



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

**Niños/as hijos/as de inmigrantes en el sistema de salud público
chileno. Estudio de caso de profesionales de atención primaria
de salud.**

Memoria para optar al Título Profesional de Socióloga

Autora: Daniela Oyarce Yáñez

Profesora Guía: María Emilia Tijoux

30 de marzo, 2022

Santiago de Chile

Memoria de Título realizada en el marco del Proyecto ANID PIA ANILLOS SOC180008
“Migraciones contemporáneas en Chile: Desafíos para la democracia, la ciudadanía global
y el acceso a los derechos para la no-discriminación” dirigido por la Doctora en Sociología
María Emilia Tijoux.

*“Que el documento de nacionalidad que uno porte
determine las expectativas vitales resulta tan injusto
como que lo haga la extracción social,
la filiación religiosa o el color de la piel,
criterios todos ellos que han quedado desacreditados”*

Juan Carlos Velasco. El azar de las fronteras. Políticas Migratorias, Ciudadanía y Justicia.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia por el esfuerzo indispensable en todas las etapas de mi vida escolar, así como también fuera del ámbito académico. Sus enseñanzas y aprendizajes me han permitido ser quien soy. Gracias por confiar y creer en mí, por la dedicación y la paciencia.

A mis amistades, por todo el apoyo brindado en este proceso. Por permitirme explicar y divagar respecto a mi investigación, por sus ideas y comentarios, y principalmente por sus palabras de ánimo. Asimismo, agradezco que, a pesar de la distancia física que supuso hacer esta investigación en pandemia, siempre estuvieron ahí para mí.

Asimismo, quiero agradecer a todas las personas entrevistadas, por su tiempo y buena disposición con esta investigación. Sinceramente, muchas gracias.

De modo particular, agradezco la guía, el acompañamiento, y los conocimientos entregados durante el proyecto, tanto de la profesora María Emilia Tijoux, como directora y guía de esta tesis, así como también de todos/as quienes formaron parte de ese espacio lleno de aprendizajes.

Índice

Agradecimientos	- 4 -
Resumen.....	- 7 -
Introducción	- 8 -
Marco de Antecedentes	- 12 -
Migraciones en el mundo	- 12 -
Contextualización de las migraciones en Chile	- 13 -
Ley de migraciones	- 14 -
Migración y Salud	- 15 -
Derecho a la salud de la población inmigrante en Chile	- 15 -
Atributos ligados a la migración: cuerpo, personalidad y “raza”	- 18 -
Trato a la persona inmigrante en el sistema de salud público chileno	- 20 -
Niños/as: Atributos y percepciones	- 22 -
Niños/as hijos/as de inmigrantes en Chile	- 23 -
Niños/as hijos/as de inmigrantes en el sistema de salud chileno	- 25 -
Marco Teórico	- 27 -
Atributos e interaccionismo simbólico	- 27 -
Clasificación de los atributos	- 31 -
Problematización	- 33 -
1. Pregunta de investigación:	- 35 -
2. Objetivos de investigación:.....	- 35 -
2.1 General:.....	- 35 -
2.2 Específicos:	- 35 -
3. Relevancias Sociológicas.....	- 35 -
Marco Metodológico	- 37 -
Estrategia metodológica	- 37 -
Técnicas de producción de información	- 38 -
Técnica de análisis de información	- 39 -
Muestra	- 40 -
Análisis de los resultados.....	- 42 -
Atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes	- 42 -
1. Atributos Corporales	- 43 -

2. Atributos Psicológicos/de carácter	- 54 -
3. Atributos Socioculturales	- 57 -
Conclusiones	- 68 -
Bibliografía	- 81 -
Anexos.....	- 91 -
Anexo 1: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Santiago disgregado por edad y CESFAM (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).	- 91 -
Anexo 2: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Santiago disgregado por nacionalidad (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).	- 92 -
Anexo 3: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, disgregado por nacionalidad y CESFAMs (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).	- 93 -
Anexo 4: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, disgregado por edad y CESFAMs (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).	- 94 -

Resumen

La presente investigación nace del interés por estudiar las significaciones otorgadas a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de las instituciones de salud. En este sentido, los atributos que caracterizan y permiten identificar a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de este espacio poseen un rol fundamental, ya que tal como señala Goffman (2006), estas características y cualidades surgen en las interacciones sociales, a partir del contacto con otros/as que significan estos atributos y le entregan una valoración, ya sea positiva o negativa.

De este modo, el objetivo de la investigación se centra en describir los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud, y para esto se llevaron a cabo siete entrevistas semiestructuradas a profesionales de salud de los CESFAM Ignacio Domeyko y Lo Valledor Norte.

Se hallaron como atributos corporales el vínculo entre la nacionalidad de estos niños/as y la idea de una “genética distinta” la cual se vería explicada, por ejemplo, por una morfología propia de las personas negras. En cuanto a los atributos psicológicos, se señala que son buenos/as niños/as, responsables, resilientes, respetuosos/as y extrovertidos/as, cualidades evaluadas positivamente. Sin embargo, también fue posible advertir cómo la edad de llegada, así como también los años que llevan residiendo en Chile son elementos que cobran relevancia al momento de exhibir ciertos atributos por sobre otros. Por último, los atributos socioculturales que son otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes remiten a costumbres, significadas a partir de la diferencia con lo considerado “normal” en Chile: ciertos patrones alimentarios, así como también hábitos de limpieza y presentación personal significan negativamente a niños/as hijos/as de inmigrantes, y generen ciertas incongruencias para las interacciones sociales que se llevan a cabo en el contexto, principalmente, de control de niño sano.

Palabras clave:

Migración – Hijos/as de inmigrantes – Atributos – Salud Pública – CESFAM.

Introducción

Durante los últimos años, la migración contemporánea y su rápido aumento ha suscitado un renovado interés desde espacios académicos, como también a nivel social y político. Es así como la presencia de personas inmigrantes en el espacio público cotidiano en Chile ha hecho surgir diversos discursos y prácticas en torno a sus presencias, figuras y corporalidades; cuestionándose su llegada, sus causas y cuáles serán sus consecuencias a futuro, donde la migración se comprende como una ‘problemática social’ de la que, como Estado, deben hacerse cargo.

Desde el gobierno, en conjunto con los medios de comunicación, se ha trabajado en producir y reproducir una imagen del/la inmigrante ligada a estereotipos y prejuicios vinculados a actos delictivos que generan resistencias hacia su llegada y presencia en el país. La idea de ‘masividad’ (CNN Chile, 2019; Diario Concepción, 2021; AS Chile, 2021) y en este marco de la ‘amenaza’ que significan para los/as chilenos/as en los mercados laborales, así como también en los servicios públicos, abre espacio a discursos y prácticas discriminatorias contra sus personas.

En este sentido, es importante dar cuenta que no todo aquel que llega a residir al territorio desde fuera es considerado/a inmigrante (Delgado, 1998). El término ‘inmigrante’ va más allá de un estatus legal; refiere a un atributo investido de características y cualidades negativas desde el punto de vista de los/as ciudadanos/as de la sociedad de destino. Así, por ejemplo, quienes son considerados/as inmigrantes normalmente se vinculan a espacios vulnerables: son consideradas personas pobres, sin recursos ni cultura.

Su figura ha sido trabajada en las ciencias sociales, desde Simmel (2012), por ejemplo, quien da cuenta a partir del ‘extranjero’ de esta distancia con la sociedad de destino. Es una figura de alteridad que desordena el orden establecido. En tanto ‘está fuera’ tiene la capacidad de cuestionar lo entendido como indiscutible, lo que se vuelve problemático en una sociedad organizada. Son considerados/as como ‘otros/as’ frente a un ‘nosotros/as’ legítimo.

La diferencia, y con ello la alteridad, se comprenden como atributos característicos de su figura. De esta manera, y siguiendo a Balibar & Wallerstein (1991), tras el ‘problema’ de la inmigración se encuentra el problema del racismo, sus prácticas y discursos que se

reproducen en los distintos espacios sociales, y que aparecen sin cuidado en las interacciones entre ‘nosotros/as’ y ‘ellos/as’.

Así, la llegada de inmigrantes ha permitido cuestionar cómo se está tratando la inclusión de estas personas en los diferentes espacios sociales, dando cuenta de las vulneraciones de las que son sujetos/as, principalmente en cuestiones relacionadas con resguardar sus derechos y necesidades básicas como vivienda, educación y, finalmente, salud. El acceso a esta última es un derecho para todas las personas, sin embargo, no todos/as hacen uso de este. La población inmigrante no acude a los centros de salud, ya sea por falta de información o bien por miedo a ser deportados/as (debido a su condición de irregularidad). No obstante, su inserción en estos espacios ha permitido visibilizar los distintos desafíos a los que se enfrentan en su calidad de usuarios/as, y que debe hacer frente el Estado en su calidad de prestador de servicios.

Son estas experiencias las que afectan la vida de las comunidades inmigrantes que deciden permanecer en el territorio chileno, interponiéndose en su incorporación a la sociedad, generalizándose y formando parte de sus cotidianidades, e incluso cargando con estas significaciones otorgadas por la población nativa, los medios de comunicación e incluso el Estado, discursos que recaen y se heredan a sus hijos/as, niños/as que han sido significados/as por la sociedad receptora como ‘otros/as’ (Pávez & Galaz, 2018; Santamaria, 2002, Tijoux, 2013).

Esta significación se vuelve problemática en la medida que permite una naturalización de la diferencia que es vinculada a estas comunidades, donde se vuelve legítima la violencia, la exclusión, la opresión y la discriminación. Tal como señala Correa (2011), “la violencia de los actos pareciera estar velada, naturalizada en los medios, en las instituciones, las leyes y también en las interacciones de la vida diaria” (p. 8).

En esta línea, la presente investigación propone trabajar los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud, dado que en este espacio de encuentros se hacen visibles complejas interacciones que complican la vida de estos niños/as y de sus familias a causa del trato que se les da. Los centros de salud son comprendidos como espacios de encuentro, acceso a derechos, así como también de jerarquías y poder, donde se producen y reproducen discursos que son legitimados por los

distintos espacios sociales, considerando la importancia y legitimidad que tiene el campo médico en las sociedades contemporáneas (Castañeda y Rubio, 2016).

A partir de la teoría de Erving Goffman, se trabajará el concepto de atributos, para analizar las cualidades y características que son otorgadas a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de salud, las cuales son clasificadas y significadas a partir de los diversos encuentros entre estos dos grupos sociales.

El interés principal de este trabajo es describir estos atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, los cuales se ven mediados por la nacionalidad, así como también por la construcción de la figura del/la inmigrante (Stefoni, 2016), características que deslegitiman su presencia en la sociedad chilena, y las cuales son heredadas a sus hijos/as (Tijoux, 2013). Se trata de un estudio de carácter exploratorio-descriptivo, cualitativo, cuyo foco estará en los atributos que aparecen en los encuentros entre profesionales de salud y niños/as, significando a estos/as últimos/as a partir de experiencias previas, además de las características que se vuelven relevantes dentro de las consultas médicas.

A partir de la pregunta ¿Cuáles son los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud? Se trabajó en las características y cualidades que caracterizan a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de los centros de salud, las cuales se clasificaron a partir de las categorías trabajadas por Erving Goffman (2006): atributos corporales, atributos psicológicos y atributos socioculturales.

Se analizaron siete entrevistas semi estructuradas a profesionales de atención primaria de salud de dos centros médicos de la región Metropolitana. Todas las personas entrevistadas han tenido experiencia trabajando y atendiendo a niños/as hijos/as de inmigrantes, y a partir de sus distintas especialidades se generó un acercamiento a diversas experiencias, con distintos enfoques de atención, que permitió dar cuenta de diferentes atributos que se vuelven relevantes en la consulta.

La tesis se estructura en seis apartados. El primero de ellos refiere a los antecedentes bibliográficos y teóricos de la inmigración en Chile, prestando especial atención a la presencia de niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de los trabajos citados, así como también la experiencia de las comunidades inmigrantes en su acceso a atención de salud. El segundo

presenta el marco teórico de la investigación, trabajado principalmente desde la teoría de Erving Goffman y su enfoque respecto a los atributos dentro de las interacciones sociales, que permitieron identificar y describir estos, en función de la mirada de profesionales de atención primaria de salud.

El tercer apartado expone la problematización, además de presentar la pregunta de investigación, sus respectivos objetivos, así como también la relevancia del estudio para el campo de las migraciones contemporáneas, y el aporte que puede significar en términos sociológicos. El cuarto apartado se refiere al marco metodológico, donde se define la perspectiva de la investigación, y aspectos relacionados a la producción y análisis de la información.

Luego de eso, se presenta el quinto apartado referido a la exposición de los resultados y sus respectivos análisis, que permitirá, por último, presentar las conclusiones del estudio, además de sugerencias e hipótesis para futuras investigaciones dentro del campo de las migraciones contemporáneas, y especialmente en lo que refiere a niños/as hijos/as de inmigrantes.

Marco de Antecedentes

En el presente apartado se exponen los antecedentes teóricos y bibliográficos de la investigación, entregando, en primer lugar, una contextualización sobre las migraciones en el mundo y en Chile, señalando cuántas personas se encuentran hoy residiendo en el país, en qué lugares de la región Metropolitana habitan, así como también el papel del Estado y los cambios que se han realizado en las leyes migratorias.

En segundo lugar, se trabaja un apartado referido a migración y salud, donde se da cuenta cómo la ley establece un acceso a este derecho legítimo, el que, sin embargo, se ve interrumpido a partir de los significados y apreciaciones de la figura del/la inmigrante, tanto de funcionarios/as de salud, como de la población en general. Así, se señalan distintas investigaciones que permiten evidenciar tratos discriminatorios e incluso situaciones de violencia sobre esta población en el sistema de salud público chileno.

Por último, se presenta información respecto a niños/as hijos/as de inmigrantes, cuántos/as son, las características que les son otorgadas, así como las discriminaciones que sufren y cómo estas afectan en su incorporación a la sociedad y sus distintos espacios sociales.

Migraciones en el mundo

Los estudios migratorios dentro de las ciencias sociales tienen larga data, sin embargo, sólo durante los últimos años se han convertido en objeto de interés para los Estados, debido al creciente número de personas que por diversas razones han debido desplazarse, cambiando sus lugares de residencia, cruzando las fronteras. Las cifras para el 2017 señalaban 257,7 millones de migrantes internacionales (OIM, 2018), cifra que aumentó para el año 2019 a 272 millones de personas, la cual equivale al 3.5% de la población mundial (OIM, 2019).

Las personas que migran, de acuerdo al informe de la Organización Internacional para las Migraciones (2019), lo hacen principalmente por motivos laborales, familiares o de estudio, y el proceso migratorio se caracteriza por no ser “fuentes de problemas ni para los migrantes ni para países que los acogen” (p. 39).

Del total de personas migrantes en el mundo, el 52% son hombres mientras que el 48% son mujeres (OIM, 2019). El 74% del total de migrantes internacionales se encuentran en edad de trabajar, van desde los 20 a los 64 años, mientras que las cifras de niños/as y adolescentes

alcanza un 14%, es decir, alrededor de 37,9 millones de migrantes internacionales son menores de 20 años (OIM, 2019).

A pesar de que la cifra de niños/as y adolescentes se mantiene al alza – el 2017 ésta representaba el 12% de la población migrante internacional (OIM, 2018) – niños/as y adolescentes viven un proceso constante de invisibilización, lo que tiene repercusiones importantes en las políticas públicas que trabajan los Estados, debilitando la inversión social y medidas específicas para esta población. Asimismo, esto permite la construcción de una imagen de niños/as y adolescentes como individuos “dependientes pasivos, ocasionales e incluso como cargas dentro de los procesos de movilización de adultos o de reunificación familiar” (Fundación Colunga, 2020, p.16), no dando cuenta de la doble vulneración que conlleva ser menor de edad y migrante (Martínez & Orrego, 2016), estando expuestos/as a sufrir mayores transgresiones a sus derechos a lo largo del proceso migratorio.

Contextualización de las migraciones en Chile

La migración internacional es un proceso complejo que se desarrolla incluso antes de que se cruce la frontera (Armas et al, 2018). Algunos de los factores que explican el dinamismo en cuanto a la migración intrarregional tiene relación con el endurecimiento de las políticas de seguridad y control en los países del norte, lo que explicaría la emergencia de Chile como uno de los destinos más atractivos para los/as inmigrantes; el avance de los procesos de integración económica y política, que permiten y generan estas condiciones favorables para el movimiento de personas entre la región; las modificaciones en las legislaciones de diversos países de América Latina, en las que se reconoce el derecho a migrar y se extiende la protección de los derechos humanos de los/as migrantes, así como también el deterioro de las condiciones de vida en los países de origen (Stefoni, 2017; Cano & Soffia, 2009; Aninat & Vergara, 2019; Thayer, 2016).

