para bajar la personalidad y la confianza. Por eso voy una vez al año.”
Usuaría 5, Cesfam Cruz Melo.

El trato diferente que emplea el personal del SOME tiene repercusiones psicológicas para las personas migrantes que asisten y buscan acceder al servicio público. El uso de palabras generalizadoras, prejuiciosas y estigmatizantes de identidad, son algunas expresiones; tal como se relata en las siguientes citas:

“Cuantos de migrantes viven en Chile, hace mucho año, pero no cambian su trato. A veces llego al Cefam, pregunto algo, y me hablan seco: “Espere su turno”. Es irracional. Deberían responder más amablemente. Es correcto un trato amable. Y cuando vuelvo a preguntar, me dicen: “Aparte de ser migrante, Ud. viene altanero”. No señora yo le estoy preguntando, no gritando. Ella respondía: “Es que me dices cosas que no sabes”. Le respondí de vuelta: “Señora, yo no le estoy diciendo algo que no se; le estoy preguntando”. Me dijeron que viniera tal hora y vine, me pasaron este papel. Y ella me dijo: “ah entonces escucho mal”. Y le decía, yo no escuche, está escrito. Funcionaria: “Bueno, entonces espere”. Entonces es algo, para mí, no lógico. Y el trato es psicológico. Siento que nos meten miedo para no volver. ¿Y eso quien lo ve? Cuando uno hace el reclamo, tienes que enviar una carta, escribir un libro. ¿Pero, quien dice algo? Es más, he criticado y siguen los mismos funcionarios.”
Usuario 3, Cefam Cruz Melo.

“Como le explique por ser migrante, te dicen que “vienen todos porque es gratis”. Y no es gratis, porque uno aporta. Te preguntan si estas en Fonasa, si tienes el pago al día, pero uno no sabe porque eso te lo paga tu empresa. Pero esas preguntas son amenazantes y no depende de ti. Además, uno no va al Cefam por gusto y ganas. Te ven joven y te dicen: “eres joven, tienes que salir adelante”. Como si uno está ahí por gusto. Yo he trabajado duro toda mi vida, me he accidentado. Pero por suerte me dieron días de descanso. Tuve que ir al médico, no me atendieron y me fui al privado. Entonces ahí recién pude tener mi licencia médica. Pero con el trabajo, tuve que ir. Sino me despedían.” Usuario 3, Cefam Cruz Melo.

“Que nos pasen a llevar por ser migrantes. Que nos pongan después de las personas chilenas es malo, no corresponde. Mas que todo siempre había una señorita que atendía en el mesón, siempre para pedir las horas con un carácter difícil, complicado, falta de respeto. Se comentaba por varias personas que estábamos ahí. Que tenía un

trato déspota, malo. Siempre la gente se quejaba de esa señorita” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

Estas citas reflejan tratos naturalizados hacia la población migrante en servicios fundamentales como atención a las personas usuarias que entregan los establecimientos de Atención Primaria de salud. Dichos tratos, contienen diferentes expresiones que develan un trato diferenciado según nacionalidad, situación migratoria, género, entre otros; lo cual, evidencian tratos racistas y diferenciados tanto por personal que encarna la normativa institucional y ese mismo marco normativo que respalda las instrucciones del personal. Si bien existen acciones autogestionadas del personal para mejorar la calidad de atención, aquellas estrategias develan la ausencia de políticas que minimicen la brecha de calidad en acceso a salud y atención de personas migrantes, como también una ausencia normativa y protocolar. Una realidad que precariza la vida y trayectoria de las personas migrantes.

DISCUSIÓN

Diferentes trabajos académicos, principalmente de autores como Eduardo Thayer, Báltica Cabieses, Nanette Liberona, Marcela Tapia; como también el área de estudios sociales del Servicio Jesuita Migrante, el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo (UDD), el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile y la Universidad Diego Portales; ilustran la forma en que el Estado de Chile avanza con su política migratoria fronteriza hacia la creación de la institucionalización de un estatus legal precario para personas migrantes y las consecuencias que tal condicionamiento genera en la cotidianeidad de la vida de las personas, materializado en el acceso efectivo a derechos sociales y la incorporación de las personas migrantes en la sociedad chilena.

En ese sentido, siguiendo el aporte del material cualitativo de la presente tesis, el Estado determina las trayectorias migratorias a partir de tres factores: receptividad del Estado, acogida de la sociedad y la composición de clase y posición que ocupan colectivos migrantes en la sociedad receptora (Thayer, 2019). Y desde la perspectiva de las personas que recorren la trayectoria, siguiendo el enfoque de María Dolores Linares en “Trayectorias

Migratorias e inserción laboral de migrantes recientes en Santa Rosa-Toay” (2016), el camino involucra también “*proyectos familiares, económicos, deseos y angustias*” (pág. 12); es decir, hay un efecto en la subjetividad de las personas.

Al respecto, desde la teoría del reconocimiento, que permite entender la relación del Estado y personas migrantes como un proceso constitutivo de la trayectoria de los migrantes en el país de residencia, sino también la naturaleza del Estado y la democracia de la sociedad receptora (Weil y Crownley, 1992; Thayer, 2019). Supone, por tanto, que la ciudadanía se expresa con el acceso efectivo a derechos y el autorreconocimiento, el sentido de pertenencia; es decir, una configuración recíproca entre el Estado y la subjetividad de las personas que, en este caso, se observa en una dinámica desplegada en el campo de la salud, entre el personal de atención y las personas migrantes usuarias, tal como evidencian los resultados de este trabajo, con las dimensiones que configuran y orientan la metodología utilizada: Institucional y respuesta de las personas migrantes frente a los dispositivos.