De acuerdo con el INE (2021), la cantidad de personas extranjeras residentes habituales en Chile alcanza los 1.462.103, de las cuales 744.815 son hombres (50,9%) y 717.288 son mujeres (49.1%). Asimismo, el 48% de la población inmigrante en Chile tiene entre 25 y 39 años. Por otro lado, los cinco países principales representados dentro de este grupo son Venezuela (30.7%), Perú (16.3%), Haití (12.5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8.5%), países que concentran un poco más del 79% del total de la población extranjera residente en Chile.

Ley de migraciones

La actual ley de migraciones y extranjería fue promulgada el 11 de abril del 2021, donde se establecen normas y medidas con el objetivo de regular el ingreso, la estadía como también la residencia y el egreso de los/as extranjeros/as que lleguen al territorio chileno.

Esta normativa, que entró en vigencia el 20 de abril del 2021, llega a sustituir la ley contenida en el Decreto Ley 1094, promulgada en dictadura (1975) y que se mantenía imperante en la sociedad chilena.

Dentro de los principios bases de la regulación migratoria se señala, por ejemplo, una promoción de respeto y garantías de derechos, donde se establece que “el Estado deberá proteger y respetar los derechos humanos de las personas extranjeras que se encuentren en Chile, sin importar su condición migratoria” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2021).

Sin embargo, si bien se señala que “El estado asegurará a los extranjeros la igualdad ante la ley y la no discriminación” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2021), esta normativa no entrega las herramientas de fiscalización necesarias para asegurar el cumplimiento de estas garantías; incluso, desde el mismo gobierno de Sebastián Piñera se han generado una serie de discursos que parecieran atentar contra lo promovido en la nueva ley, criminalizando la migración, incluso hablando de cómo Chile se estaría convirtiendo en un centro de rehabilitación de ‘migrantes delincuentes’ (La Tercera, 2020); al mismo tiempo que se vincula la migración con una idea de masividad que se traduce en una amenaza para la sociedad chilena ante la cual ‘hay que ordenar la casa’ (Rizik, 2018; CNN Chile, 2020), discursos que son promovidos y reproducidos en los medios de comunicación, así como también por la sociedad.

Ahora bien, y en lo que respecta a niños/as hijos/as de inmigrantes, la nueva ley establece que se tomarán todas las medidas necesarias para asegurar el pleno goce y ejercicio de sus derechos, los cuales están consagrados en la Constitución Política de la República y en tratados internacionales ratificados por Chile, sin importar su condición migratoria ni la de sus padres/madres o adultos/as que los tengan a su cuidado (Artículo 4, Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2021).

Asimismo, y en lo que concierne al derecho a salud de esta población – derecho legítimo y primordial dentro de esta investigación – la nueva ley establece, en el artículo 15, que todos/as los/as extranjeros/as, sin importar su condición migratoria irregular, tendrán acceso a salud conforme con los requisitos que la autoridad establezca, en igualdad de condiciones que los/as nacionales.

Sin embargo, y como se verá a continuación, esta garantía pareciera no estar presente en la realidad que cotidianamente vive la población inmigrante, que es constantemente discriminada y humillada cuando hace uso de su derecho legítimo de acceso a salud, una situación que se reproduce en el caso de sus hijos/as.

Migración y Salud

Derecho a la salud de la población inmigrante en Chile

La salud se constituye como uno de los derechos principales de todas las personas, el cual emana de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, señalada como derecho humano fundamental del que deben gozar todos los seres humanos sin discriminación alguna. Ambas declaraciones fueron ratificadas por Chile en el año 1948 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 1994).

La presencia de personas inmigrantes en Chile ha suscitado una serie de acciones por parte del Estado para asegurar la entrega de información, prestaciones sanitarias y óptimo acceso a los servicios de salud. En este sentido, algunos de los hitos principales de la acción de los gobiernos respecto a la salud y la migración son, por ejemplo, las propuestas del Consejo Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia del 2006, donde se declara el deber de proporcionar a todos/as los/as niños/as y adolescentes extranjeros/as menores de 18 años atención de salud en los establecimientos de la red pública en igualdad de condiciones que sus pares chilenos/as, independiente de su condición migratoria o la de sus padres/madres (MINSAL, 2008).

Sin embargo, esto no es suficiente. La ley de migraciones actual establece el acceso de las personas inmigrantes a la salud, pero no entrega herramientas de fiscalización para conocer si es que realmente dicho acceso se está cumpliendo. Tal como dan cuenta diversas investigaciones (Cabieses et al, 2017; Chepo y Cabieses, 2018; Scozia et al, 2014; Larenas y Cabieses, 2018; Ministerios de la Mujer y Equidad de Género, 2017), funcionarios/as y

profesionales de atención primaria de salud tienen disposiciones distintas hacia inmigrantes que llegan a atenderse a los centros de salud, estigmatizando, discriminando y actuando de manera racista frente a sus consultas, entorpeciendo su acceso a estos espacios y sus prestaciones, comprendiéndose como una barrera que se suma a la falta de conocimientos respecto de los beneficios y servicios, razones que, en parte, explicarían por qué esta población prefiere no acudir a dichos espacios en caso de complicaciones de salud.

En la misma línea, la OIM (2020) señala cómo los estigmas pueden influir en la decisión de ocultar una enfermedad, dejar de asistir a un centro de salud frente a un malestar, e incluso a desalentar el tener comportamientos saludables. Todos elementos importantes que influyen en el estado de salud de las personas, así como también de su integración en estos espacios sociales.

Determinantes de salud en la población migrante

La salud de las personas inmigrantes se ve determinada por una serie de factores que aparecen a lo largo de su estadía en los territorios de destino, tales como la falta de acceso a trabajos formales, la situación de irregularidad, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevados, dificultades en el acceso a centros de salud, muchas veces determinado por la falta de información, problemas de comunicación, temor a deportación por su condición de irregularidad (OIM; 2013), malas experiencias en estos espacios, diferencias culturales, entre otros (Fuertes & Martín, 2006).

Uno de los determinantes sociales que influye negativamente en la salud de las personas inmigrantes en Chile refiere al acceso a la vivienda y el trabajo. En esta línea, parte importante de las personas inmigrantes que llegan al territorio chileno y especialmente a la región Metropolitana residen en lugares que han sido declarados ‘para inmigrantes’. La desigualdad en el acceso al mercado de la vivienda da cuenta de una expresión discriminatoria que conlleva a una concentración desproporcionada de colectivos inmigrantes en determinadas zonas urbanas (Margarit & Bijit, 2014), generando que los espacios a los cuales llegan a residir estas poblaciones sean significados de manera peyorativa e incidan, por ejemplo, en los motivos de consulta en los centros de salud, ya que un número importante de diagnósticos son causados por accidentes por quemaduras, los cuales se verían

explicados por las condiciones en las que vive la población inmigrante y con ellas sus hijos/as (Begoña, 2018).

El hacinamiento es una categoría relacionada a la salud y que se comprende como una situación compleja que tiene consecuencias dañinas, las cual además son significadas de manera negativa por los/as funcionarios/as del servicio de salud, quienes relacionan el hacinamiento y las precarias condiciones de existencia tales como la falta o escasez de agua con la poca higiene que presentan las personas inmigrantes, en tanto respondería a las malas condiciones de vivienda y acceso a agua en las que viven (Scozia et al, 2014).

El trabajo, por su parte, incide negativamente en la salud de las personas inmigrantes, ya que estas ingresan principalmente a empleos informales, temporales, y con malas condiciones, lo que no les permite acceder a garantías en salud, así como tampoco al sistema de protección social. Además deben laborar en uno o más lugares para conseguir los medios que les permitan hacer frente a los gastos familiares así como el envío de remesas a sus países de origen. Para el caso de la población inmigrante que logra conseguir un empleo formal, se generan situaciones donde los/as empleadores/as no cumplen con el pago de cotizaciones previsionales, obstaculizando el acceso al sistema de prestaciones sociales (Cabieses, et al, 2017).

Estos determinantes sociales que afectan la salud también pueden ser comprendidos, en el caso de las personas inmigrantes, como determinantes que contribuyen a la estereotipación y estigmatización de sus comunidades. De acuerdo con Goffman (2006), estos elementos formarían parte de una 'teoría del estigma', la cual será abordada más adelante, pero que, de acuerdo con el autor, refiere a la construcción de una ideología que justifique y permita explicar la inferioridad y deshumanización a la que muchas veces se ven enfrentados/as los/as inmigrantes y sus hijos/as.

Así, las razones y explicaciones que se producen en torno a estas personas originan discriminaciones y falta de oportunidades que aumentan la sensación de exclusión social, la cual incide en la vulnerabilidad en salud de la población inmigrante. Esto, sumado a las diversas situaciones y sensaciones que viven a partir de cambios socioculturales, la necesidad de adaptación en el país de llegada, la separación familiar y vivir el duelo migratorio (Fuertes & Martín, 2006; Cabieses, et al, 2017), son todos elementos que repercuten en la salud de las

personas y que se vuelven variables necesarias a considerar al momento de la atención sanitaria.

Atributos ligados a la migración: cuerpo, personalidad y “raza”

¿Qué significa ser inmigrante? Tal como explica Simmel (2012) a través de la figura del extranjero, la presencia de alguien que viene ‘de fuera’ supone formas de socialización y, por tanto, de interacción distintas. Su presencia social en el país de llegada es un factor que desestabiliza y desorganiza a la sociedad en la que se insertan; su existencia en tanto inmigrantes supone un encuentro con las contradicciones morales existentes en dicha sociedad, generando al mismo tiempo una mirada hacia dentro respecto de sus instituciones, leyes y valores sociales y morales imperantes en ella.

La forma del extranjero, como recurso teórico, permite dar cuenta que quien es comprendido/a como *otro/a* inmigrante nunca será entendido/a como alguien que permanece, sino más bien como un emigrante en potencia (Simmel, 2012): esto significa, por tanto, que no se encuentra vinculado a la sociedad a partir de las normas o convenciones locales, ya que nunca formó parte de estas, y desde el punto de vista del grupo social, tampoco se espera que lo haga.

Es esta calidad de migrante la que va a contribuir a que en la sociedad de destino se lleve a cabo un proceso de discriminación, donde ciertos atributos son comprendidos como estigmas que deslegitiman a quienes los portan (Goffman, 2006). Ser personas de tránsito se convierte en parte de su identidad social, parte de su definición como individuos, estar siempre en los límites, al margen de la sociedad.

Ser inmigrante significa ser un ‘otro/a’, es decir alguien intruso, que no pertenece a la nación o un no invitado. Tal como señala Elías (2012), “de este modo, aprendieron que los "antiguos" habitantes se veían a sí mismos como un grupo cerrado al que se referían como "nosotros", y a los nuevos vecinos como intrusos, a los que llamaban "ellos" y querían mantener alejados” (p. 75).

De esta manera, en la construcción del ser inmigrante se produce una relación de alteridad que contribuye a la creación de diferencias y relaciones de poder, donde el grupo nativo domina en términos culturales, sociales, políticos y/o económicos al grupo extranjero. Así,

durante este proceso se generan categorizaciones y comparaciones entre el endogrupo y exogrupo, donde se atribuyen características positivas al primero y negativas al segundo.

La ‘raza’ es una construcción social que se ha utilizado para la creación de diferencias y relaciones de alteridad (Stefoni, 2016), justificadas en la ideología del racismo. La racialización, por su parte, se refiere al proceso que permite construir un ‘dato’ biológico que justifique la existencia de las ‘razas’, y que por tanto permita el racismo (Caggiano, 2012). Así, a partir de una infinidad de prácticas cotidianas y mecanismos institucionales, se reproducen las categorías raciales construidas socialmente, que generan relaciones basadas en la diferencia, en la alteridad de este/a ‘otro/a’ que no es bienvenido/a.

De esta manera, comprender al/la inmigrante como un/a otro/a, diferente, como un ‘problema’ para la sociedad de destino, tiene en su base concepciones racistas, ya que no todos/as quienes llegan de afuera son vistos/as como inmigrantes: quienes proceden de países ricos, desarrollados y modernos son comprendidos/as como extranjeros/as, lo que no necesariamente remite a una construcción de alteridad (Stefoni, 2016), escenario diferente si se compara con la connotación negativa del término inmigrante, donde “las descalificaciones que designan al inmigrante no nacen arbitrariamente, ellas son un arma que utiliza el poder para someter” (Cuestas, 2013).

Al mismo tiempo, la construcción de la figura del/la inmigrante se basa en una demarcación de límites basados en la extranjería, en el uso de una categoría racial que los/as sitúa en la marginalidad, “como sujeto subordinado e indeseado” (Stefoni, 2016, p. 68). Esta construcción se encuentra vinculada a los atributos con los que se presenta la persona ante la sociedad de destino, a sus “rasgos fenotípicos, a su condición de extranjero y el lugar de precedencia” (Stefoni, 2016, p. 70). Una persona sería comprendida como ‘más inmigrante’ en la medida en que sus cuerpos advierten atributos que difieren con lo convencional dentro de la sociedad a la que llegan a integrarse. Así, “la forma y el color significan negativamente estos cuerpos como lugares del rechazo y del deseo descifrable en distintas manifestaciones” (Tijoux, 2014, p. 3).

En la misma línea, la personalidad y la conducta también son elementos que caracterizan a las personas, atributos que aparecen y adquieren significado dentro de las relaciones sociales que están forjando las personas inmigrantes dentro de la sociedad chilena. Esta personalidad

no puede ser muy distinta de la de las personas nativas, ya que, de no ser así, será vista de manera negativa, o ‘llamará más la atención’. Así, la construcción del/la sujeto/a inmigrante se basa en estos estereotipos ligados a las emocionalidades, como es el caso de las mujeres afrodescendientes, consideradas más alegres, con un carácter amigable (Tijoux, 2014), en oposición al carácter frío, aburrido y desagradable de las mujeres chilenas (ídem), comparaciones que pueden llevar al ejercicio de prácticas discriminatorias.

Comprender todos estos elementos como significantes de diferencias busca, al mismo tiempo, “naturalizar determinadas características morales, psicológicas y culturales” (Stefoni, 2016, p. 70), tanto en las personas inmigrantes, como también en los/as nacionales: “la otredad opera como demanda de una corporalidad distinta que permite – una vez más –, la constitución de un sí mismo chileno blanco y, por lo tanto, diferente y separado de lo que lo constituye y que se debe excluir o separar” (Tijoux, 2014, p. 3).

Trato a la persona inmigrante en el sistema de salud público chileno

La falta de derechos sociales de la población inmigrante se encuentra ligada a vulneraciones y actos discriminatorios que pueden evidenciarse en las discusiones que se han generado en el último tiempo respecto a la distribución de recursos (limitados en el sistema de salud público de Chile), y sobre quienes deben tener prioridad, poniendo en cuestión los derechos básicos de las personas, tanto de nativos/as como de inmigrantes (Liberona, 2012; Liberona y Mansilla, 2017), lo que al mismo tiempo da cuenta de cómo políticas restrictivas de recursos en centros de salud deriva en discursos racistas y xenófobos, ya que las personas nativas ven en la población inmigrante ‘ladrones/as de oportunidades’ y son catalogados/as de ‘aprovechadores/as’. Estos discursos no sólo se dan entre la población, sino que también se reproducen entre profesionales y funcionarios/as del sistema de salud, quienes comprenden a la población inmigrante como una carga para el sistema y como usuarios/as no legítimos/as (Liberona y Mansilla, 2017; Larenas y Cabieses, 2018).

Las relaciones que se dan dentro de este tipo de espacios suponen interacciones bajo un sistema de poder basado en desigualdad social (asimetría), política (nacionalismo) y cultural (alteridad) (Liberona y Mansilla, 2017), acrecentando la posición de poder de los/as profesionales, desde la cual se crean impedimentos en cuanto al acceso a salud de la

población inmigrante, además de permitirles reproducir malos tratos y discriminaciones racistas y xenóforas, aumentando con esto la vulnerabilidad en la que estos colectivos viven.

Asimismo, debido a que el sistema de salud público chileno trabaja por niveles y en el primero de ellos no hay presencia de especialistas, emergen percepciones de descontento por parte de la población inmigrante, vinculada con el tipo de atención recibida, con el profesional que presta los servicios y con la rapidez de respuesta del sistema (Bernaes, et al, 2018).

Esta situación es vista negativamente por funcionarios/as y profesionales de salud, quienes consideran que la población inmigrante llega a exigir sus derechos de forma altanera (Liberona, 2015; Urrutia-Arroyo, 2018), “son pacientes que quieren que todo se les solucione, que todo se les dé” (Entrevista 10, femenino, servicio de salud de Independencia, en Urrutia-Arroyo, 2018). Esto genera discursos tales como que los/as inmigrantes son aprovechadores, ladrones de oportunidades, pacientes ilegítimos e incluso como cargas para el sistema (Liberona, 2012; Liberona, 2015; Liberona y Mansilla, 2017; Larenas y Cabieses, 2018). Asimismo, son vistos/as como demandantes y policonsultantes, ya que señalan que ha aumentado terriblemente la atención a inmigrantes y que van muchas veces a la semana a hacer consultas dentro de los centros asistenciales, percibiéndolo negativamente y no dando cuenta que esto puede deberse a que algo no está funcionando en la atención que reciben (Liberona, 2015; Urrutia-Arroyo, 2018).