Dicho lo anterior, y considerando los resultados de la investigación, se desprende que, en los centros públicos de salud de Atención Primaria, se despliegan dispositivos normativos, dispositivos institucionales representado por las prácticas del personal de atención y dispositivos sociales; los cuales reflejan, en la práctica, los matices de la relación entre Estado y migración, particularmente con el acceso efectivo a derechos. En ese sentido, con el material recopilado por las entrevistas realizadas queda en evidencia que dichos dispositivos, son fronteras representadas en regulaciones formales y, por otro lado, prácticas sociales que limitan el autorreconocimiento de las personas migrantes en la sociedad y sentido de pertenencia, evidenciando la diferencia práctica entre la ciudadanía plena y la no ciudadanía. Esta situación, nos lleva a visualizar que la tipificación de los derechos de reconocimiento internacional, los cuales Chile suscribe, no tiene continuidad con su ejercicio efectivo. Tal situación alerta sobre las prácticas institucionales y las relaciones sociales como una instancia donde se afirma o tensiona que “*la igualdad formal oculta con frecuencia unas grandes desigualdades cualitativas y que los derechos legales pueden tener connotaciones diferentes según el trato que dispensen los funcionarios e incluso los ciudadanos comunes a los titulares de esos derechos*” (Carens, 2004, pág. 410).

En ese sentido, recogiendo los relatos de las personas migrantes que se atienden en establecimientos públicos de Atención Primaria de Salud, considerando los obstáculos que surgen en cada experiencia de acceso al servicio y atención, tanto institucionales como sociales, se desprende que el reconocimiento del Estado hacia personas migrantes como sujetos de derechos, particularmente en acceso a salud, es limitado, carente de garantías mínimas y, entre otros, parcial. Por tanto, el reconocimiento que debe aceptar la población migrante se caracteriza por la situación de desigualdad que se le impone, es decir, elementos que distinguen la condición de migrante, a saber: la condicionalidad, la sospecha, la no pertenencia, la subordinación, los racismos, las trabas burocráticas, los determinantes sociales que está detrás de cada historia. Esta condición, por tanto, está estructurada por la condición de clase y el carácter de la racialización (Thayer, 2019). Por tanto, la identidad del sujeto migrante, “*se convertiría en la autodefinición de la persona migrante con la condición de ciudadanía negada, la no-ciudadanía o el estatus legal precario*” (Thayer, 2019, pág. 12); vale decir, que el acceso a la ciudadanía o al reconocimiento formal de derechos, no implica la superación de la condición de clase y de migrante, es continuo en el proceso de cambio de estatus legal migratorio.

La cobertura teórica de esta realidad, se presenta por la noción de “Estatus legal precario”, concepto que, siguiendo el aporte de Eduardo Thayer (2020) y J. Bernhard, L. Goldring y C. Berinstein en “Living with precarious legal status in Canada: implications for the wellbeing of children and families” (2018), señalan que la condición de migrante es “*una suerte de gradiente que va desde el extremo de la negación total de derechos, representado por los migrantes indocumentados*” (pág. 35), a la condición de extranjeros con permiso de residencia definitiva. Es decir, la precariedad en el estatus legal de personas migrantes se define por la institucionalización de una temporalidad, de la cual deriva un condicionamiento parcial o total de los derechos reconocidos a los ciudadanos del país.

Siguiendo esta definición como línea de base, y observándolo en la práctica, dicho estatus de las personas migrantes, se configura como un sistema de posiciones definido por la existencia de alguno de los siguientes elementos: a) falta de autorización de trabajo; b) ausencia del derecho de residir de manera permanente en el país; c) dependencia de los derechos propios respecto del derecho de una tercera persona para residir en el país; d)

ausencia del acceso pleno a los derechos garantizados para los residentes permanentes nacionales o extranjeros; y e) autorización de residencia a la situación laboral o educativa. No obstante, aquella línea teórica no contempla, necesariamente, elementos estructurales del país de recepción que construye precariedad transversalmente para personas usuarias de los servicios públicos de salud. Complementariamente, un elemento que surge con persistencia es el trabajo mancomunado que surgen en los establecimientos de salud, el cual es autogestionado y que a contracorriente trabaja por minimizar la reproducción de la precariedad en el trayecto de acceso a servicios como salud.

Dimensión institucional: Prácticas Institucionales y los dispositivos condicionantes del acceso a salud de personas migrantes.

Desde la dimensión institucional propuesta para estudiar los dispositivos institucionales formales representados por la normativa vigente, prácticas institucionales materializadas por el personal de los establecimientos, condiciones materiales como disponibilidad de profesionales, de productos clínicos; y las políticas públicas transversales de los centros de salud; se observa que son elementos que configuran un campo donde las personas migrantes y locales, pacientes de la Atención Primaria, despliegan distintas prácticas y respuestas para gestionar las condiciones impuestas y acceder efectivamente a una consulta médica. En ese sentido, se desprende de esta dimensión un complejo obstáculo: acceder al sistema de salud, vinculado y potenciado con los determinantes sociales.

Profundizando en las barreras de acceso al sistema de salud, los resultados obtenidos nos permiten evidenciar barreras en la utilización, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad de servicios públicos de salud. Como se ha expuesto, se observan diferentes barreras burocráticas en establecimientos públicos de salud, lo cual, en complemento con el marco normativo vigente, se observan dispares exigencias sobre lo estipulado por el Decreto 67, siendo, en la práctica, funcional como frontera que limita y restringe el acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas, desconocimiento y

desinformación con respecto a los procedimientos. Este contexto, es una situación que expone a la voluntad del personal de turno a la población migrante.

En entrevistas al personal del SOME, señalaban que los decretos administrativos son explícitos en garantizar derechos, pero no especifican el procedimiento; es decir, no mencionan cómo llevar a cabo, por ejemplo, el acceso a salud a todas las personas migrantes. Esta situación va generando que cada marco normativo produzca un rango de posiciones temporales del que son objeto las personas migrantes; dicha situación se evidencia, por ejemplo, en las diferencias del recorrido de acceso al servicio para personas con una situación migratoria regular y las que no. Esta diferencia normativa, significa en la práctica trabas institucionales que conllevan mayores tiempos de espera para adquirir una hora médica, generando mayores dificultades para el acceso a la salud. También provoca incomprensión, frustración, enojo, sensaciones de inferioridad, de incertidumbre en las personas migrantes que desean acceder a una atención médica.

Estos hallazgos reflejan que las normativas y decretos en el ámbito de salud, particularmente para personas migrantes, en la práctica inciden en una precarización de las trayectorias en el sentido de crear condiciones para acceder a derechos. En ese sentido, La metáfora del “juego de las escaleras y toboganes” (Goldring y Landolt, 2013) expresa esta situación, que pone en evidencia la naturaleza inestable del acceso a derechos por parte de los migrantes. Este tobogán o laberinto burocrático es una imagen fiel de la incertidumbre que permite el funcionamiento de los establecimientos; entrega de papeles, derivaciones varias, tiempos de espera, filas y que, al final del tobogán, no hay certeza para acceder a salud, son elementos que precarizan la experiencia de acceso a salud; tensionando el acceso efectivo a derechos sociales.

Las entrevistas del personal de atención al público y directivos de dichos establecimientos señalan que el aumento de la población migrante es un desafío para el sistema de salud. La percepción en general es que, pese a la normativa establecida y estrategias para abordar las demandas de la población, hay dificultades para implementarlas dado que no son estables, ni conocidas por todo el personal, tampoco todas las personas contratadas poseen herramientas de trato con un enfoque intercultural o con mayor

sensibilización frente al paciente. A esto, se suma un limitado presupuesto que no varía, pero si aumentan y cambian las nuevas realidades epidemiológicas y culturales de quienes asisten.

En ese sentido, se desprende que también el personal de atención está en una situación vulnerable: i) sumar en sus tareas diarias estrategias de salud para la población migrante, utilizando los mismos recursos económicos con los que contaban previamente a esta nueva demanda; ii) se les exige implementar normativas sin haber tenido participación en su redacción, sin recibir capacitación sobre los procedimientos a seguir, o sobre cómo poner en práctica en concreto tales acciones dentro de un centro de salud; y iii) entregar a la población migrante atenciones en salud sin haber recibido formación o capacitación para una atención óptima.

Por tanto, la presión que produce la falta de recursos, conjugada con la poca o nula capacitación en cuanto a derechos, configuran un campo para que opere con legitimidad prácticas institucionales informales e insensibles frente a la realidad de las personas migrantes. Siguiendo esta lógica, se puede afirmar que las reformas legales, al no ser acompañadas de los recursos, tampoco una planificación adecuada para su implementación, son causas del problema. Es decir, gran parte de la responsabilidad recae en quienes definen la normativa y no consideran recursos adicionales, ni elaboran una política nacional que asegure la difusión de los acuerdos, así como capacitaciones adecuadas y sensibilización pertinente para los funcionarios de salud. Por tanto, se trataría de una discriminación institucional y no solo individual del funcionario.

Los relatos recopilados para la presente tesis, particularmente de profesionales administrativos del SOME y directivos de estos centros de Atención Primaria de Salud, dan cuenta de los prejuicios y tratos racistas y discriminatorios del personal hacia consultantes migrantes. Dicha situación, provoca una serie de obstáculos que las personas migrantes deben sortear. Por un lado, la incertidumbre para acceder y la disposición para tolerar tratos que violentan su experiencia en el centro de salud. En esa línea, una situación particular es el desempeño de profesionales extranjeros en el sistema de salud, frente a tratos racistas de personas nacionales, pacientes de los centros de salud, particularmente al personal de cargo “facilitadores culturales”. De los testimonios recibidos en las entrevistas a estas personas,

declaraban que su función se ve obstaculizada dado que hay desconfianza en el rol que desempeñan y con la información que entregan; denuncian tratos despectivos, entre otras experiencias. Como profesionales migrantes, viven el racismo institucional en el mal trato de sus propios colegas provenientes del país receptor, sólo por ser de Haití o no hablar el idioma nativo. Este hallazgo, tensiona y complejiza los análisis realizados y conclusiones de investigaciones sobre el acceso a personas migrantes en centros de salud, dado que complejiza la interacción entre usuarios, usuarios y profesionales, y entre profesionales.