En la misma línea, en Argentina suceden situaciones similares. En la investigación de Jelin et al, (2008) se da cuenta cómo los médicos ven en los/as inmigrantes una cierta ambigüedad, en tanto ligan extranjería con ilegalidad, y esta con indocumentación y no residencia, lo que genera una serie de prácticas y discursos que reproducen dentro de los centros médicos, como por ejemplo la sobrerrepresentación de las comunidades inmigrantes, e incluso que los transportes que estos/as ocupan traerían enfermedades en lugar de personas.

Muchas de las discriminaciones a las que se enfrenta la población inmigrante tiene relación, de acuerdo con la propia población, con su calidad de ‘inmigrante/extranjero’ en la sociedad de destino, comprendiendo que la categoría de ‘inmigrante’ tiene connotaciones negativas que se les atribuyen, lo que termina creando con esto un estigma (Scozia, et al, 2014). Es a partir de esto que ciertos comportamientos de profesionales de atención primaria de salud

contribuyen a la creación y reproducción de barreras de acceso para esta población, quienes perciben una ausencia de respeto por parte del equipo profesional hacia sus personas (Torres y Garcés, 2013; Scozia, et al, 2014).

La estereotipación de los cuerpos migrantes por parte de los/as profesionales de salud se vuelve un problema por más de una razón: contribuye a adjudicar determinados atributos (negativos) sobre esta población, los cuales están cargados por subjetividades y prejuicios, al mismo tiempo que no permite generar un registro estadístico confiable, ya que los/as identifican a partir de su altura, color de piel, rasgos fenotípicos, sin consultar ni registrar su procedencia (Urrutia-Arroyo, 2018).

Niños/as: Atributos y percepciones

Niños/as son comprendidos como sujetos/as sociales, pero limitados/as. En su calidad de recién llegados/as (van Dijk, 2004), son posicionados/as en un grado menor, donde deben aprender normas y valores que el mundo adulto ya tiene interiorizados. Este aprendizaje se desenvuelve en un escenario específico, la infancia, la cual es comprendida como una construcción social (Gaitán, 2006), un espacio de acción y aprendizaje que evoluciona históricamente (Casas, 1998) y que se ve influenciado por una serie de atributos y/o percepciones que son compartidas social y culturalmente, en constante cambio, las que se ven relacionadas con los contextos en los que se configuran y desarrollan.

Estos atributos, de acuerdo con Casas (1998), se ven significados por el contexto sociocultural en el que se desenvuelven, que no sólo está configurado por elementos materiales, sino que hay una serie de elementos psicosociales (como lo son actitudes basadas en representaciones, atribuciones, estereotipos, percepciones sociales, categorizaciones, entre otros) que son mantenidos y representados por los/as adultos/as. Se generan expectativas que configuran representaciones sociales que promueven determinadas interacciones con este grupo social, cuestionando sus problemáticas y cómo se espera que las afronten.

En definitiva, es en esta etapa de aprendizajes donde “se dan las condiciones más idóneas y fecundas para producir y reproducir sujetos/as obedientes, sumisos/as y disciplinados/as. La infancia queda construida como un grupo sociocultural objeto de dominio” (Lay Lisboa, 2015). Esta posición de dependencia y subordinación contribuye a un proceso de

estigmatización de este grupo social, ya que no serían capaces de valerse por sí mismos/as y, por tanto, necesitarían la ayuda de los/as adultos/as, un grupo en una posición superior y válida dentro de la sociedad. Así, y siguiendo la línea de García (2011), “la incapacidad (de la infancia) ha sido históricamente un recurso recurrente para legitimar el dominio de hecho sobre sujetos débiles y vulnerables” (p. 1).

Sin embargo, no existe tal incapacidad. Niños/as logran cuestionar el orden establecido, características que comparten con las personas inmigrantes. Son entendidos/as como alguien lejano a la sociedad, y que a partir de esta lejanía logran preguntarse respecto a lo establecido como indiscutible. La diferencia recae en que el cuestionamiento, en el caso de niños/as, es menospreciado y no tomado en cuenta, ya que la edad se convierte en indicador de estatus y saber, el cual se va adquiriendo mediante el tiempo, otorgando mejor posición – y con esto poder – a quienes tienen más edad.

Casas (1998) se refiere a cómo el núcleo figurativo de las representaciones sociales adultas sobre la infancia se centra en la idea de los ‘aún no’, idea excluyente en relación con el grupo/categoría social ‘ya sí’. Son ‘otros/as’, pero a diferencia de los/as ‘otros/as’ inmigrantes, el caso de niños/as hijos/as de inmigrantes nacidos en el territorio de destino – y por tanto compatriotas – permite mantener la esperanza de que cuando crezcan sí pertenecerán al grupo, sí serán integrados/as; mientras dure este proceso, están fuera, y es a partir de esta concepción que se practican diversos tipos de discriminación y exclusión, generando una imagen descalificadora de este grupo social y reduciendo así sus posibilidades de intervención y ejercicio de derechos.

Niños/as hijos/as de inmigrantes en Chile

La migración intrarregional actual proviene principalmente de países subdesarrollados que cuentan con una población que aumenta considerablemente, lo que permite y fomenta una masa migrante joven que busca oportunidades de empleo fuera de sus países de origen (OIM, 2013; 2019), trayendo consigo la llegada de familias con hijos/as pequeños/as, o bien jóvenes que tienen hijos/as en la sociedad de destino, en este caso, la chilena.

Es necesario hacer una aclaración respecto a la categoría hijo/a de inmigrante. Siguiendo lo planteado por Grimson (2011), hay una idea errónea que comprende a niños/as hijos/as de inmigrantes nacidos en el territorio de destino como inmigrantes, como si hubieran llevado a

cabo el proceso migratorio, manteniendo este atributo como un elemento que significa sus experiencias. “Sociológicamente, inmigrante es aquel que se desplaza de una zona a otra, no el hijo del que se desplazó” (Grimson, 2011, p. 38). Seguir tratando a los/as hijos/as de inmigrantes como inmigrantes permite que se sigan reproduciendo los significados negativos que marcan a esta población sobre sus hijos/as, cómo si esta categoría estuviera en la sangre, cuando no es así.

De esta manera, a lo largo de esta investigación se trabajará con el concepto niños/as hijos/as de inmigrantes, comprendiendo como parte de esta categoría a niños/as que llegan con sus padres/madres desde fuera, como también a niños/as nacidos/as en territorio chileno (y por tanto chilenos/as) con padres/madres inmigrantes.

De acuerdo con los datos entregados por el INE (2020), la cifra de niños/as y adolescentes inmigrantes de entre 0 y 14 años es de 149.666, representando el 10% del total de población migrante residiendo en el país. Asimismo, los colectivos con mayor número de menores de 15 años son representados por Bolivia (13.7%), seguido de Venezuela (12.5%), Colombia (9.7%), Perú (8.5%), finalizando con Argentina (7.2%) y Haití (5.6%).

Es necesario mencionar cómo la migración infantil no es necesariamente un proceso voluntario para niños/as, ya que la decisión es tomada por padres/madres/familiares. Suárez (2010) señala cómo esta situación podría tratarse como atropellos hacia niños/as hijos/as de inmigrantes, ya que, al no formar parte de la decisión de migrar, se ven obligados/as a dejar su entorno afectivo, lo que puede generar la aparición de sentimientos de abandono y/o vulnerabilidad, viéndose acrecentados a partir de las extensas jornadas laborales de los/as padres/madres/familiares que se encuentran a cargo de los/as niños/as (Pavez, 2010, 2012; Tijoux, 2012; Arriagada y Todaro, 2012; Fuertes & Martín, 2006), sensaciones que al mismo tiempo se refuerzan por situaciones de discriminación y racismo que viven en los distintos espacios en los cuales se insertan.

Para el caso de los/as nacidos/as en Chile cuyos padres/madres son inmigrantes, se genera un proceso de discriminación y xenofobia que a los ojos de estos/as niños/as no tiene justificación, ya que son chilenos/as, nacidos en territorio nacional (Pavez, 2010, 2012). Sin embargo, la construcción de sus personas como ‘otros/as’ ya está hecha: han heredado la carga negativa que se asocia a sus padres/madres inmigrantes. Son comprendidos/as a partir

de las construcciones de otredad que se hicieron en torno a su figura, de sus apariencias que no responderían a lo que se piensa deben representar los/as chilenos/as (Tijoux, 2013).

Niños/as hijos/as de inmigrantes se ven así marcados/as por la migración, siendo etiquetados/as y definidos/as a partir de una categoría comprendida como negativa dentro de la sociedad de destino, y que por tanto les supone un enfrentamiento a una serie de experiencias de negación, discriminación, exclusión y marginación (Tijoux, 2013).

De acuerdo con un estudio llevado a cabo por Pavez (2019 en La Tercera, 2019), el 61% de los/as niños/as entrevistados/as ha sufrido discriminación por su género, color de piel, por sus rasgos, por el acento con el que habla, entre otras variables. Asimismo, se señala que un 87,40% de los/as niños/as inmigrantes han sido testigos de violencia indirecta, cifra mayor en regiones como Tarapacá y Antofagasta, y que de acuerdo con Pavez (2017), se explicaría porque en estas regiones las familias inmigrantes llegan a vivir en barrios que ya están segregados y significados como ‘de inmigrantes’, caracterizados por la vulnerabilidad y precariedad de sus viviendas, por el hacinamiento y la falta de acceso a agua, por ejemplo. Además, el 72% de los/as encuestados/as afirma haber sido víctima de violencia por parte del grupo de pares y el 55% por parte de adultos/as. Estas situaciones, sumadas a las relacionadas con las extensas jornadas laborales de los/as padres/madres/familiares que se encuentran a cargo de los/as niños/as (Pavez, 2010, 2012; Tijoux, 2012; Arriagada y Todaro, 2012), no les permiten pasar tiempo con ellos/as, y por tanto deben quedarse solos/as o al cuidado de hermanos/as mayores, dando cuenta de una exposición y una vulneración de esta población a partir de una corta edad.

Niños/as hijos/as de inmigrantes en el sistema de salud chileno

Los niños/as hijos/as de inmigrantes conforman un grupo expuesto a distintos tipos de vulnerabilidades, donde la migración y la salud pueden pensarse como agregados de su situación (Obach et al, 2018).

Analizando los datos proporcionados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) (2017), se puede dar cuenta que un importante número de niños/as y adolescentes inmigrantes de América Latina y el Caribe no cuenta con previsión de salud, representando un 21.3% frente al 1% de niños/as y adolescentes chilenos/as que se encuentran en esta misma situación.

Ahora bien, profesionales de atención de salud, al igual que con sus padres/madres, construyen significados sobre sus personas, prestando atención a atributos que les permiten identificarlos/as más fácilmente dentro de los centros de salud. Un ejemplo es lo señalado por un funcionario del servicio de salud de Recoleta (en Urrutia-Arroyo, 2018), quien caracteriza a la población inmigrante afrodescendiente como “gente de raza negra, son más altos y uno se da cuenta inmediatamente” (p. 7). Asimismo, otra funcionaria del servicio de salud de Independencia agrega, para el caso específico de niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as y/o dominicanos/as, “son como llamativos porque como que da una cierta simpatía; los niñitos son muy lindos, las niñitas también, con sus peinados especiales, no vienen tampoco con una actitud desafiante, ni nada, son bien afables” (p. 7).

Asimismo, y a partir de esta herencia entregada desde padres/madres a hijos/as (Tijoux, 2013), es que los estigmas que se vinculan a las personas inmigrantes también se convierten en estigmas – como marcas negativas – que significan – negativamente – a sus hijos/as. Ejemplo de esto es lo evidenciado en la investigación de Scozia, et al (2014), donde profesionales de salud señalan que, al momento del control de niño sano, se encuentran con características que denotan el poco hábito de limpieza que tendrían niños/as hijos/as de inmigrantes peruanos/as: “Nosotras hacemos control sano, entonces vemos niños, les tenemos que revisar los pies, el pelo, los dientes... entonces se ve que a veces tienen poco hábito de limpieza...” (p. 20).

De esta manera, entonces, hay una serie de atributos que, dentro de los establecimientos de salud y las relaciones sociales que se generan en él, se vuelven relevantes para la significación y caracterización que se llevará a cabo sobre esta población. A partir de los estudios anteriormente mencionados, es posible advertir que estos atributos son variados, pero que permiten establecer una diferencia, un reconocimiento que se ha ido construyendo a partir de características que denotan esta alteridad que se mencionaba con anterioridad, y que se vinculan, además, a los atributos otorgados, en una primera instancia, a sus padres/madres.

Marco Teórico

En el presente apartado se exponen los lineamientos teórico-conceptuales de este estudio, los cuales se centrarán en los atributos, como concepto central, el que será definido desde la teoría de interacción social desarrollada principalmente por Erving Goffman (1970; 1997; 2000; 2006).

De esta manera, y siguiendo al autor, para abarcar y comprender los atributos, se definen y desarrollan los conceptos de interacción social, identidad social real e identidad social virtual, todos elementos que permiten desarrollar y describir los atributos que adquieren relevancia y significado a partir de los encuentros entre sujetos/as en los distintos espacios sociales.

Atributos e interaccionismo simbólico

El concepto de interacción social (Goffman, 1997) da cuenta de cómo los encuentros entre individuos, en presencia física inmediata, buscan generar información respecto del/la otro/a para así definir la situación en la que se encuentran, así como también la identidad de la persona. De este modo, permiten saber de antemano qué es lo que se puede esperar de quienes se encuentran en la interacción, y, por tanto, saber cómo responder ante esta.

De acuerdo con Simmel (2002), en los procesos de interacción recíproca se definen y acuerdan una serie de significados que permiten una comprensión grupal y común respecto del mundo, de sí mismos/as y de los otros/as. Son estas significaciones las que entrelazan a los/as sujetos/as de manera ininterrumpida, dentro de las cuales se vuelve importante la influencia que se tiene sobre los/as otros/as, principalmente en aquellas interacciones que se desarrollan cara a cara. En esta línea, entonces, es posible dar cuenta de cómo estas significaciones y/o atributos se configuran como categorías en las que las personas se pueden posicionar, las cuales se generan y reproducen en los encuentros sociales.

Es a partir de las interacciones sociales, entendidas como un ritual social del que participan las personas (Goffman, 1970), que se logra entregar un significado y un sentido a la realidad social que se pone en práctica: es a partir de estas que se logra concretar un orden social respetado por todos/as quienes participan de este. Collins (2009) señala que, siguiendo la teoría de Goffman (1970), la interacción tiene requisitos para generarse: no se produce si los actores no realizan con propiedad la actuación que deben llevar a cabo. “Así se define la realidad social misma. Las instituciones sociales en que la gente cree participar, su ubicación

en ellas, los papeles que se representan, ninguna de estas cosas existe en sí misma; sólo al ser actuadas devienen reales” (Collins, 2009, p. 34).

A partir de lo anterior, es posible dar cuenta de una mirada performativa en las interacciones sociales. La teoría de Goffman (1970; 1997; 2000; 2006) permite un acercamiento a estas a partir de la mirada teatral. De esta manera, el autor plantea que las interacciones sociales se generan en un escenario, donde cada individuo está representando un papel, es decir, está llevando a cabo una actuación frente a un público, o en el caso de las interacciones menos numerosas, frente a una otredad, que cumple el papel de espectador, y que por tanto puede decidir si lo presentado por la otra persona cumple y está acorde a lo que su apariencia y posición le exige representar.

La puesta en escena, señala Goffman (1997), es una fabricación en colaboración, es decir, no depende únicamente de la persona que está en el escenario, sino que esta tiene un trabajo en equipos, los cuales contribuyen en el manejo y control de la información que se dispone al público. El trabajo del equipo, de la utilería a emplear, así como de la actividad escénica, entregan y permiten, en conjunto, que emerja el ‘sí-mismo’ que se pone en exhibición frente a los/as demás.

En esta línea, el escenario – allí donde se producen los encuentros – se convierte en un espacio de acción, pero que al mismo tiempo entrega información tanto de la actuación cómo de la identidad social virtual de las personas. Permite, a partir de ciertos lineamientos, poner el foco de atención sobre unos atributos más que en otros, entregando entonces significados específicos que trabajan en la definición de la identidad de las personas. “Estos atributos del individuo que actúa no son un simple efecto descrito sobre la base de actuaciones determinadas; son de naturaleza psicobiológica, y no obstante parecen surgir de la interacción íntima con las contingencias de la puesta en escena de las actuaciones” (Goffman, 1997, p. 270). De esta manera, los atributos serán entendidos, de igual forma, como producto de la interpretación que hace el público de lo exhibido en la actuación.

La performance, no obstante, va más allá de la metáfora teatral: “atañe a la estructura de las interacciones sociales, la estructura de esas entidades de la vida social que surgen toda vez que los seres humanos se encuentran unos con otros en presencia física inmediata” (Goffman, 1997, p. 270). Así, entonces, parte importante de los elementos que componen esta estructura,

y que permiten el mantenimiento y la ejecución de la interacción, refieren a la definición de esta, la cual debe ser única y entendida por todos/as; sólo así se logrará llevar a cabo la interacción, siempre y cuando la situación se genere y mantenga acorde a la definición entregada.

En este sentido, la información que se tiene respecto del otro individuo que participará de la interacción forma parte de la definición, y por tanto de la estructura de esta última, permitiendo conocer de antemano qué es lo que se espera que se represente, y qué parte de las cualidades y/o características propias de cada uno/a deben formar parte de la representación o puesta en escena que se va a llevar a cabo. Es esto lo que Goffman (1997; 2006) denomina marco de referencia.

Así, cuando se produce un encuentro entre individuos que no se conocen entre sí, la información que permitirá definir la situación, la interacción, y por tanto el marco de referencia de esta, se completará en función de los indicios de conducta que se pueden recoger de la apariencia y las disposiciones corporales de la otra parte; de la experiencia previa que se puede haber tenido con sujetos/as relativamente similares, o en última instancia, crear un marco de referencia en función de estereotipos que aún no han sido comprobados, es decir, construyendo una identidad social virtual de la otra persona que ayude a entender qué es lo que se puede esperar de la interacción (Goffman, 1997; 2006).

A partir de lo anterior, es posible dar cuenta de la importancia de la información que se tiene respecto del/la otro/a. Esta es entregada a partir de los atributos que virtualmente se le atribuyen a una persona, los cuales pueden estar relacionados con su corporalidad; atributos psicobiológicos; o bien pueden ser atributos socioculturales que, dentro de una interacción específica, adquieren importancia para definir la situación (Goffman, 2006).

Además, y tal como se mencionó anteriormente, las experiencias previas, y por tanto las performances llevadas a cabo forman parte del presente de la persona. Los atributos que se muestran frente a los/as demás deben seguir exhibiéndose en los próximos encuentros. De esta manera, “los otros descubren, entonces, que el individuo les ha informado acerca de lo que «es» y de lo que ellos deberían ver en ese «es»” (Goffman, 1997, p. 25).

Goffman (2006) señala que los atributos deben estudiarse en un lenguaje de relaciones. A partir de la definición de interacciones como “influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata” (Goffman, 1997, p. 27), es posible advertir que todo depende de cómo este atributo sea entendido y valorado dentro de la interacción. Para Goffman (2006) un atributo por sí mismo no adquiere significado, sino que depende de la información que este entregue en una interacción específica, y por tanto del significado que la sociedad produce y atribuye a determinada cualidad; esto, considerando a la sociedad como espacio de interacciones, pero al mismo tiempo, como espectadores que entregan una valoración a los atributos exhibidos.

Se espera que el/la sujeto/a “posea ciertos atributos, capacidades e información que, tomados juntos, concuerden con un yo que al mismo tiempo está unificado en forma coherente y es adecuado para la ocasión” (Goffman, 1970, p. 97). Entonces, para conseguir una definición acorde a lo esperado, y que sea favorable para quien está actuando sobre el escenario, se vuelve necesario potenciar los atributos que son bien recibidos en un determinado establecimiento social; así, el foco recaerá sobre estos y permitirá entonces exhibir lo que, de antemano, se sabe que generará una impresión positiva en los/as demás.

Lo que se produce de este modo entonces, es la construcción de una identidad social virtual en función de “los mismos elementos con los que los demás construyen al principio la identificación personal y social de aquel” (Goffman, 2006, p. 127), es decir, a partir de los atributos que las personas le atribuyen, pero que no refieren, necesariamente, a cualidades comprobables. En este caso, y a diferencia de la identidad personal, el/la sujeto/a tiene ciertas libertades sobre lo que muestra de sí y la manera que pone estos atributos a disposición de los/as otros/as.

Sin embargo, esta libertad puede generar errores en la escena. Frente a situaciones inesperadas, donde no se cumplen las expectativas definidas de antemano a la interacción, se produce un quiebre en esta; “la situación cesa de estar definida, las posiciones previas se vuelven insostenibles, y los participantes se encuentran sin un curso de acción claramente trazado” (Goffman, 1997, p. 258). Se genera una desorganización del pequeño sistema social definido de antemano. El escenario ideal, donde la interacción se lograba llevar a cabo de manera ordenada y metódica, deja de existir. Desaparece el orden social establecido.

Esto genera ciertas disposiciones antes y durante la interacción (Collins, 2009). Tal como se mencionó con anterioridad, los marcos de referencia de los individuos – en tanto existen acciones recíprocamente orientadas (Simmel 2002) –, como también los escenarios sociales en los cuales se va a generar la interacción, permiten conocer de antemano qué esperar de esta. Sin embargo, ante una situación inesperada, es posible advertir una serie de disposiciones por parte de los/as sujetos/as de la interacción, que de acuerdo con Goffman (2000), pueden aparecer como desconcierto, incomodidad, vergüenza o embarazo. De esta manera, estas disposiciones o impresiones en los individuos se entienden como una posibilidad “en todo encuentro cara a cara, y se manifiesta siempre que se siente que un individuo ha proyectado definiciones incompatibles de sí mismo ante los presentes” (p. 41). Sin embargo, estas también pueden aparecer en el/la otro/a sujeto/a de la interacción: extrañeza, incomodidad, desinterés ante la puesta en escena de la otra persona.

Sin embargo, estas impresiones están vinculadas con una multitud de normas, del escenario específico del intercambio social y del desarrollo de este, por lo que la vida diaria está llena de impresiones, disposiciones y valoraciones relacionadas con lineamientos morales que pueden llevar a la discriminación. Por ejemplo, las impresiones que puede generar un/a extraño/a, es decir, un individuo que posee atributos que no guardan relación con la situación y/o escenario en el que se realizará la interacción, genera una disrupción que no permite que esta se lleve a cabo como se esperaba. Las expectativas respecto de la otra persona, las cuales se definen en función de la situación social en la cual se encontrarán, no se cumplen y por tanto la interacción no se lleva a cabo, o bien se concreta, pero no exitosamente.

Clasificación de los atributos

Los atributos, tal como se mencionó con anterioridad, deben ser leídos en un lenguaje de relaciones (Goffman, 2006). Para esto, toda la información que se obtenga sobre una persona en función de los encuentros en los cuales participó será clasificada y valorada en función de la predominancia de dicho atributo.

Así, Goffman (2006) define tres grandes grupos en los cuales es posible categorizar los atributos: atributos corporales; atributos psicológicos/de carácter y atributos socioculturales o tribales, los cuales guardan relación con la raza, nación y religión, susceptibles de ser

transmitidos por herencia y ‘contaminar’ por igual a todos los miembros de una familia (Goffman, 2006, p.14).

Sin embargo, y tal como señalan Marichal y Quiles (2000), estas grandes categorías de atributos parecieran no estar diferenciadas en la realidad social. Los atributos son trabajados, en la cotidianeidad, como información otorgada a distintos grupos, la que sin embargo no estaría tan ordenada en estas distintas clasificaciones, sino que, por el contrario, pareciera relacionarse unas con otras.

Esta información se vuelve relevante en la medida que la diferenciación que se ejerce sobre estos grupos identificados a partir de atributos que denotan una alteridad – como es el caso de las personas inmigrantes y sus hijos/as – no estaría vinculada a una sola categoría, sino que la relación entre estas permitiría trabajar en una teoría del estigma, como ya se mencionó con anterioridad, que legitime y reproduzca una identidad social virtual cargada de elementos característicos que atañen a la persona en general, no sólo a cuestiones físicas, por ejemplo, lo que hace mucho más difícil poder esconder o eliminar estos atributos que deslegitiman, y por tanto, permiten este trato diferenciado.

Problematización

La migración como proceso de investigación supone enfrentarse a nuevas realidades, es decir, a etapas de integración y de acomodación a esta nueva vida que llevan a cabo quienes llegan a residir a nuevos territorios. Para los/as niños/as hijos/as de inmigrantes supone un proceso distinto al de los/as adultos/as, ya que en general la migración se entiende como una decisión de la que no formaron parte, que los/as obliga a dejar sus objetos, espacios, familiares, amigos/as, entre otros; se vive como un duelo que influye en la adaptación que llevan a cabo en la nueva realidad.

Asimismo, sus procesos de adaptación e integración se ven obstruidos por discriminaciones de tipo racistas y xenofóbicas, de caracterizaciones heredadas (Tijoux, 2013) y de discursos de odio que no les permiten un uso óptimo de sus derechos. El hecho de que las migraciones contemporáneas en Chile sean entendidas a partir de la construcción negativa de la figura del/la inmigrante (Stefoni, 2016), los/as expone a la evaluación pública desde una mirada cargada de estereotipos y atributos desacreditadores, los cuales son entendidos como parte de sus realidades, y por tanto los/as mantienen encasillados/as en categorías que perpetúan sus diferencias, su construcción como ‘otros/as’.

Los estudios sobre niños/as hijos/as de inmigrantes han sido poco abordados, y los existentes han tomado como escenarios establecimientos sociales relacionados a colegios (Tijoux, 2013; Pavez, 2017; INDH, 2017) y barrios (Margarit y Bijit, 2014; Stefoni, 2015; Pavez, 2017) para acercarse a la realidad de estos/as sujetos/as invisibilizados/as. Sin embargo, su situación y experiencias en los centros de atención primaria de salud han sido poco estudiadas y suponen un área de investigación interesante, ya que guarda relación con uno de los derechos básicos de las personas, la salud. Se ha demostrado que existen discriminaciones en espacios que entregan servicios y prestaciones relacionadas a este derecho, principalmente hacia personas inmigrantes adultas. Los discursos racistas y xenófobos, las miradas, comentarios al aire, o bien la desestimación de sus consultas son reproducidos por población local como por profesionales y funcionarios/as del área de la salud (Scozia et al, 2014).

Lo anterior guarda relación, tal como se expuso en el apartado del marco teórico, con la respuesta del público – en este caso profesionales de atención primaria de salud – frente a los atributos exhibidos por parte de las personas inmigrantes. El maltrato y la discriminación se

entienden, de esta manera, como parte de las respuestas y disposiciones que aparecen antes y durante la interacción, las cuales no son problematizadas e incluso parecieran naturalizadas en las instituciones, las leyes y el trato que se les entrega en la cotidianeidad (Correa, 2011).

De esta manera, la categoría de ‘inmigrante’ es entendida desde un punto de vista negativo, por lo que las actitudes del resto de las personas – quienes están categorizados/as positivamente, y por tanto tienen una mejor posición y recibimiento en la sociedad – serán realizadas en la misma línea.

Sin embargo, ¿Cuáles son los atributos de la población inmigrante que generan estas actitudes y rechazo? Tal como se evidenció en los antecedentes, hay una serie de características que les son atribuidas a estas comunidades, las cuales son entendidas como negativas y diferentes de lo que se espera de quienes habitan el territorio chileno; no forman parte de la cultura, y difieren de lo entendido como ‘normal’ dentro de la sociedad.

Frente a lo anterior, es importante cuestionarse cómo son entendidos/as niños/as hijos/as de inmigrantes, grupo invisibilizado dentro del entramado de las migraciones contemporáneas, pero que sin embargo reciben un trato similar – el que se genera principalmente en los colegios a los cuales asisten –, frente a lo cual se vuelve necesario conocer sus experiencias en otros establecimientos sociales, donde ciertos atributos adquieren mayor importancia y atención por el resto de población.

Así, el presente estudio se propone trabajar con los centros de salud familiares (CESFAM), en los cuales se entrega atención de salud al público, y que siguiendo lo expuesto en el apartado anterior, son importantes de considerar ya que entregan ciertos lineamientos y marcos de referencia respecto de los atributos que se vuelven relevantes dentro de dicho espacio.

De esta manera, se vuelve necesario, en un primer momento, y considerando el carácter exploratorio del presente estudio, identificar y describir cuáles son los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, por parte de profesionales de atención primaria de salud de los CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago, y Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, ambos dentro de la región Metropolitana.

Así, se accedió a los discursos de siete profesionales de atención primaria de salud, que tal como se mencionó, y a partir de la posición de poder que estos/as sujetos/as adquieren dentro de dicho espacio, son legitimados y reproducidos tanto dentro como fuera de estos establecimientos. Además, estos discursos generan diversas experiencias y disposiciones en la población inmigrante, lo que permitió develar información importante a considerar para el campo de investigación relacionado a las migraciones contemporáneas, contribuyendo a mejorar las condiciones a las que se expone la población inmigrante – y principalmente sus hijos/as – cuando van a tratar su salud.

1. Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud de los CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago, y Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda?

2. Objetivos de investigación:

2.1 General: Describir los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud de los CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de SYantiago y Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

2.2 Específicos:

- a) Identificar los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención primaria de salud de los CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago y Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.
- b) Clasificar los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes a partir de las categorías trabajadas por Goffman: atributos corporales, atributos psicológicos/de carácter y atributos tribales/socioculturales.

3. Relevancias Sociológicas

En primer lugar, esta investigación tiene relevancia política, considerando el contexto nacional e internacional respecto de las migraciones actuales en los distintos países de la región.

Tal como se ha podido dar cuenta, durante el gobierno del presidente Sebastián Piñera el discurso respecto a las migraciones ha sido vinculado a la seguridad bajo el lema de ‘ordenar la casa’: la migración se ha entendido como una ‘problemática’ de gobierno, frente a la cual

se ha vuelto necesaria la producción y reproducción de discursos racistas sobre las personas inmigrantes que llegan a Chile, vinculándolas a la delincuencia y actos relacionados a infracciones a la ley, discursos que buscan instaurar un enfoque de seguridad nacional que ha permitido y originado una serie de expulsiones masivas (Diario Uchile, 2021; CNN Chile, 2021), donde incluso se está expulsando a padres y madres, dejando a sus hijos/as menores de edad en el territorio nacional, pasando a llevar los derechos tanto de niños/as como de sus progenitores, a quienes no se les entrega oportunidad de juicios justos, dejándolos/as sin derecho a defensa, ni protección de sus personas (El Mostrador, 2021).

Por otro lado, la presente investigación pretende ser un aporte a los estudios sobre migraciones contemporáneas, debido al enfoque centrado en los atributos que aparecen en las interacciones que tienen profesionales de atención primaria de salud con niños/as hijos/as de inmigrantes, interacciones mixtas donde el estigma racial se vuelve un elemento central, el cual ha estado presente histórica y estructuralmente desde la formación del Estado Nación chileno.

En lo que concierne al aporte desde la sociología, este estudio se vuelve relevante para las investigaciones centradas en la sociología de la infancia, prestando atención a la construcción de identidad e imagen de niños/as hijos/as de inmigrantes, en tanto sujetos/as que sufren vulneraciones y discriminación en las instituciones sociales, como las de salud.

Marco Metodológico

En el presente apartado se expone la estrategia metodológica utilizada para abordar los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por profesionales de atención, mencionando la técnica de producción y análisis de la información que se utilizaron, así como también la muestra y sus respectivos criterios de selección.

Estrategia metodológica

A partir del enfoque fenomenológico que plantea la presente investigación, en tanto se pretendió responder a la pregunta de investigación a partir de las vivencias, opiniones de los/as mismos/as sujetos/as de estudio (Taylor & Bogdan, 1984), en este caso profesionales del área de salud primaria, es que la estrategia metodológica más pertinente es de tipo cualitativa. Esta se interesa principalmente en el análisis comprensivo de la realidad desde la posición y comprensión de los/as propios/as sujetos/as que se estudian, a partir de la interpretación de sus realidades desde su posicionamiento (Taylor & Bogdan, 1984; Canales, 2006). Todos los elementos que trabajan en la formación del marco de referencia que tienen las personas respecto de ellas mismas son considerados valiosos para la investigación, ya que la estrategia cualitativa no trabaja con variables individuales, sino que se estudia a los/as sujetos/as dentro de sus contextos, considerando “esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan” (Taylor & Bogdan, 1984, p. 20).

En este sentido, al estudiar a los/as profesionales de atención primaria de salud y los atributos que otorgan a niños/as hijos/as de inmigrantes, es necesario tener en cuenta el escenario social como elemento valioso dentro de dicha situación, donde la posición, rol y poder que se les concede a los/as profesionales dentro de los centros de salud primaria determinan sus prácticas, relaciones sociales y la validez de sus discursos frente a niños/as hijos/as de inmigrantes que acceden a la salud pública en calidad de usuarios/as.