De las entrevistas al personal encargado de la atención a pacientes, se refleja que la elaboración y planificación de acciones como talleres de concientización, redacción de material informativo, traducción de informativos protocolares, entre otros; se da en un contexto carente de medidas normativas respaldadas por protocolos u otra figura que, en lo formal, garantice condiciones mínimas para acceder al derecho de salud. En ese sentido, la resolución de situaciones complejas que se da en el mesón de atención depende de la circular normativa y del poder discrecional del personal de atención. Es decir, frente a una débil institucionalización, representada por el concepto teórico desarrollado por Lesselier de “infraderechos”. En ese sentido, tal como se ha señalado, el funcionamiento institucional deja múltiples espacios para que se produzcan irregularidades y, por tanto, vulneraciones tanto a la seguridad de los trabajadores de la salud como a los pacientes que asisten. De hecho, se ha llegado a plantear que el éxito y el fracaso de los programas sociales se juega en gran medida en el uso de la discreción profesional (Lipski, 1980; Payne, 2005; Munro, 2011; Evans, 2011; Gal y Weiss-Gal, 2013).

Ello constituiría una señal sobre la preponderancia de las voluntades y sensibilidades particulares de funcionarios y autoridades como motor de las políticas migratorias locales (Thayer, 2019); una especie de corpus institucional en el cual se mueven miles de funcionarios que favorecen dichas políticas, para los cuales los movimientos migratorios se convierten en flujos y los sujetos en categorías o cuotas para bonificaciones y números cuantificables.

Dimensión de percepción, prácticas y disposiciones de personas migrantes, con respecto al acceso a salud en centros de Atención Primaria.

Esta dimensión propone observar las respuestas de personas migrantes frente a los dispositivos que configuran y condicionan el acceso a derechos, particularmente, en establecimientos públicos de Atención Primaria de Salud. De los resultados obtenidos, como se expuso, se desprende la percepción de las personas, la valorización de la experiencia de acceso a salud, materializado en un acceso efectivo (o no) a derechos sociales y todos los factores que agrupados y valorizados por las personas usuarias permite acercarnos a la precarización que se hace cuerpo en las trayectorias de cada persona.

En ese sentido, de las entrevistas a personas migrantes, señalaban en sus relatos su experiencia institucional; de esto se desprenden distintos factores que, en suma, constituyen su trayecto en dichos establecimientos de salud. En ese sentido, el contexto donde se desenvuelven las personas migrantes, es decir, las condiciones materiales y emocionales de vida; constituyen una situación que hace a las personas migrantes más susceptibles para aceptar condiciones precarias. Es decir, estar sin papeles y en un aislamiento producto de la escasa red de apoyo, una sensación de marginalidad y exclusión e inseguridad producto de las condiciones del mercado laboral y de las políticas migratorias (Pajnik, 2012); en términos de bajos sueldos, ausencia de contratos, largas jornadas de trabajo y ausencia de seguridad social (Leiva 2012).

En cuanto a las prácticas, respuestas de las personas asistentes de dichos centros de salud, se entienden interacciones performativas (Butler, 2004; Bourdieu, 2007) que frente a las condicionantes estructurales e institucionales, las personas migrantes logran ser aceptadas puesto que, al actuar de ciertas formas, cumplen con las expectativas del personal. De ese modo, escuchar comentarios y lidiar con tratos diferenciados por parte del personal, y enfrentarlas pasivamente, provoca en las personas migrantes sensaciones de vulnerabilidad, discriminación, inferioridad, miedo, inseguridad e incertidumbre que repercuten en una experiencia negativa de acceso. En complemento, se observa un trato asimétrico entre el personal de atención y pacientes migrantes; una relación que se caracteriza por el poder que tiene el personal de atención de centros de salud, particularmente con entregar horas de atención y garantizar el acceso a la atención de salud.

En ese sentido, el contexto condicionado por los dispositivos normativos y sociales, junto con la urgencia del paciente por recibir una atención y los determinantes sociales, van entregando una pauta de respuesta de estas personas. Si bien estas respuestas varían, se observa un patrón de respuesta con respecto a personas migrantes que tienen más años de residencia en Chile, que implica una mayor red de apoyo y estabilidad, complementado por su estatus migratorio; en la práctica se expresa como un manejo mayor de información sobre los derechos que tienen a favor y conocimiento del espacio de salud, generando una actitud activa cuando observan situaciones de violencia, irregularidades y malos tratos. En contraste, las personas que tienen una situación migratoria irregular, poco tiempo de residencia en el país, por tanto, una menor red de apoyo, relatan experiencias de respuesta pasiva frente a tratos abusivos o irregulares, particularmente por el temor a exponerse a situaciones que puedan enfrentarlos a autoridades.

En ese sentido, las redes sociales migratorias constituidas por personas migrantes y sus grupos familiares, siguiendo el trabajo académico de María Dolores Linares (2016), son productores y reproductores de lazos e información necesaria para la movilidad y, en paralelo, *“transita en el intermedio entre el plano micro de la adopción de decisiones individuales y el plano macro de los determinantes estructurales de las migraciones”* (pág. 10); es decir, se entiende como parte de la estructura que involucra tanto a las personas como a las instituciones. Esto queda en evidencia con experiencias que ponían énfasis al apoyo recibido por estas redes con información, los derechos que podían acceder como migrantes, contactos, entre otros factores que influyen en la percepción sobre la atención en los centros de salud. Un caso particular era que, al conocer a personas del personal de dichos establecimientos, la atención era expedita y se aseguraban una atención.

Por su parte, los determinantes sociales como género, condiciones laborales, condiciones económicas, condiciones de vivienda repercuten en que las personas estén expuestas a situaciones de vulnerabilidad y, por tanto, más propensos a enfermedades, accidentes, episodios de violencia, lo cual incide en mayor asistencia a centros de salud y demandan una mayor cobertura en esta materia. Por otro lado, los elevados costos para acceder a servicios privados de salud, las alternativas se acotan a preferir establecimientos públicos de salud. Por ejemplo, las condiciones laborales tienen un rol importante en personas

migrantes usuarias de estos centros de salud dado que, por un lado, deben lidiar con las exigencias del contrato -si es que existe alguno- más la presión del trabajador de no perder el puesto tanto por el sustento económico y las implicancias en su estatus migratorio; y, adicionalmente, el trabajo también es causante de enfermedades como estrés y accidentes laborales. En suma, las condiciones laborales, familiares y económicas, dificultaban la continuidad de los tratamientos y exámenes.

De lo anterior, se desprende que los capitales acumulados en las redes sociales, el tiempo de asentamiento de cada grupo, el tipo de inserción segmentada en el mercado de trabajo, la discriminación que experimentan, la naturaleza del proyecto migratorio (temporal, transitorio o de permanencia); repercuten en la experiencia de las personas y sus respuestas para acceder a una atención en centros públicos de salud. Por ejemplo, de las personas entrevistadas, se ha reportado que viven en condiciones situación migratoria irregular, pobreza, malas condiciones de vivienda, desempleo o empleo informal y procesos de discriminación y abuso o la dificultad para obtener documentación oficial de identidad de residencia en el país, lo cual en temas de acceso a salud es esencial para poder pertenecer al sistema de salud.

Finalmente, los elementos discutidos juegan un papel relevante en la activación de los dispositivos desplegados para hacer frente a este fenómeno social, los cuales producen y reproducen un acceso desigual a los servicios de salud público según género, edad, étnias, estatus migratorio, entre otros elementos que reflejan cómo operan los marcos normativos y agentes institucionales para generar un orden social. Por tanto, se observa en la práctica la doble condición implícita para personas migrantes: sujetos que deben acceder a derechos y migrantes objetos de control, revela su función como constructor de la diferencia y como mecanismo que legitima la racialización, segregación y discriminación.

CONCLUSIONES

El proceso migratorio de las personas migrantes y en particular su relación con el acceso a salud devela una estrecha relación con la condición social de cada individuo, que se manifiesta por medio de variables como vivienda, trabajo y educación; así como también de sus redes de apoyo. En ese sentido, la evidencia disponible refleja que tanto las decisiones políticas de salud pública y los determinantes sociales tiene profundas consecuencias en la salud de la población migrante.

Esta situación muestra la construcción del sujeto migrante en Chile, representado en el acceso condicionado a los servicios públicos de Atención primera de salud, en sus dimensiones institucionales y las relaciones que se generan entre el personal de atención de pacientes y las personas migrantes en búsqueda de una atención médica. La indagación ejecutada desde estas aristas permite observar en la práctica la relación producida entre estatus migratorio, determinantes sociales y acceso a derechos sociales.

Los resultados indican que, si bien sistema de salud público chileno es excluyente por la disponibilidad limitada de atenciones, es un funcionamiento que afecta a toda la población residente. Sin embargo, la condición de migrante trae consigo otras barreras y condicionantes que obstaculizan el acceso a sus derechos. Es decir, los tratos racistas y diferenciados a personas migrantes como ser un sujeto de sospecha; y el marco jurídico y normativo vigente, precarizan la vida de las personas migrantes. En ese sentido, en referencia a la relación migración y acceso a derechos, particularmente el acceso a salud, refleja la complejidad del funcionamiento de las fronteras sociales y condicionantes normativos que determinan la experiencia de atención. Si bien, tal como se manifestó, el estatus migratorio es un factor que influye directamente en el goce de derechos, la condición de migrante se vuelve una constante. Por ejemplo, diferentes personas migrantes entrevistadas, presentaban un estatus migratorio definitivo, trabajo estable y una trayectoria migratoria en Chile de más de una década; no obstante, debían lidiar con ser señalados, apuntados, tolerar gestos incómodos, violentas tonalidades de voz del personal de ventanilla de los centros de salud.

Frente a esta realidad y dinámicas que acontecen en el campo señalado, destaca el rol del personal en la garantía del acceso a salud de las personas migrantes. En ese sentido, la

buena voluntad y el trabajo colaborativo local puede generar una diferencia sustantiva en el trato y calidad de atención. Sin embargo, este desempeño refleja una débil institucionalidad y la presencia de un marco jurídico infralegal. Este contexto, deja en evidencia la condición precaria del sujeto migrante expresada en la inestabilidad de la institucionalidad y la garantía de acceso dependa de la discrecionalidad del personal de turno, situación que genera en las personas asistentes incertidumbre e inseguridad en el acceso a salud.

En complemento, la normativa vigente carece de especificidad lo cual indica que no hay nada neutral por cómo se comprende el acceso a salud para personas migrantes. Algunas normativas y políticas garantizan explícitamente el acceso a salud a personas migrantes específicamente a niños, niñas y mujeres embarazadas. Esto refleja la ausencia de una perspectiva interseccional para abordar y ampliar otras historias y patologías psicosociales. En ese sentido, queda en desprotección otras categorías de personas migrantes como, por ejemplo, mujeres y hombres mayores de 50 años, jóvenes entre 25 y 50 años que llevan una vida laboral activa y familiar fértil. Por tanto, es evidente el sesgo de género en la construcción de normativas vinculadas al acceso de salud, en cuanto a categorías únicas necesitadas de garantía de acceso a salud. Lo cual, refleja un reduccionismo de los problemas de cobertura de acceso a salud de la población migrante. Esto dentro de un marco legal patriarcal, construido y reproducido en una sociedad con costumbres culturales particulares, lo cual representa lo que es permitido y lo que no. En ese sentido, la vista amplia de procesos fundamentales para el desarrollo de las personas devela vulneraciones y coberturas precarias. Es decir, cuando la normativa garantiza el acceso de forma general, se comprende que está todo incluido; pero al no estar en detalle, dificulta la fiscalización y el seguimiento del acceso efectivo a derechos y el cumplimiento de la normativa.