Por otro lado, dado el escaso número de estudios relacionados con la atención primaria de salud que reciben niños/as hijos/as de inmigrantes en Chile, el presente estudio se define como Exploratorio - Descriptivo, ya que se buscó explorar, describir y examinar un problema de investigación que ha sido poco trabajado (Abreu, 2012).

Además, el trabajo se define como un estudio de caso, ya que se centró en la especificidad de un grupo de personas (profesionales de atención primaria de salud), quienes son comprendidos/as como una entidad en sí misma (Mertens, 2015). Los resultados y conclusiones a las que se llegó, por tanto, no buscan ser generalizables a una población más amplia, sino que explorar en profundidad la realidad específica que se presenta en este trabajo.

Técnicas de producción de información

El contexto sanitario no permitió llevar a cabo un trabajo de campo en los establecimientos de salud como tal, por lo que la producción de información se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas vía telemática, accediendo de igual forma a los discursos de los/as profesionales de atención primaria de salud desde una fuente primaria, realizadas desde y para la presente investigación. La decisión por este tipo de técnica se debe a que entendemos que los atributos se otorgan y reproducen por los/as sujetos/as a partir de sus interacciones con otros/as, por lo que para acceder a esta información se trabajará principalmente con los discursos de los/as profesionales de atención primaria de salud.

En las entrevistas semi estructuradas, el/la investigador/a establece una relación peculiar a partir de preguntas abiertas y relativamente libres para la obtención de información, la que se expresa en las respuestas verbales y no verbales del/la sujeto/a entrevistado/a (Gainza, 2006). La entrevista permite dar cuenta de esta información no verbal, tal como “la entonación, el ritmo, la voz, los silencios, las pausas, la pronunciación, etc.” (Gainza, 2006, p. 220), ya que se da cuenta de que la información entregada no es un acto mecánico, sino que posee cierta complejidad.

En este sentido, la entrevista asegura condiciones que permitan al/la entrevistado/a elaborar, de acuerdo con su necesidad, respuestas que logren dar cuenta de los significados y sentires respecto a las preguntas realizadas. Así, la labor del/la entrevistador/a remite a guiar – si es necesario – a preguntas que permitan esclarecer la información solicitada y/o mencionada, y principalmente a comprender las claves simbólicas en los discursos del/la entrevistado/a, extraer las significaciones, valoraciones y representaciones de este/a último/a, desde niveles superficiales a niveles de mayor profundidad (Gainza, 2006).

De esta manera, y debido a la especificidad de conocimiento al cual se buscó acceder, además de la escasez de estudios relacionados a este tema, se realizó con preguntas más abiertas, para generar la mayor cantidad de información, y a partir de esta misma, construir preguntas más específicas que permitieran el acercamiento y responder a los objetivos del estudio.

El contenido de la entrevista, por tanto, se basó en una operacionalización de las categorías relacionadas al objeto de investigación – los atributos –, los cuales aparecen y adquieren significado a partir de las interacciones. Así, las entrevistas permitieron organizar preguntas respecto de las características otorgadas a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro del espacio médico, las cuales adquieren relevancia en este contexto, respondiendo así al primer objetivo específico presentado, atributos que serán analizados y posteriormente clasificados, cumpliendo con el segundo objetivo.

Técnica de análisis de información

La información recopilada a partir de las entrevistas permitieron un acercamiento a los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes por parte de profesionales de atención primaria de salud, y se obtuvieron a partir del análisis de los discursos y experiencias mencionadas por los/as profesionales entrevistados/as.

El análisis se llevó a cabo a partir de la técnica del Análisis de Contenido (AC), el que de acuerdo con López (2002), no pretende analizar el estilo del texto, sino que las ideas expresadas en él, el significado de las palabras, temas o frases. Así entonces, esta herramienta se define como un conjunto de técnicas sistémicas que permiten un acercamiento tanto a los datos expresos como los latentes, los cuales cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto en específico (Andreu, 2002).

El análisis de contenido es una técnica que permite tomar el texto, pasar por un nivel intermedio ‘analítico’, que permite avanzar a un nivel interpretativo de la información recopilada. Así, en un primer momento se estudió el texto, identificando temas y dimensiones que consideramos necesarias e importantes para la investigación, las cuales luego fueron analizadas e interpretadas. Al mismo tiempo, se trabajó con dimensiones y categorías relevantes mencionadas en el marco teórico, tales como las disposiciones e identidades sociales, que permiten un acercamiento a los elementos que significan los marcos de referencia producidos por quienes se encuentran en la interacción.

En la misma línea, y en lo que respecta específicamente a los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, se trabajó con las categorías trabajadas por Goffman (2006): atributos corporales/físicos, atributos relacionados a la personalidad/carácter; y atributos socioculturales. Así, y tal como se expuso en el marco teórico, vale considerar que el escenario social entrega información relevante respecto de los atributos que serán considerados como importantes dentro de la puesta en escena por parte de quienes actuarán sobre dicho escenario; de esta manera, entonces, debido a que el trabajo en salud se centra principalmente en el cuerpo de los/as pacientes, los atributos corporales fueron un elemento importante a considerar dentro de los discursos; así también, y considerando que las interacciones sociales se centran en la conversación y el trato que se tiene con los/as otros/as, atributos relacionados a la personalidad de niños/as hijos/as de inmigrantes resultaron significativos, permitiendo un acercamiento al trato que estos/as reciben, y cómo ciertos atributos significan y justifican determinadas actitudes por parte del equipo de profesionales; por último, y considerando las distintas culturas y costumbres con las que llega la población inmigrante, hay ciertos elementos socioculturales que difirieron con lo considerado ‘normal’ dentro de la sociedad chilena, por lo que también se tuvieron en cuenta en el análisis.

De esta manera se configuraron las dimensiones y categorías de análisis con las que se trabajó a lo largo del estudio: los atributos que son otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes se clasificaron a partir de estas tres dimensiones: atributos corporales, atributos psicológicos y atributos socioculturales. Toda la información se obtuvo a partir de los discursos y experiencias de los/as profesionales de atención primaria de salud, y la información fue analizada descriptivamente a partir de las categorías de análisis que permitieron dar cuenta de la relevancia de ciertas características por sobre otras, todo esto entendido dentro del contexto y jerarquías que se producen en los centros de atención primaria de salud.

Muestra

El presente estudio fue definido como una investigación cualitativa, por lo que su muestra fue no probabilística, ya que tal como se mencionó, no había intenciones de que sus resultados y conclusiones fueran generalizables a una población más amplia, sino más bien dar cuenta de discursos y disposiciones por parte de profesionales de atención primaria de salud sobre niños/as hijos/as de inmigrantes en un escenario social en específico.

Así, la definición del universo de la muestra de esta investigación se hizo desde un muestreo tipo bola de nieve (Mendieta, 2015), identificando informantes que estuvieran vinculados/as al fenómeno, en este caso profesionales de atención primaria de salud que trabajaran en el CESFAM Ignacio Domeyko y Lo Valledor Norte, ambos de la región Metropolitana, quienes luego nos proporcionaron nuevos contactos para seguir con las entrevistas.

La selección de ambos CESFAM responde a su ubicación geográfica dentro de la región Metropolitana. El CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago se encuentra ubicado en la comuna con más población inmigrante residente (INE, 2020), y cuenta con el número más alto de niños/as hijos/as de inmigrantes que acceden a la atención en esta comuna, alcanzando los 9.983 (Ver Anexo 1 y 2). Asimismo, cuenta con la mayor cantidad de niños/as hijos/as de inmigrantes inscritos, alcanzando un total de 2.149 (Ver Anexo 1).

Por su parte, el CESFAM Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda se encuentra ubicado en una de las comunas escogidas últimamente por la población inmigrante, especialmente por los colectivos haitianos (ATISBA MONITOR, 2018). Asimismo, el número de niños/as hijos/as de inmigrantes que acceden a la atención en esta comuna alcanza los 890 (Ver Anexo 3 y 4), y el CESFAM alcanza un total de 199 de niños/as hijos/as de inmigrantes inscritos/as (considerando sólo los datos del año 2020, ya que ahí comenzó a funcionar bajo la administración de la comuna. Antes pertenecía al SSMC, por lo que la Municipalidad no contaba con los datos de los años anteriores).

La muestra, entonces, está compuesta por siete profesionales de atención primaria de salud que trabajan en el CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago, y en el CESFAM Lo Valledor Norte de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, los/as cuales fueron caracterizados/as e el análisis a partir de sus especialidades médicas: kinesióloga (2), enfermera pediatra, matrona, enfermera matrona, cirujano dentista y médico generalista.

Análisis de los resultados

En el presente apartado se expone el análisis de los discursos recogidos a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de atención primaria de salud. La presentación se divide en tres apartados respecto de los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, clasificados a partir de las categorías trabajadas desde la teoría de Goffman (2006): a) atributos corporales, b) atributos psicológicos y c) atributos socioculturales, y es a partir de estas que fueron descritos y analizados.

Las citas que se mencionan están identificadas a partir de la especialidad médica que practican los/as entrevistados/as. El análisis que se presenta es una interpretación propia de los discursos de las profesionales, a partir del proceso de transcripción, lectura e interpretación del objeto.

Atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes

Los atributos o características permiten identificar a las personas a partir de los significados vinculados a estos/as, los cuales, tal como se señaló en el apartado del marco teórico, se producen y reproducen en los encuentros con otros/as. Toda la información que se obtiene de una persona forma parte de la interacción, y permite, por tanto, caracterizarla a partir de los atributos evaluados en dichas interacciones sociales.

Sin embargo, hay ciertos atributos que ya han sido significados y relacionados a una identidad social: permiten esperar de antemano con quién se está interactuando. Tal como se mencionaba en los antecedentes, muchas veces los/as profesionales de salud no preguntan sobre la nacionalidad de las personas inmigrantes: pueden reconocerlos/as sin necesidad de hablar con ellos/as (Urrutia-Arroyo, 2018). De esta manera, es posible intuir que existe una imagen que debieran entregar las personas inmigrantes, dependiendo de sus países de origen; habría, por lo tanto, ciertos rasgos o atributos que permiten identificar, de antemano, de donde provienen.

“quizás también preguntar de dónde las personas provienen porque esto tampoco está en las cosas que hacemos, uno lo puede hacer por su cuenta, pero la gente quizás a veces también quiere que los reconozcamos por sus culturas, ese tipo de cosas” (Médico General).

La nacionalidad, tal como señalan Scozia et al (2014), “resulta simbolizar todo un conjunto de caracteres; sostiene una representación acerca de cómo son quienes comparten ese origen” (p. 16). De este modo, la nacionalidad se entiende como un atributo del cual se desprenden características y cualidades que significan a las personas por el hecho de provenir de un determinado país. Estas cualidades se generalizan para todo este grupo poblacional, como algo fijo, estático, sin incongruencias. Asimismo, y siguiendo lo planteado por Correa (2011), la nacionalidad puede comprenderse como un atributo que forma parte del estigma de la ‘raza’; el cual permite la clasificación, exclusión y discriminación de determinados grupos en función de ciertas características ‘biológicas’, las cuales legitiman y significan posiciones de inferioridad frente a grupos considerados como hegemónicos.

Lo anterior guarda relación con la producción de los atributos (Goffman, 2006) que se construyen sobre las personas inmigrantes a partir de información previa, las experiencias con personas de otros países, así como también los estereotipos y prejuicios que se reproducen en torno a sus figuras, que supuestamente permiten conocer de antemano quiénes son, cómo son, generando expectativas y una imagen social virtual que se espera encontrar al momento de interactuar con personas inmigrantes, así como también con sus hijos/as.

¿Qué atributos caracterizan a niños/as hijos/as de inmigrantes? ¿Qué características permiten identificar a esta población? ¿Cuáles atributos han sido ya categorizados sobre sus figuras? ¿Cómo influye la nacionalidad en la producción de este? ¿Qué es lo que marca a niños/as hijos/as de inmigrantes?

1. Atributos Corporales

El cuerpo, dentro del espacio social, se comporta como una herramienta para el encuentro con otros/as, ya que tal como señala Collins (2009) “la presencia corpórea facilita que los humanos copresentes capten sus respectivas señales y expresiones corporales; que compartan igual ritmo y se abismen en movimientos y emociones recíprocos” (p. 92). Es a partir de él que se hace posible el encuentro con otros/as.

Así, el cuerpo expresa y permite la exhibición de una serie de atributos que surgen en las interacciones, los que dentro del campo médico se vuelven relevantes, ya que el cuerpo es el elemento con el que trabajan los/as profesionales de la salud: en él es posible advertir los dolores y la experiencia; se convierte en una marca del individuo, ya que tal como da cuenta

Le Breton (2002), el cuerpo refiere a “un atributo de la persona, un ‘tener’ y no el lugar y el tiempo indiscernibles de la identidad” (p. 33).

Uno de los atributos que se vuelve relevante dentro del campo médico refiere al estado corporal de niños/as hijos/as de inmigrantes. El control de niño sano ocupa un lugar importante en el discurso de los/as entrevistados/as, presentándose como un espacio y una herramienta que permite conocer cómo están creciendo; si están recibiendo los nutrientes necesarios; si están presentando signos de alguna patología, entre otros. Es decir, da cuenta de distintas críticas proveniente de los encuentros con niños/as hijos/as de inmigrantes.

En esta línea, los/as profesionales de salud critican que, a pesar de la obligatoriedad de asistir a estos controles, los/as padres/madres no los/as llevan, y muchas veces tienen que ir a buscar a los/as niños/as a sus casas ya que estos/as no asisten a controles rutinarios, sino que acuden a los centros de salud cuando están enfermos/as, y se vuelve urgente y/o necesaria la asistencia.

“no consultan por controles rutinarios, consultan porque están resfriados, y generalmente están bien resfriados, no llegan cuando tienen una gripe como un catarro, ya tienen algo... una bronquitis o algo más complicado, entonces en mi caso, llegan mal” (Kinesióloga).

“ya cuando el niño se enferma por primera vez y llega muy enfermo, ahí uno le explica y le dice ‘mira, cuando tu hijo tenga fiebre, si en 24 horas no la puedes manejar en la casa, tráelo a un servicio de urgencias; si tu hijo deja de comer, si se decae mucho, tráelo y no esperes que pase más de un día’” (Médico General).

Sin embargo, los discursos de los/as entrevistados/as difieren en esta materia, ya que hay algunos/as profesionales que dan cuenta de la responsabilidad de los/as padres/madres cuando acuden con sus hijos/as a consultas médicas, lo que hacen incluso ‘bromeando’ sobre cómo saben aprovechar muy bien los beneficios y las horas que se entregan en los centros de salud.

“Sí, en general los migrantes son bien responsables, no quieren perder porque bueno, sobre todo los peruanos son súper hábiles para saber cuáles son los beneficios, y no se los pierden, saben cómo entrar al sistema, los estudian, ven por

donde entran, es como dicen las chiquillas 'no se pierden una' [risas]. En general diríamos que la población migrante es bien responsable respecto a sus controles" (Enfermera Matrona).

De esta manera, los controles de niño sano surgen como un espacio relevante para conocer el desarrollo y crecimiento de niños/as, ya que en estos encuentros se van midiendo ciertos patrones y características que les permiten dar cuenta de su estado de salud: los/as entrevistados/as señalan que hay ciertos niveles mínimos, sobre todo en los primeros años, que todos/as deben cumplir, sin importar la cultura.

"los niños que se atienden conmigo tienen carnet de niño sano, entonces independiente que no tengan papeles para estar en Chile, ellos tienen su carnet y sus controles al mes, a los tres, a los seis, a los nueve, al año, con el médico, la nutricionista, la enfermera, tienen todos sus controles" (Kinesióloga).

"nosotros bueno aplicamos pautas de desarrollo psicomotor a los ocho meses, después a los 18 y después a los 3 años, y vamos viendo pequeñas cosas, por ejemplo, a los cuatro meses evaluamos si los niños están expresando algo, si se ríe a carcajadas, si mueve la cabeza de allá para acá, si sigue objetos, etc., son pequeños tics que nos permiten saber si un niño está lo suficientemente estimulado, e independiente de su cultura debería cumplir con esos mínimos" (Enfermera Matrona).

Así, a partir de estas instancias de encuentro entre profesionales y niños/as hijos/as de inmigrantes es que se da cuenta del buen estado de salud de esta población: son niños/as sanos/as, sin mayores complicaciones médicas.

"Yo no he visto niños malnutridos, en su mayoría son niños sanitos como diría [risas]..." (Kinesióloga).

"en general la mayoría llega en buen estado de salud... algunos caen en el enflaquecimiento, pero también la contextura de ellos es así, o sea, probablemente son niños que... ¿cómo yo sé que está creciendo y está nutrido? Es que es un niño alto, está creciendo, tiene los nutrientes para crecer, pero son flacos, porque están todo el día moviéndose, juegan hartito, por lo general estos niños no están sentados

jugando play, están jugando, corriendo, entonces por lo general el estado de salud de los niños haitianos hoy en día es bueno, es bueno” (Médico General).