Con respecto a las coberturas generalizadas, se desprenden los desafíos culturales como diferencias de tradiciones, cosmovisiones y estilos de vida, entre otros, que se traducen en barreras de integración y por ende en barreras y desafíos en el acceso a sistemas y servicios de salud. En ese sentido, es relevante para la construcción de estrategias y políticas en salud, considerando los determinantes sociales y aplicar una perspectiva intercultural y participativa de la comunidad migrante. Con esto, fijar como horizonte la reducción de elementos que

reproducen y profundizan desigualdades de acceso y ampliar la cobertura de problemas socio-epidemiológicos.

Chile se enfrenta hoy al gran desafío de repensar un sistema de salud que inclusivo para las nuevas comunidades que están llegando. Tanto los sistemas de salud como el personal encargado de atención de personas se enfrentan hoy a nuevas comunidades, con necesidades en salud que pueden ser similares o diferentes a la población local. Por tanto, en la creación, diseño y reflexión de nuevas estrategias sería pertinente trabajar con representantes de las comunidades de migrantes del país.

Crisis de los DD. HH como referente de la democracia y de cohesión social.

Los resultados ilustran una ciudadanía condicionada para las personas migrantes en el campo de la salud. En ese sentido, tensiona la democracia que se ejerce en Chile. Diversos estudios vinculados con acceso a salud, otros de educación, de personas migrantes; reflejan que se generan dinámicas de exclusión social, de vulneración de derechos y de discriminación manifiestas y como horizonte de posibilidad constantes. Como se ha señalado, frente a la vigente política pública migratoria fronteriza, es decir, entendiendo a quienes migran como persona que controlar, contribuye a reproducir las condiciones sociales que permiten dichas dinámicas. Esta cobertura, obstaculiza el reconocimiento de colectivos migrantes.

El estado actual de la ciudadanía en ejercicio para personas migrantes, en teoría, son personas que tienen derecho a tener derechos; sin embargo, no todas las personas categorizan para estos beneficios. En ese sentido, si no acceden a derechos efectivamente, es porque no son concebidos como ciudadanos. Esta realidad, refleja falta de humanidad.

Frente a un país profundamente desigual, estas diferencias se agudizan. Son personas frente al Estado y este, vulnera sus derechos. En ese sentido, existe una medida de la ciudadanía, pero que, en la práctica, a algunas personas deshumaniza. ¿Cómo sentirse ciudadano si la sociedad les dice que no se les reconocen sus derechos en igualdad de condiciones?

La protección de la salud de personas migrantes es una dimensión de la relación Estado y migración necesaria de revisar y fortalecer en nuestro país. Considerando que garantizar cobertura y acceso a salud para personas migrantes es de preocupación global, y el acceso a servicios de salud una arista fundamental. El derecho a la salud es un derecho humano universal e inalienable, derecho reconocido de forma global por la mayoría de los países del mundo en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. Esta situación, asume los derechos humanos como principio jurídico del reconocimiento (Martínez, 2008). Esta fundamentación orienta normativamente la formulación de políticas en el plano de la construcción de su legitimidad y la consecuente orientación del diseño de políticas no tan solo hacia la formulación de instrumentos, sino también hacia la preparación de un entorno de legitimación de esos instrumentos con base en el principio de los derechos humanos. (Thayer y Durán, 2012).

Para finalizar, queda en evidencia que las fronteras no son exclusivamente aquellos límites territoriales que tratan de restringir los desplazamientos de las personas entre los Estados, sino también todas aquellas demarcaciones que trazan líneas para la inclusión y la exclusión efectiva de los seres humanos de la sociedad receptora. El hecho de que los colectivos migrantes no sean sujetos de las políticas, deriva del hecho de que aún no se consolida una concepción de los migrantes como sujetos de derechos.

El análisis del caso de Chile puede ilustrar la forma en que los principales Estados receptores de migrantes avanzan actualmente hacia la creación de condiciones para la institucionalización del estatus legal precario. Informar sobre las decisiones más importantes relativas a estas políticas, pero también con la voluntad de plasmar la realidad de las migraciones y la resistencia de los migrantes para superar a las estrategias de control y expulsión.

Los resultados expuestos y analizados en este documento, reflejan que la condición de migrante para personas que llegan a habitar Chile, significa iniciar una trayectoria que trae consigo obstáculos que repercuten en la calidad de vida de quienes deciden habitar este país. Principalmente, en el acceso a derechos sociales básicos.

Esta realidad apela a abrir la puerta a cambios negados. En ese sentido, una nueva constitución y elaborar una nueva ley migratoria puede repercutir en cómo se construye la

vida y esto puede llevar a cambios que se traduzcan en mejorías y soluciones concretas a la precarización evidenciada, para que los derechos sociales y su acceso, sean garantizados. Hoy se dice que son para todas las personas, que aparentan neutralidad, pero no se aplica en práctica ni en plenitud.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aysa-Lastra, María; Cachón, Lorenzo. (2016). Resistencia desde la vulnerabilidad: inmigrantes latinos en España y Estados Unidos. Anuario CIDOB de la Inmigración, [en línea], 2016, pp. 140-63, <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2016.140>
- Aedo Henríquez, A. (2015). El habitus y la movilidad social: De la modificación del sistema de disposiciones a la transformación de la estructura de clases. Revista de Sociología, (29), 57-75. doi:10.5354/0719-529X.2014.36178
- Aguilar Novoa, O. (2003). Campo y sistema en la teoría sociológica. (Notas sobre una convergencia). Revista de Sociología, (17), 81-94. doi:10.5354/0719-529X.2003.27792
- Aguilar, O. (2013). Agencia, estructura y habitus. En C. Charry y N. Rojas. (Eds.), La era de la individuación. Actores, política y teoría en la sociedad actual (pp. 107–134). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Aguilar, O. (2017). El habitus y la producción de disposiciones. Miríada: Investigación en ciencias sociales, 9(13), 271–289.
- Aguilar, O. (2014). Sociología de combate. A propósito de la teoría del habitus en Pierre Bourdieu. Kútral, 9(5), 99–22.
- Blanco, I; Gomá, R. (2002). Gobiernos Locales y Redes Participativas. Editores: Ariel.
- Batthyány, K., Cabrera, M. (2011). Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial [en línea] Montevideo: Udelar. CSE, 2011. 9789974007697
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Editorial Anagrama. España: Barcelona.
- Bourdieu, P. (2007). El Sentido Práctico. Siglo veintiuno editores. Argentina: Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2003). La objetivación participante. Anthropological Institute Vol. 9, No. 2 (Jun., 2003), pp. 281-294. Published By: Royal
- Bourdieu, P. (2010). La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. Distribuciones Agapea-Libros urgentes.

- Bourdieu, P; Chamboredon, J-c; Passeron, J-c. (2002). El oficio de sociólogo. Editoriales siglo veintiuno.
- Bourdieu, p. (2003). Las estrategias de la reproducción social. Santiago de Chile: Siglo XXI.
- Brubaker, William Rogers (ed.) (1989). Immigration and the Politics of Citizenship in Europe and North America. University press of America.
- Cabieses, B; Bernales, M; McIntyre, N; (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Programas de Estudios Sociales en Salud. Editoriales: UDD.
- Cabieses, B; Larenas, D. (2018). Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile. Cuaderno de Medicina y sociedad, Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B; Astorga-Pinto, S; Carreño, A; McIntyre, A, (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. Revista del Instituto de Salud Pública de Chile. Vol:3, Núm.1.
- Cabieses, B. (2019). Salud y migración: un proceso complejo y multidimensional. En migración en Chile: Santiago de Chile: SJM.
- CEPAL. (2006). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo. Santiago de Chile: Publicación de la Organización de las Naciones Unidas.
- Contreras, D., & Ruiz Tagle, J. (2012). Migración y mercado laboral en Chile. Santiago de Chile: Departamento de Economía y Microdatos de la Universidad de Chile.
- Carens, J. H. (2004), La integración de los inmigrantes, en Aubarell, G y Zapata, R (eds.), Inmigración y procesos de cambio, Icaria, Barcelona.
- Garcés. A. (2014). Flujos migratorios y etnificaciones de la ciudad. En: Poblaciones en movimiento: etnificación de la ciudad, redes e integración. Ediciones Alberto Hurtado.
- Goldring, L; Landolt, P. (2013). Producing and negotiating non-citizenship: Precarious legal status in Canada. Publicado por University of Toronto Press.

- Evans, S. (2011). Migration, Community, and Stereotype: Shaping Racial Space in the Twentieth-Century Urban West. *Psi Sigma Siren*: Vol. 7 : Iss. 1 , Article 5.
- Gal, J; Weiss-Gal, I. (2016). Social workers affecting social policy: An international perspective. *Journal of Social Work* 16(2): 250-251.
- Hein, K. (2012). Migración y transición: Hijos de inmigrantes de origen latinoamericano en su transición de la escuela al trabajo en Chile. En *América Latina: migraciones fronterizas e internacional*. Vol 12 Núm. 1.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, N°7.
- Bernhard, J; Goldring, L; Young, J; Wilson, B. (2018). Living with precarious legal status in Canada: Implications for the well-being og children and families. *Refuge Canada Journal on Refuge* 24(2): 101-114.
- Lages, R. (2019). Migración internacional y derecho: una reflexión en clave de derechos humanos. En *migraciones*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Departamento de Extranjería y Migración (2017). Obtenido de http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/01/Libro_La_migracion_internacio_nal-115-145.pdf
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflicto interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. En *Revista de Ciencias Sociales* N° 28. Tarapacá, Chile: Universidad Arturo Prat.
- Liberona, N. (2014). Regiones fronterizas. Migración y los desafíos para los Estados latinoamericanos. *Revista de Estudios Transfronterizos* 14 (2), 235-240.
- Liberona, N. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público chileno. *Revista de Estudios Transfronterizos*.
- Liberona, N; Mansilla, M. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colect* 13 (3).
- Liberona, N; Tapia, M; Contreras, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractica del otro lado