Las entrevistas advierten cómo la especialidad médica de cada profesional de salud entrega distintos puntos de vista y valoraciones respecto al estado corporal de niños/as hijos/as de inmigrantes. Desde la kinesiología, especialización que trabaja directamente con el cuerpo, se señala que son niños/as sanos/as, no se ha visto malnutrición; desde la medicina general, no obstante, se advierte que algunos/as niños/as caen en el enflaquecimiento, y que esta situación se vería explicada a partir del hecho de que son niños/as activos/as, en constante movimiento. Son niños/as delgados/as, pero con los nutrientes necesarios para crecer y desarrollarse.

Sin embargo, y a pesar del reconocimiento del buen estado de salud de niños/as hijos/as de inmigrantes, los/as entrevistados/as expresan la existencia de algunas diferencias en sus corporalidades: por ejemplo, los/as niños/as hijos/as de haitianos/as se caracterizan, de acuerdo con este discurso, por tener una contextura más delgada, sin caer en la malnutrición – no obstante, como se verá más adelante cuando se mencionan las prácticas alimentarias, sí se refieren a experiencias de malnutrición en esta población.

Se habla de una contextura característica: ‘La contextura de ellos es así’. Ser delgados/as, en el caso de niños/as hijos/as de haitianos/as, se comporta como un atributo que caracteriza y permite identificar a esta población.

“bueno por ejemplo con los niños haitianos ahí se da una situación especial respecto a la medición de los parámetros, porque ellos tienen otra... son niños más grandes, son más fibrosos, tienen otra genética, entonces todas nuestras tablas les quedan chicas” (Enfermera matrona).

En el caso anterior, es importante dar cuenta de tres atributos: en primer lugar, se menciona que niños/as hijos/as de haitianos/as son más grandes, característica que, de acuerdo a los antecedentes presentados (Urrutia-Arroyo, 2018), formaría parte de la identidad social virtual que profesionales de atención primaria de salud han construido sobre las personas haitianas y afrodescendientes: se trataría de un atributo que permite el reconocimiento inmediato de esta población.

En segundo lugar, la entrevista advierte que son niños/as de cuerpos más fibrosos/as, atributo que, como se verá más adelante, es evaluado positivamente por algunos/as profesionales de salud, ya que se vincularía con atributos importantes para un desarrollo más temprano – en comparación con niños/as chilenos/as – de las habilidades y capacidad motora de esta población.

En tercer lugar, se habla de una genética distinta, atributo que explicaría, en parte, las características mencionadas con anterioridad, así como el hecho de que niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as escapen de los parámetros normales en cuanto a medición de ciertas características físicas/biológicas.

De esta manera, es posible advertir que los/as entrevistados/as establecen diferencias en cuanto a la medición de los cuerpos de niños/as hijos/as de inmigrantes a partir de la nacionalidad de estos/as, información que además es entregada como una certeza de la cual se sienten seguros/as.

“en general en su estado de salud no se veía ningún problema, como te decía, lo que veía en los niños [hijos/as de haitianos/as] es que son más grandes, el tema de las hernias umbilicales, ese tipo de cosas, y los niños peruanos se podría decir incluso que son un poquito más bajos” (Enfermera Pediatra).

En la misma línea, la cita anterior además de dar cuenta del buen estado de salud de niños/as, y del hecho de ser más grandes en el caso de hijos/as de inmigrantes haitianos/as, se agrega un atributo que caracteriza e identifica a niños/as hijos/as de peruanos/as: en oposición con lo que sucede con los/as primeros/as, los/as segundos/as se caracterizan por ser más bajos/as, todos atributos que se construyen en comparación con la estatura de niños/as hijos/as de chilenos/as.

Además, lo que relata la enfermera en la cita anterior permite advertir una anomalía en el cuerpo de niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as: tienen hernias umbilicales. Cuando se le pidió desarrollar más la idea, la profesional mencionó lo siguiente:

“en el caso de los niños haitianos es que ellos generalmente, no sé por qué, tenían muchas hernias inguinales, hernias umbilicales, perdón, como que la mayoría que

yo revisé tenían hernias umbilicales y eran muy grandes, así como para su edad, arrancaban mucho de nuestras... tablas como de Chile” (Enfermera Pediatra).

Para esta enfermera, los/as niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as mostrarían mayor presencia de hernias de gran tamaño, sin entregar mayor información respecto a las causas, diagnósticos o pronósticos. Sin embargo, las compara con las hernias que presentan niños/as chilenos/as.

En la misma línea, una médico generalista agrega que hay presencia de malformaciones en los/as niños/as provenientes de Haití, malformaciones que nunca fueron tratadas en su país de origen, y que la atención primaria en Chile no puede dar apropiado tratamiento por no estar a tiempo. Sin embargo, la entrevistada señala que hay necesidad de continuar con este.

“malformaciones que traen niños a veces desde Haití y que allá les deben haber dicho “no, ya no se hace nada”, pie plano por ejemplo que nunca fueron tratados, rodillas, genu valgo que nunca fueron tratadas y que aquí llegamos un poco tarde pero igual hay que tratarlo” (Médico general).

Lo anterior da cuenta de atributos corporales que desacreditan a quienes los exhiben, y que llaman la atención de los/as profesionales. Las malformaciones o las abominaciones del cuerpo son elementos que Goffman (2006) trabaja como atributos estigmatizadores, y que generan tratos distintos, distancias sociales, e incluso la discriminación y exclusión de quienes los portan.

De esta manera, es posible advertir cómo los/as profesionales entrevistados/as van construyendo atributos vinculados a características corporales y tratamientos de manera que los/as niños/as hijos/as de inmigrantes se van caracterizando a partir de la diferencia, la cual además se vincula con sus países de origen.

Ahora bien, y volviendo a lo mencionado por una de las entrevistadas respecto a una ‘genética’ distinta, a lo largo de las entrevistas se pudo dar cuenta de opiniones sobre atributos del cuerpo vinculados al conocimiento médico que poseen y que complican el ejercicio de su trabajo. En la siguiente cita así lo menciona una cirujano dentista, cuando se refiere a la morfología haitiana y la forma del hueso.

“Ah y no sé, no te lo había mencionado, hay algunas particularidades de la odontología que son más complejas en los pacientes haitianos, como son pacientes negros tienen otra morfología, otra forma del hueso, entonces igual había procedimientos que se complicaban mucho más que con los pacientes chilenos” (Cirujano dentista).

Las personas afrodescendientes tendrían una morfología distinta en sus huesos por el hecho de ser afrodescendientes, y hacer parte de la ‘raza negra’, lo que incluso posibilitaría en estos pacientes tener un corazón más grande, tal como lo advierte la cita que se presenta a continuación. Asimismo, una médico generalista agrega que los/as niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as presentan dermatitis. Estas afirmaciones vincularían los estados de salud al origen y al color de piel, lo que da cuenta de que se comienza a distinguir un atributo.

“no necesariamente de Haití, pero la raza negra en general tiene mayor, tiene mayor posibilidad de hacer aumento de corazón, por ejemplo” (Kinesióloga).

“ah y lo más más que uno encuentra en los niños haitianos es el tema de... alteraciones dermatológicas... es super frecuente las dermatitis principalmente porque su piel está hecha para un ambiente más húmedo” (Médico General).

Las citas anteriores dan cuenta de la construcción de atributos corporales que los podrían predisponer a procedimientos más complicados, y estar fuera de los parámetros ‘normales’, e incluso desarrollar complicaciones médicas, como aumento de corazón, o ciertas patologías en la piel, porque esta no estaría hecha para nuestro clima.

Existirían, para estos profesionales, patologías propiamente haitianas, en razón de su origen y color de piel, las cuales además son enseñadas y aprendidas en cursos de interculturalidad que establecen como conocimiento diferencias ‘biológicas’ dependiendo del color de piel.

“Hice uno [curso de interculturalidad] de enfermedades de población afrodescendiente, porque las enfermedades de ellos igual son distintas a las nuestras, y muchas veces un síntoma de alguien que siempre se ha criado aquí se manifiesta super distinto a alguien de allí” (Kinesióloga).

Sin embargo, es posible dar cuenta como ciertos diagnósticos de niños/as hijos/as de inmigrantes no refieren, necesariamente, a características corporales, sino que más bien se

verían explicadas por otras razones. Al respecto, una enfermera matrona refiere a la existencia de ‘diagnósticos raros’, mientras que una kinesióloga señala que existen patologías propias de los países de origen.

“También vimos en la población venezolana diagnósticos raros [risas], como fiebres especiales, los médicos nos contaban de síndromes nefróticos, renal, pero bueno, buscaban explicaciones médicas porque traían tantos niños determinados diagnósticos” (Enfermera Matrona).

“Me acordé del caso de una chiquitita en particular, que ella es de República Dominicana y ella tenía una patología que es muy frecuente allá pero que acá en Chile no tanto y por ejemplo en ella el diagnóstico de esa enfermedad se demoró un poco más, pero era porque en Chile no estaban los médicos especializados en esa enfermedad” (Kinesióloga).

Ahora bien, y volviendo a las ‘características genéticas’, hay ciertos atributos que han llamado la atención de profesionales de salud desde un punto de vista positivo: en cuanto al desarrollo psicomotor, los/as entrevistados/as señalan que niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as se desarrollarían mucho más rápido que los/as niños/as chilenos/as. La musculatura de los/as niños/as haitianos/as surge como una novedad respecto de su desarrollo psicomotor.

“también yo he observado, en los temas de desarrollo psicomotor, por ejemplo no sé si hay características genéticas de musculatura en los haitianos, que me llaman la atención que por ejemplo cuando uno evalúa el desarrollo psicomotor, ellos tienen mayor desarrollo de la movilidad, por ejemplo, los niños a los 4 meses ya se están sentando solos y nosotros eso lo vemos recién como a los seis meses en los niños chilenos” (Enfermera matrona).

Sin embargo, una médico generalista advierte de la ‘crianza en el suelo’ como causa para la mayor fortaleza del cuerpo, cuestión que ella vincula a una comunidad que tiene ‘pocos recursos’: se relaciona la manera de criar con atributos corporales en razón de dificultades económicas. Nuevamente surge la comparación con los/as niños/as que no están en el suelo, para valorar positivamente a quién es criado en el suelo.

“una forma de crianza que tienen ellos es la crianza en el suelo, por lo general les ponen una mantita y el niño está en el piso, y que de cierta manera si uno lo mira, cuando hay pocos recursos... es algo super seguro porque el niño nunca se va a caer de la cama, de la cuna, nada, y probablemente va a empezar a caminar, sus músculos van a ser mucho más fuerte que un niño que está acostaito’ en la cuna todo el día, así que tiene sus cosas buenas igual” (Médico General).

A partir de lo anterior, es posible dar cuenta como, dependiendo de la especialidad de cada profesional, se encuentran distintos discursos y enfoques que permiten valorar y significar los atributos construidos sobre niños/as hijos/as de inmigrantes. El desarrollo psicomotor, en esta línea, es explicado desde distintos puntos de vista: por un lado, la enfermera matrona cree que este estaría vinculado a estas características genéticas propias de niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as, específicamente por tener cuerpos ‘más fibrosos/as’ y con un mejor desarrollo de la musculatura. Por otro lado, la médico generalista explica que el desarrollo psicomotor se debería a la ‘crianza en el suelo’, la cual les entregaría mayor libertad de movimiento a los/as niños/as, lo que al mismo tiempo les permite caminar y desarrollar sus músculos a temprana edad.

No obstante, y a pesar de esta apreciación ‘positiva’ respecto de las condiciones y formas de crianza de la población inmigrante haitiana con sus hijos/as, se sigue dando cuenta de una inferioridad y situación de precarización que, si bien caracteriza en mayor medida a las personas inmigrantes adultas y que responde a cuestiones vinculadas a los determinantes sociales de la salud, son elementos que aparecen para caracterizar y justificar atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes: la frase ‘cuando hay pocos recursos’ se pone en relación a una situación con efectos psicomotores positivamente valorados, sin embargo, de las entrevistas se desprende que no se trata de condiciones óptimas, ni consideradas ‘normales’ para como los/as entrevistados/as entienden que debe ser la crianza en Chile. Esto guarda relación con lo mencionado por Goffman (2006), para quien el grupo estigmatizador atribuye ciertas características positivas al grupo estigmatizado, sin embargo, estas características se construyen como atributos no deseados.

“más allá de una raza, la forma de crianza, de alguna u otra manera igual predispone ciertas patologías o condiciones en los niños que no se dan tanto en los

chilenos, por ejemplo la displasia de cadera, ellos no... en su gran mayoría, ahora ya se les educa y todo” (Kinesióloga).

Para los/as entrevistados/as sería posible dar cuenta respecto de cómo la crianza de niños/as hijos/as de inmigrantes también podría generar disposiciones a trastornos o condiciones como displasia. No es una cuestión relacionada al país de origen o color de la piel, sino que responde a la forma de crianza, la cual cómo se mencionaba con anterioridad, ocurre cuando ‘hay pocos recursos’, además de ser mucho más libre, incluso despreocupada. Dentro de la medicina local este trastorno también está presente en niños/as hijos/as de chilenos/as, sin embargo, tomando en cuenta el segundo discurso, cuando se trata de niños/as chilenos/as estas situaciones estarían constantemente vigiladas y evaluadas en los primeros meses de edad, mientras que en el caso de niños/as hijos/as de inmigrantes esto no se lograba, ya sea por falta de información, o porque llegaban – como en el caso de las malformaciones – con este trastorno ya presente, de manera que los procedimientos o tratamientos se demoran más en funcionar. No obstante, y de acuerdo con el último discurso, pareciera haber dejado de ser un problema de salud recurrente en esta población.

“empezamos a abrir la atención a niños de 2, 4, 1 mes, los menores de un año, para no perder atenciones, para no perder... porque los niños de los 2 meses hay que pedirles la radiografía de pelvis para ver que no tengan displasia, entonces para no perder garantías” (Enfermera Matrona).

“y si ese niño no viene al control sano tenemos que ir a buscarlo a su casa, tenemos que obligarles a que se vayan a tomar la radiografía de cadera, eso en verdad no es algo que se vea mucho” (Médico General).

En definitiva, entonces, es posible advertir una serie de atributos vinculados al cuerpo de niños/as hijos/as de inmigrantes que residen en Chile, los/as que estarían condicionados/as, además, por la nacionalidad: son niños/as saludables, sin caer en la malnutrición, sin embargo, en el caso de niños/as hijos/as de haitianos/as son delgados/as, tienen una textura que los/as caracteriza; son niños/as más grandes, más fibrosos/as; tienen otra genética. En el caso de niños/as hijos/as de peruanos/as, son niños/as más bajos/as.

El hecho de que se asuman características distintivas por nacionalidad llama la atención ya que entrega pistas que dan cuenta que la fisiología, por sí misma, no sería la única variable que explica la aparición de atributos y/o enfermedades específicas, por ejemplo, sino que habría atributos socioculturales (como dio cuenta la profesional respecto al desarrollo psicomotor) que explicarían estas diferencias ‘genéticas’ que se reproducen y aprenden en los cursos de medicina intercultural.

“Entonces, sí, patologías propias de ellos... por lo menos en el curso [de interculturalidad] que yo hice hay muchas patologías que son propias por ejemplo de la gente de color negra, entonces ese tipo de cosas creo hay que tener ojo a futuro” (Kinesióloga).

En esta línea, es posible advertir cómo el color de piel así como la genética propia de los/as niños/as hijos/as de inmigrantes los/as predispondría a desarrollar enfermedades específicas, ante las cuales ‘hay que tener ojo’, precaución y/o preocupación que pareciera estar relacionada con la peligrosidad que estas patologías traerían para nosotros/as. Lo anterior puede ser comprendido como un elemento parte de la teoría del estigma (Goffman, 2006) que se produce en torno a la población inmigrante, el que permite justificar la discriminación y exclusión de estos/as a partir de ciertos atributos, que en este caso se relacionan con la biología y el color de piel de esta población.

De esta manera, entonces, los atributos asociados a la supuesta ‘genética distinta’ de los/as niños/as hijos/as de inmigrantes genera diferencias que, en el contexto chileno, permite comprenderlos/as como diferentes, los/as posiciona ‘fuera de los parámetros normales chilenos’, produciendo y reforzando esta imagen de alteridad que ya se construyó en torno a la figura de sus progenitores.

Si bien dentro de los discursos presentados se aprecian atributos evaluados positivamente respecto a las corporalidades de niños/as hijos/as de inmigrantes – tales como el desarrollo psicomotor, o el hecho de que sean niños/as activos/as –, lo que llama la atención de los/as profesionales son aquellos atributos que escapan de lo convencional chileno. Las características vinculadas a enfermedades ‘específicas’ de esta población, la morfología de los/as pacientes hijos/as de haitianos/as, así como también las complicaciones que estos atributos traerían para los procedimientos médicos y/o tratamientos son elementos que

parecen caracterizar en mayor medida a niños/as hijos/as de inmigrantes, dando cuenta de una polarización en la construcción de atributos sobre esta población que los/as posiciona y define fuera del nosotros chileno.