- de la frontera. Geopolítica (s). Revista de estudios sobre espacio y poder 8 (2), 253-278.
- Linares, M. (2016). Trayectorias migratorias e inserción laboral de migrantes recientes en Santa Rosa-Toay (La Pampa, Argentina). Revista Pilquen, sección Ciencias Sociales. Vol. 19 N°4, 2016.
 - Lipsky, M. (1980). Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in Public Services. New York: Russell Sage Foundation.
 - Leiva, J. (2012). Gestión de la diversidad cultural en contextos de participación comunitaria. Sevilla: Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias de la Junta de Andalucía.
 - Martínez, J; Orrego, C. (2016). Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo. Cepal y OIM.
 - Martínez, J.; Cano, M. y Contrucci, M. (2009). “Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio”. En: Serie población y desarrollo, CEPAL, Naciones Unidas; Santiago de Chile.
 - Mezzadra, S (2012). Capitalismo, migraciones y luchas sociales. La mirada de la autonomía. En revista Nueva Sociedad N° 237.
 - Sassen, S. (2006). La formación de las migraciones internacionales: implicaciones políticas. London School of Economics.
 - Sassen, S. (2010). Territorio, autoridad y derechos. De los ensamblajes medievales a los ensamblajes globales. Buenos Aires: Katz.
 - OEA. (2011). Migración internacional en las américas. Washington, D.C: OCDE - CEPAL.
 - OIM. (2019). Informe sobre las migraciones en el mundo 2013. Ginebra, Suiza.
 - Thayer, E. (2011). Trabajo y género: La condición social de inmigrante como referente para la definición de la identidad. En C. Stefoni, Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho? (págs. 73-108). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
 - Thayer, L. E. & Durán, C. (2015). Gobierno local y migrantes frente a frente: nudos críticos y políticas para el reconocimiento. Revista del clud Reforma y Democracia

- Thayer, E. (2019). La política migratoria en Chile en la disputa por los derechos humanos. En migraciones. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Thayer, E. (2019). Causas y consecuencias de la irregularidad migratoria. En migración en Chile. Santiago de Chile: SJM.
- Thayer, L. E. (2013). Expectativas de reconocimiento y estrategias de incorporación. La construcción de trayectorias degradadas en migrantes latinoamericanos en la Región Metropolitana. Polis (Santiago) 12(35), 259-285.
- Durán, C. y Thayer., L. E. (2017). Los migrantes frente a la ley: continuidades y rupturas en la legislación migratoria chilena (1824 – 1975). Historia 396, 7(2), 429-461.
- Thayer, L. E. y Stang, F. (2017). Entre la debilidad institucional y el voluntarismo individual: reconocimiento parcial y derechos limitados en las políticas migratorias locales en Santiago. En C. Vial, y J. Hernández (Eds.), ¿Para qué descentralizar? Centralismo y políticas públicas en Chile: análisis y evaluación por sectores (pp. 97-131). Santiago: Instituto Chileno de Estudios Municipales.
- Thayer, L. E; Stang, F; Abarca, F. (2016). Precarious legal status and conditionality in the Access to rights. An approach to migratory regulations from Argentina and Canada. Revista de estudios transfronterizos.
- Tijoux, M. E. (2011). Negreando al 'otro': el constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En C. Stefoni, Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho? Santiago de Chile: Ed. Universidad Alberto Hurtado.
- Tijoux, M. E. (2013). Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias. Convergencia, 20(61), 83-104. ISSN: 1405–1435
- Van der Laat, C. (2017). La migración internacional como determinante de la salud en Chile: evidencia y propuesyas para políticas públicas. Publicaciones Universidad de Desarrollo.
- Thayer, L;
- Tijoux, M. E y Palominos S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile,

Chile. Polis (Santiago), 14(42), 247-275. ISSN: 0718-6568.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000300001>

-
- Stefoni, C. (2005). Inmigrantes Transnacionales. La formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. En U. Berg, & K. Paerregaard, 1 quinto suyo. Transnacionalidad y formación diaspórica en la migración peruana. (págs. 261-289). Lima: Instituto de estudios peruanos.
- Stefoni, C. (2005). "Migración en Chile". En: Colección IDEAS Noviembre AÑO 6 N° 59
- Stefoni, C. (2007). Inmigrantes en Chile. Una integración diferenciada al mercado laboral.
- Stefoni, C. (2010). Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. En La construcción social del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías. Biblioteca CEMLAD.
- Stefoni, C. (2011). Migración Sur-Sur: el caso de la inmigración en Chile. Bicentenario de Independencia en América Latina: Construir el presente y el futuro. Universidad Pontificia Comillas.
- Stefoni, C y Brito, S. (2019). Chile: un destino más en el mapa migratorio intraregional. En migración en Chile. Santiago de Chile: SJM
- Tapia, M. (2005). Las fronteras, la movilidad y lo transfronterizo: reflexiones para un debate. Estudios fronterizos, vol. 18, núm. 37, 2017 Universidad Autónoma de Baja California
- Simmel, G. (2012). El Extranjero. sociología del extraño. Madrid: Ed. Sequitur
- Instituto Nacional de Estadísticas (ine). (2017). Censo de población y vivienda. Santiago de Chile: ine
- Hernández, R. (2013). La positividad del poder: la normalización y la norma. En Teoría y crítica de la psicología. Morelia de México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- UDP. (2019). Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile: Centro de Derechos Humanos UDP.

- Balibar, Étienne y Wallerstein, Immanuel 1998 “Race, nation, clase”. La Découverte; París, Francia
- Velasco, J. (2012). El azar de las fronteras. Santiago de Chile: Fondo económico.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2007). Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia”.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Ginebra, 25 de abril del 2000.
- MINSAL (2014). Política de salud de migrantes internacionales. Superintendencia de salud y Fonasa.
- I. Municipalidad de Santiago (2018). Plan de Salud 2018 – 2021.
- I. Municipalidad de Santiago (2016). Plan de atención inicial integral de salud de migrantes internacionales. Programa de Estudios Sociales en Salud.