2. Atributos Psicológicos/de carácter

Los atributos vinculados al carácter de niños/as hijos/as de inmigrantes permiten dar cuenta de una diversidad de disposiciones y actitudes que éstos/as pueden tomar, y que en el espacio clínico cobran relevancia para la interacción que se llevará a cabo.

Si bien los/as profesionales interactúan con los/as niños/as hijos/as de inmigrantes que atienden, las indicaciones, como también las opiniones médicas, se las entregan a los/as padres/madres que los/as acompañan cuando son atendidos/as, tal como se señala en las citas presentadas a continuación:

“el tratar con los padres, más que con los niños, porque yo por lo menos trabajo en sala IRA, son niñitos chicos, entonces en verdad las indicaciones son para los padres, no para los niños” (Kinesióloga).

“siempre explicarle a la mamá lo que queremos hacer, y darle cualquier instrucción” (Kinesióloga).

Sin embargo, y a pesar de que la comunicación se genera en mayor medida entre la población adulta, niños/as hijos/as de inmigrantes se caracterizan por dejar buenas primeras impresiones en los/as profesionales de salud: son niños/as ‘extrovertidos/as’, ‘resilientes’, ‘muy tiernos/as’, ‘muy educados/as’, ‘muy respetuosos/as’; en definitiva, muy buenos/as niños/as:

“Nos ha tocado mucho niño venezolano también, muy educados, son un encanto de niño en general [risas], no nos ha tocado ningún chucky todavía, así como chucky chucky no, son buenos niños, sí” (Kinesióloga).

“En la atención, en general con todos había una relación... es que a mí me gustan mucho los niños, entonces en general tenía una buena relación con los niños. Y por ejemplo con los niños haitianos generaban esa ternura como te decía, pero en general bien, al menos en mi punto de vista nunca tuve ningún problema con ningún niño de otra comunidad” (Enfermera Pediatra).

“son muy ordenados, son... ¿cuál es la palabra?, son respetuosos, siguen muy bien indicaciones, respetan mucho a sus papás y... eso, son muy lindos” (Cirujano Dentista).

Al igual que en el caso de los atributos corporales de niños/as hijos/as de inmigrantes, los atributos psicológicos parecieran vincularse a la nacionalidad de estos/as niños/as: en el caso de los/as hijos/as de venezolanos/as, se señala que son muy educados/as, mientras que niños/as hijos/as de haitianos/as se caracterizan por generar mucha ternura.

Esta evaluación positiva de los/as profesionales tiene consecuencias directas en las interacciones, las disposiciones por parte del equipo profesional y el trato que reciben en la atención de salud: de acuerdo con los/as profesionales, esta valoración positiva que se tiene sobre esta parte de la población genera que el trato que tengan con estos/as niños/as sea incluso mejor que el que se tiene con el resto de la población.

“El trato es incluso hasta mejor [risas], porque por ejemplo los niños haitianos como que son muy tiernos, como que caen muy bien. En general como que a todos les encantaba atender a un niño haitiano” (Enfermera pediatra).

Sin embargo, la edad de llegada de niños/as hijos/as de inmigrantes, así como también los años que llevan residiendo en Chile, son variables que cobran relevancia al momento de exhibir ciertos atributos por sobre otros, los cuales no tienen la misma evaluación que los señalados anteriormente.

El proceso migratorio, en el caso de las familias peruanas, se caracterizaría por el hecho de que los/as niños/as se quedan en su país de origen, mientras sus madres/padres son quienes llegan a Chile buscando mejores condiciones de vida.

“por ejemplo los peruanos... al principio, los primeros años de la migración, lo que a mí me impresionaba y a varios compañeros era que como que tenían los hijos y los tenían que mandar a Perú para seguir trabajando acá, y eso nos llamaba la atención al principio, esto de una necesidad económica, mandar a los hijos a Perú para que los cuidarán allá los abuelos, con el tiempo eso fue cambiando, porque la familia peruana empezó a traer a sus familias, entonces ya los cuidaban aquí en Chile sus padres” (Enfermera Matrona).

En este proceso, niños/as hijos/as de peruanos/as que llegan en edades más avanzadas – entrando a la adolescencia – se caracterizarían por cierta inadaptación a la sociedad chilena; la sensación de no pertenecer a esta sociedad genera diferencias importantes en la disposición que tiene esta población de interactuar e integrarse, por ejemplo, en los sistemas de salud.

“yo creo que están un poco inadaptadas todavía, no inadaptadas en el sentido de la personalidad, sino que se estaban recién adaptando a la sociedad chilena, que de repente no se querían venir, me pasaba con algunas que me decían “no me quería venir pero mi mamá me trajo, estaba pololeando allá en Perú y mi mamá creyó que me iba a embarazar y me trajo para acá”, entonces, ahí dependiendo también de las circunstancias, pero así en general, de las que yo he atendido, unas con otras no, no tenían mucha diferencia, sobre todo si son niñas que han vivido unos cuantos años acá en Chile” (Matrona).

En esta línea, entonces, la edad es una variable que incide en la presentación de ciertos atributos vinculados a la personalidad de niños/as hijos/as de inmigrantes. Asimismo, los años que llevan residiendo en Chile trabaja como una variable que permite disimular las diferencias que pueden encontrarse entre niños/as hijos/as de inmigrantes con niños/as chilenos/as.

Sin embargo, la reunificación familiar muchas veces no es bien vista por los/as niños/as – de acuerdo a lo que aprecian los/as profesionales de salud –, sobre todo cuando entran a la adolescencia: algunos/as no querían dejar su país de origen, se sintieron obligados/as a venir a un país del que no se sienten parte, y eso generaría ciertos comportamientos negativos e irrespetuosos, principalmente con sus progenitores.

“tú has visto que la mujer llegó con una niña de cierta edad y tú ves que ha ido creciendo un poco, y tú ves que en realidad la mamá tiene razón, porque de repente en las atenciones de la mamá ella le decía “es que tu soy la tonta” y eran niñas chicas, porque algunas niñas son un poco complicás” (Matrona).

No obstante, en general las relaciones que han tenido profesionales de atención primaria de salud con los/as hijos/as de inmigrantes han sido con niños/as pequeños/as que son apreciados/as por las características positivas que comentaban los/as entrevistados/as, como

ser ‘tiernos/as’, ‘buenos/as niños/as’, etc. Por otro lado, también permite generar diferencias y distancias con niños/as chilenos/as: pareciera ser inevitable comparar la personalidad de niños/as hijos/as de inmigrantes (principalmente haitianos/as) con la personalidad de niños/as chilenos/as.

“la verdad es que si uno compara el perfil de personalidad que tiene el niño chileno y el perfil de personalidad que tiene un niño haitiano, si po’, son mucho más extrovertidos [niños/as hijos/as de haitianos/as], o sea como que en todas las áreas conversan un poco más lo que les pasa... es más fácil como llegar a ellos” (Médico general).

En definitiva, niños/as hijos/as de inmigrantes se caracterizarían por ser buenos/as niños/as; extrovertidos/as, responsables, resilientes, ordenados/as; respetuosos/as, educados/as y tiernos/as. Sin embargo, y a partir del relato de dos profesionales que rompen el consenso, se pudo dar cuenta de cómo el proceso migratorio tardío, en el caso de niños/as hijos/as de inmigrantes peruanos/as, marca su personalidad; la reunificación familiar en una edad más avanzada, y según los/as entrevistados/as, puede implicar inadaptación en la sociedad de destino, que se puede traducir, en algunos casos, en actitudes groseras y faltas de respeto.

3. Atributos Socioculturales

Los atributos que más aparecen en torno a la figura de niños/as hijos/as de inmigrantes son interpretaciones asociadas a la cultura de sus países de origen, o de sus padres/madres. La cultura es tratada como un todo estático, sin dar espacio a visibilizar el carácter dinámico que puede tener este elemento dentro de la construcción de identidad de las personas, y cómo el lugar de residencia trabaja como una variable significativa dentro de dicha construcción.

Uno de los elementos principales que caracteriza y define tanto la interacción que se llevará a cabo como también a quienes comparten el espacio guarda relación con el idioma. Para el caso de poblaciones inmigrantes no hispanohablantes (como es el caso de personas provenientes de Haití o China, por ejemplo) el saber español se comporta como un atributo valorado dentro del espacio de la consulta.

En esta línea, como lo advierte una enfermera, los/as niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as se caracterizan por conocer más el español que sus padres/madres. Lo anterior

daría cuenta que estos/as niños/as tienen mayor comprensión por el hecho de manejar más idiomas. Es de toda obviedad que estos/as niños/as que nacen o han llegado a Chile a corta edad manejen la lengua de este país, y por tanto, tal como ocurre en todo país de inmigrantes donde se hablan distintas lenguas, se conviertan en traductores de sus padres, madres, familiares y/o cercanos.

“yo intento también con ellos que dentro de lo que lo educo es que aprendan, que no dejen su lengua nativa, que les enseñen los dos idiomas, tanto español como creole, por un tema de que ya está estudiado que los niños que manejan más idiomas tienen más capacidades de comprensión, tienen otras habilidades” (Enfermera matrona).

“por lo general los chicos [haitianos]... yo diría que un 99% habla español, entonces ellos incluso les traducen a las mamás” (Médico General).

Frente a la complejidad del no conocimiento de una lengua que genera una turbación en el curso esperado de la interacción (Goffman, 1970), los/as hijos/as de haitianos/as han tomado el rol de facilitadores lingüísticos (cuando el centro de salud no cuenta con ellos/as) entre sus progenitores y los/as profesionales de salud, permitiendo – o intentando – contribuir a generar una comunicación fluida entre ambas partes, que permita llevar a cabo el encuentro, al mismo tiempo que les entrega visibilidad dentro de la escena.

“Son bastante extrovertidos, por lo general manejan mejor el español en el caso de los haitianos, y son ellos quienes se comunican con los padres, a veces hacen ellos de facilitadores” (Kinesióloga).

“pero los niños en general son super resilientes, como que le dan no más, además a veces ellos igual actúan como facilitadores interculturales de la familia, porque muchas veces los papás no saben hablar español y los niños llegan a Chile y a la semana están en el colegio y dándole no más” (Cirujano dentista).

El hecho de hablar español les permite acceder a este rol apreciado positivamente por los/as profesionales de salud, lo que repercute de igual forma en las interacciones que se darán en dicho espacio.

Sin embargo, el rol y la valoración positiva de este atributo no se mantiene a lo largo de la interacción, ya que hay una serie de elementos culturales vinculados a sus cotidianidades en sus países de origen que en el contexto chileno rompen con las definiciones previas de los encuentros que se llevan a cabo en los centros de atención primaria, turbando con esto el encuentro, y haciendo surgir nuevos roles (por parte de los/as profesionales) y disposiciones a la atención.

Niños/as hijos/as de inmigrantes son caracterizados/as por tener una dieta y patrones de consumo menos saludables que los/as niños/as chilenos/as: desde muy temprana edad, niños/as hijos/as de inmigrantes consumen alimentos que no les entregarían los nutrientes necesarios para su etapa de crecimiento, alejándose de las costumbres chilenas y lo que, desde el punto de vista médico, es ‘óptimo’ para sus respectivas edades.

“nos encontramos con el tema en los venezolanos, de que ellos tienen muy instaurado el tema de su alimentación con las arepas, la introducían precozmente en la alimentación, para nosotros era complicado ese tema porque nosotros insertamos la sopita de verduras y carne, y de ahí empezamos de a poco” (Enfermera matrona).

“les hacían unas galletas maría, de estas redonditas, las molían, les echaban miel y se las daban, a comer, entonces tú dices... un niño de 2 años con eso [risas]. Entonces hay que educarlos, pero hay que educarlos desde la base de que los estás casi reformando” (Kinesióloga).

“me decían “yo le voy a dar una agüita de pescado al niño” y yo le decía “¿pescado?, pero igual el niño tiene 6 meses, todavía no puede consumir pescado”, o por ejemplo cosas como darles agüitas de anís, agüitas de... que no son tan de costumbres nuestras” (Enfermera Pediatra).

La alimentación de niños/as hijos/as de inmigrantes está muy relacionada con las costumbres de sus respectivos países y culturas. Asimismo, los patrones de alimentación se entienden como un espacio de aprendizaje para la población inmigrante, y específicamente para niños/as, ya que tal como se mencionó en los antecedentes, se comporta como un determinante social de la salud que a lo largo de las entrevistas queda en evidencia: si bien,

en un primer momento, y tal como se señaló en los atributos corporales, no se reconoce malnutrición en niños/as hijos/as de inmigrantes, si se evidencian casos de desnutrición, enfermedades gastrointestinales, diabetes e hipertensión a muy temprana edad, patologías asociadas a prácticas alimentarias y otros determinantes sociales, como la pobreza.

“sí, hay niños que estaban enflaquecidos, pero en Chile igual, como que finalmente responde a otros determinantes sociales, como la pobreza, estar en cierta parte te va a condicionar a tener desnutrición, nutrición por exceso” (Kinesióloga).

“además como nosotros tomamos rápidamente a los niños, empieza a estudiarse la desnutrición, primero ver cuál es la causa, generalmente es déficit alimentario no más, formas de alimentarse, como te decía a veces no hay mucha lactancia, rápidamente pasan a las fórmulas lácteas artificiales, entonces por ahí nosotros seguimos insistiendo” (Enfermera Matrona).

“tu no la percibirías en un niño chico, sobre todo las diferencias en eso, son niños chicos, guagüitas, niños de un año... y bueno, en su alimentación ellos son muy condimentados para todo, ellos todo lo comen con mucho condimento, mucha fritura, entonces la comida de nosotros para ellos [risas], por ejemplo, a nosotros nos llamó mucho la atención que muy jóvenes son diabéticos e hipertensos, y yo creo que eso tiene que ver con su forma de alimentarse” (Matrona).

Las prácticas alimentarias vinculadas a la cultura de origen de las personas inmigrantes, de acuerdo a lo señalado a lo largo de las entrevistas, parecieran volverse problemáticas en la medida que son alimentos que no estarían entregando los nutrientes necesarios para el desarrollo de niños/as, caracterizándose, por tanto, como una población vulnerable a estar malnutridos/as o nutridos/as en exceso, o desarrollar enfermedades crónicas a muy temprana edad.

No obstante, en algunos casos los/as profesionales, después de hacer una serie de preguntas y entregar afirmaciones que suponen una crítica a los cambios alimentarios a los cuales se tendrían que enfrentar niños/as hijos/as de inmigrantes – y también sus familias –, afirman que se debe educar ‘desde la base del respeto y con la evidencia’.

“y porque tú le estás diciendo de la noche a la mañana que ella cambie su alimentación si siempre se ha alimentado de cierta manera y siempre ha estado bien, ¿por qué va a tener que cambiar? ¿por qué usted está ahí y se lo está diciendo?” (Matrona).

“tú les vas a cambiar todo un hábito de vida, como se crio su madre, como se criaron ellos, como criaron a sus primeros hijos que siguen en sus país, y no solamente digo Haití, en Venezuela, Colombia, tienen otra forma de criar, otra forma de nutrir, y ellos dicen “si yo desde chico hice eso, y estoy sano, y no tengo nada, ¿por qué a mi hijo le va a pasar algo?”, entonces, yo creo que hay que educar pero desde la base del respeto y con la evidencia, porque no te voy a creer porque me dices rojo, tendría que demostrar porque es rojo” (Kinesióloga).

“hay que ver que sirve y que no sirve, y quizás a ciertos niños eso si les sirve y a otros no... entonces más allá de si la forma chilena es la correcta, es como estar más abierto a ver qué sirve, qué creencias tienen ellos, qué cosas nos pueden ayudar a nosotros, más de esa mirada... más un aprendizaje mutuo que sólo como ‘yo sé todo y ustedes no’” (Kinesióloga).

Es interesante comprobar, a partir de las citas anteriores, que hay voluntad intercultural por conocer al/la otro/a y a sus creencias con el propósito de incorporarlas al quehacer profesional y conseguir, de esta manera, un aprendizaje mutuo. Pese a lo anterior, es posible advertir que se siguen reproduciendo ciertos estereotipos y prejuicios, que se comprueban en la cita presentada a continuación, cuando un médico se burla de la alimentación haitiana:

“han contado ellos mismos que en su país comen perros [risas], y aquí claramente no es muy bien visto, ellos se han ido adaptando y la mayoría ya no come perros pero... si les pusieran los perros para comer se los comerían obviamente...” (Médico general).

Sin embargo, desde la mirada de una cirujano dentista, la alimentación de niños/as hijos/as de inmigrantes es valorada positivamente, y sería una de las razones que explicarían que esta población tenga una buena salud bucal:

“Y en general los niños, yo lo que me fijé, la mayoría o muchos estaban en muy buenas condiciones de salud. Igual tiene que ver más con su dieta, ellos quizás no consumen mucho alimento procesado, o que tengan muchos azúcares, entonces eso igual se traduce en mejor salud oral” (Cirujano dentista).

En esta línea, es importante retomar la tesis de Goffman (2006) respecto a los atributos y cómo estos deben ser leídos en un lenguaje de relaciones. Un atributo por sí mismo no tiene un significado, sino que este depende de cómo se integra en este papel que está representando la persona frente al otro/a: un atributo, en este caso, la nutrición, no estaría calificada negativamente – como lo está – si no fuera por cómo se entiende en el contexto chileno y en la atención médica en sí misma. Asimismo, y desde otra mirada – alejada de los nutrientes – esta alimentación, desvalorizada en los otros discursos, es positiva y destacada en esos términos ya que permite que esta población esté en buenas condiciones de salud, principalmente en lo relacionado a salud bucal.

Ahora bien, algunos de los atributos culturales que se le adjudican a niños/as hijos/as de inmigrantes están muy relacionados con la crianza que han tenido por parte de sus progenitores, crianza que es distinta a la que se le entrega a los/as niños/as en Chile, y por tanto genera comparaciones que posicionan a las personas inmigrantes como menos capacitados/as para criar a sus hijos/as en la perspectiva de los/as entrevistados/as.

“es el tema de las costumbres. Yo he notado que en general en la gente peruana que el niño está muy descuidado, como que no... no hay una preocupación tan... o sea no es que no sean preocupados, lo que pasa es que yo creo que es distinta la crianza” (Enfermera pediatra).

En la cita anterior se puede advertir como la nacionalidad se utiliza, nuevamente, como un atributo que, vinculado con otras características, permite identificar y caracterizar a niños/as hijos/as de inmigrantes peruanos. La crianza es un elemento que permite distinguirlos/as del nosotros/as, la cual se traduce, en este caso, en el hecho de que los/as niños/as estén descuidados/as.

Lo anterior se vincula, tal como se señala en la cita presentada a continuación, con las condiciones de habitabilidad y acceso al agua, por ejemplo, que tienen las comunidades de

inmigrantes en Chile, todos elementos que trabajan como determinantes sociales de la salud que aparecen al momento de la interacción con profesionales de atención primaria de salud, y permiten caracterizar a niños/as hijos/as de inmigrantes.

“la población peruana que llegó a condiciones de pobreza, inicialmente, a vivir en cites, muy hacinados, a lugares más complejos en términos de vivienda; los haitianos siguen en esa situación, porque como son población más pobre y les dificulta mucho el idioma, las condiciones acá, también hay más como yo siento más resistencia hacia ellos” (Enfermera matrona).

“sino que uno le da un poco más de énfasis [a la atención], porque sabemos que tenemos que buscar más vulnerabilidades (...), de repente uno busca, intenta buscar esas cosas” (Médico general).

De esta manera, niños/as hijos/as de inmigrantes se van caracterizando a partir de lo que los/as profesionales entrevistados/as consideran vulnerabilidad, la que aparece vinculada principalmente a las condiciones sociales en las que vive la población inmigrante en Chile. La entrevista que sigue da cuenta de las consecuencias que tienen las condiciones sociales de existencia de las familias que viven en situación de pobreza, y en donde los/as niños/as, principalmente los/as más pequeños/as, tienen mayores posibilidades de contagio de enfermedades de tipo respiratoria, por ejemplo. Para los/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as, su cabello rizado, según señala esta médico generalista, promueve la pediculosis por el hecho de vivir en condiciones de hacinamiento. Esto último, sumado a la falta de agua, la falta de espacio, entre otros elementos, los/as expone a situaciones de precariedad, así como también a patologías más infecciosas, las cuales se caracterizan por ser los principales motivos de consulta en los centros de salud primaria.

“Sí po’, por ejemplo, en invierno... este año no se vio mucho por el tema del COVID pero era super común la bronquiolitis o síntomas bronquiales obstructivos, que finalmente estos bichitos se pegan más porque viven en un ambiente con hacinamiento, entonces tengo mil veces más posibilidades de que se me contagien todos los niños de la casa con el mismo virus, algunos quedan... entre más chiquititos obviamente el cuadro es más grave pero, como son virus que se transmiten en gotitas, son los que más se ve que tienen en verano, o sea en invierno.

Que otra cosa más, la pediculosis también es bien común y es un poco difícil porque tienen los pelitos con tanto rulito y el aseo de la cabeza es un poco más difícil, ese igual es más común pero también es super esperable si se relacionan con muchos niños” (Médico General).

La pediculosis aparece asociada al hacinamiento, pero también a la higiene del cabello, el cual se vería dificultado por el pelo más rizado de niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as. De esta manera, la falta de acceso al agua, y por tanto el impedimento para el aseo diario se van configurando como un atributo que caracteriza a esta población. Esta situación, que se genera principalmente en el caso de personas provenientes de Haití, explicaría en parte porque niños/as no tienen la costumbre de bañarse diariamente, características que se atribuyen también a niños/as hijos/as de inmigrantes peruanos/as y bolivianos/as.

“yo entiendo que allá no tienen acceso al agua, al baño todos los días, que aquí está, pero finalmente ellos vienen con la costumbre de que el niño resfriado no se baña, o al niño se le baña una o dos veces a la semana” (Médico general).

“Pero por ejemplo quizás la gente más de... peruana, boliviana, sentía yo que tenían un poco más descuido en la presentación personal, por lo que te decía, quizás para ellos la higiene no es diaria, es día por medio, dos veces por semana, entonces igual ese tipo de cosas son diferentes” (Enfermera pediatra).

“Eso, bueno igual sí escuché varios comentarios, así como medios prejuiciosos, así como respecto al olor de los pacientes haitianos, en ese sentido, ese tipo de cosas... eso, eso así” (Cirujano dentista).

Los sentidos, en este caso el olfato, se configura como un elemento que nos permite diferenciar. El cuerpo de los/as pacientes haitianos/as tendría un olor característico, el cual es menospreciado, no gusta, no invita al encuentro.

De esta manera, la ‘falta de aseo diario’ y el ‘olor característico de pacientes inmigrantes’ se comportan como atributos que desacreditan (Goffman, 2006) a niños/as hijos/as de inmigrantes: las normas sanitarias se comprenden como un deber establecido y acatado como innegable en la sociedad de destino, las que no se estarían cumpliendo, generando una

turbación en la interacción que posiciona y define a niños/as hijos/as de inmigrantes como ‘diferentes’ ante los ojos de los/as otros/as normales, advirtiendo un proceso de estigmatización presente en la población inmigrante.

Además de lo anterior, los/as niños/as hijos/as de inmigrantes son observados/as positivamente por el cuidado de su vestimenta, ‘andan limpiecitos’, a pesar de que no visten con ropas nuevas:

“Bueno, también cuando van al consultorio las mamás les ponen las mejores pilchas, los van a revisar, les van a sacar la ropita, pero por lo general no, no andan vestidos con ropita nueva ni nada, pero andan limpiecitos... como muchos los mocos colgando, un clásico, pero se da en todos, chilenos o extranjeros, da igual” (Kinesióloga).

A partir de la cita anterior, es posible advertir varios elementos que caracterizan las primeras impresiones que se generan en estos espacios: dentro de la cultura chilena y sus costumbres, la cita con los/as profesionales de salud se caracterizaría por escoger una ropa decente para la ocasión, ya que se sabe que se dirige a una evaluación médica, la que no sólo refiere a las enfermedades o malestares, sino que es un espacio donde las personas buscan causar una buena impresión. Sin embargo, el hecho de que niños/as hijos/as de inmigrantes no vistan ropas nuevas rompe, de cierta manera, con la definición previa de las interacciones que se desarrollan en los espacios de salud, otorgando una evaluación negativa que, como se señala en las citas presentadas a continuación, son elementos que marcan y desacreditan a esta población.

“por ejemplo a mí me pasó que una señora le quedaba chico los zapatos así que le rompió el fondo, la parte de delante de los zapatos y se hizo una colecta para comprarle zapatos al niño” (Kinesióloga).

“O sea sí llama la atención, y se conversa finalmente cuando alguien hace un control sano y el niño estaba muy sucio... finalmente claro, es una conversación que sale en el comedor, así como “hoy día vi este niño y me impresionó lo sucio que estaba, de hecho lo derive con asistente social porque en verdad creo que hay que echar un ojo, cómo están las condiciones de la casa, quizás no pueden pagar el

agua” o hay niños que han llegado sin zapatos, que uno dice “en este siglo ¿cómo nadie tiene zapatos?” y no tienen zapatos y los traen a pata pelá’ y yo creo que esas si, esas cosas han incidido y si es algo que se ha comentado” (Médico general).

Estos encuentros que escapan de lo convencional perduran en la memoria de los/as profesionales de salud y, tal como se señala en el último extracto, son elementos que se comentan y forman parte de la identidad social virtual (Goffman, 2006) que se construye en torno a niños/as hijos/as de inmigrantes; conversaciones que permiten construir atributos vinculados a la precariedad, falta de higiene, así como también de vestuario óptimo en niños/as hijos/as de inmigrantes, caracterizándolos/as a partir de estas situaciones que parecieran contribuir al descrédito de esta población.

Asimismo, el ‘andar mal vestido/a’ se asocia a las condiciones de pobreza que caracterizarían tanto a niños/as como a la población inmigrante en general. Las colectas de ropa dan cuenta de una situación y concepción generalizada en torno a esta población.

“la municipalidad tenía un stock en donde les facilitaban ropa, parkas, zapatos, ropa abrigada porque ellos no tenían ese tipo de ropa porque en Haití no hay invierno, entonces siempre llegaban con sus ropas de verano acá, y la municipalidad les proporcionaba ropa adecuada” (Matrona).

“recuerdo haber hecho, visto, muchas así “juntamos ropa, necesitamos ropa de niños de 5 años, de meses, de guaguas, bufandas” entonces en las juntas de vecinos se ponían y regalaban toda la ropa” (Enfermera Matrona).

Por otro lado, resulta relevante dar cuenta de la percepción que los/as entrevistados/as tienen sobre los/as niños/as hijos/as de inmigrantes, que si bien son niños/as chilenos/as, en tanto están naciendo en el territorio nacional, llevan consigo dicha condición: la condición migrante. A este respecto se refieren los/as profesionales:

“la mayor parte de los nacimientos son de niños que van a ser chilenos pero van a ser de padres extranjeros” (Matrona).

“poco a poco van dejando de ser inmigrantes porque los niños muchos nacieron aquí, son chilenos, son hijos de inmigrantes, que es distinto, y creo que poco a poco lo han ido entendiendo” (Kinesióloga).

“como que de aquí a unos años más de a poco se empiece a integrar más esta idea y poder generar más espacios y que la gente que es migrante se sienta más cómoda en este lugar, porque al final los hijos de inmigrantes terminan siendo chilenos, así que es importante que los vayamos integrando como tal” (Enfermera Pediatra).

En definitiva, entonces, los atributos socioculturales que permitirían identificar y caracterizar a niños/as hijos/as de inmigrantes se vinculan principalmente con las costumbres propias de sus países de origen, las cuales son significadas a partir de la diferencia con lo considerado ‘normal’ en Chile: ciertos patrones alimentarios, así como también hábitos de limpieza y presentación personal son elementos que desacreditan a niños/as hijos/as de inmigrantes, al mismo tiempo que rompen con el equilibrio definido de antemano para las interacciones sociales que se llevan a cabo en el contexto, principalmente, de control de niño sano.

Así también, es importante mencionar como todos estos atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes guardan relación con determinantes sociales tales como la pobreza, el hacinamiento y la falta de acceso al agua. Vivir en condiciones precarias pareciera reforzar estos atributos que desacreditan a esta población, lo que incide directamente en las disposiciones que tendrán tanto profesionales como funcionarios/as de atender a estas comunidades, y otorgarles acceso a un derecho tan básico como lo es la salud.

Conclusiones

Las conclusiones de la investigación se presentan en dos partes: en primer lugar, se da cuenta de los principales hallazgos trabajados a partir de las entrevistas a profesionales de atención primaria de salud, los cuales dan respuesta a la pregunta y objetivos de investigación planteados al inicio de esta. En segundo lugar, se presentan algunas reflexiones finales en torno al objeto de estudio, así como también a nuevas interrogantes y lineamientos generales nacidos a partir del trabajo realizado, para trabajar en próximas investigaciones relacionadas al área de la sociología centrada en las migraciones contemporáneas y los significados que son otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de las instituciones públicas y sociales de Chile.

El objetivo general de la presente investigación buscaba describir los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes dentro de los centros de salud familiar, desde la mirada de profesionales de atención primaria de salud. De esta manera, y considerando a los atributos como elementos que caracterizan a una persona y permiten identificarla dentro del plano social, es que entendemos que los atributos deben ser leídos en un lenguaje de relaciones (Goffman, 2006), donde algunos de ellos cobrarán especial relevancia dentro de determinados espacios sociales, mientras que otros pasarán desapercibidos por el resto de las personas del encuentro social.

De acuerdo a los discursos de los/as profesionales de atención primaria de salud, es posible advertir que la comuna y los años que esta lleva recibiendo y atendiendo a población inmigrante – y específicamente a niños/as hijos/as de inmigrantes – no influye en los atributos otorgados a estos/as últimos/as, ya que los discursos y experiencias compartidas en esta investigación no difieren entre sí, e incluso parecieran complementarse entre ellas, sin importar el centro de salud al cual pertenecen los/as entrevistados/as.

Tal como se mencionó en el apartado del marco metodológico, la comuna de Santiago cuenta con un número importante de niños/as hijos/as de inmigrantes inscritos/as en los centros de salud primaria de la comuna, lo que, sin embargo, no se tradujo en una significación y caracterización distintiva respecto de esta población. No obstante, sí fue posible advertir, específicamente en el centro familiar de salud Ignacio Domeyko, dos variables que

influyeron en la profundidad de los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, principalmente en características centradas en la personalidad de estos/as: por un lado, los años de servicio de los/as profesionales de este centro de salud; y, por otro lado, el hecho de que Santiago fuera una de las primeras comunas de la región Metropolitana en recibir población inmigrante.

De esta manera, y centrándonos en los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes que acuden a estos centros de salud en calidad de usuarios/as, encontramos que los discursos de profesionales de atención primaria de salud se basan en caracterizaciones generalizantes en torno a atributos físicos vinculados a la nacionalidad de estos/as niños/as: por ejemplo, se señala que niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as portan ciertas malformaciones y anomalías en sus cuerpos. Las hernias umbilicales, por ejemplo, se comportan como un atributo que desacredita a quien se le atribuye, ya que, siguiendo la teoría de Goffman (2006), actúan como abominaciones del cuerpo que generan distancia e incluso actos de discriminación en quienes las portan. Asimismo, este tipo de característica es comparada en cuanto a su tamaño con lo que se considera ‘normal’ de acuerdo a las tablas de medición chilenas, llamando la atención de los/as profesionales, ya que estas serían mucho más grandes que la medición ‘óptima’ para niños/as en edades más tempranas.

En la misma línea, la estatura, la musculatura, así como el color de la piel se comportan como características que se vuelven relevantes en estos espacios, ya que permiten identificar a esta población sin necesidad de preguntar su nacionalidad. Estos atributos, que se entienden en relación a una genética distinta a la chilena, forman parte de la identidad social virtual esperada (Goffman, 2006) en niños/as hijos/as de inmigrantes afrodescendientes, y principalmente de niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as; situación que difiere para el resto de los/as niños/as hijos/as de inmigrantes de otras nacionalidades: niños/as hijos/as de peruanos/as, de bolivianos/as no serían tan diferentes a nosotros/as.

La genética se configura, en este sentido, como un elemento que permite construir y otorgar ciertos atributos a niños/as hijos/as de inmigrantes, específicamente afrodescendientes, que legitiman estas diferencias; incluso permitiendo y reproduciendo discursos donde ciertas enfermedades son entendidas como parte de su naturaleza: porque son ‘pacientes negros/as’

tienen más disposiciones a ciertas patologías, tales como aumento de corazón o dermatitis, ante las cuales, además, ‘hay que tener ojo’.

La precaución y/o preocupación presente en los discursos de los/as profesionales cuando se habla de las patologías propias de esta población advierten una distancia respecto a niños/as hijos/as de inmigrantes, así como también una violencia explícita que posiciona y caracteriza a esta población a partir de la ‘peligrosidad’ que sus cuerpos y su genética representan para nosotros/as, elementos que pueden ser comprendidos, además, como parte de una teoría del estigma (Goffman, 2006) en construcción respecto de esta población.

De acuerdo a lo señalado por Goffman (2006) nosotros/as en tanto ‘normales’ buscamos explicar la inferioridad característica de esta población a partir de atributos que denotan la peligrosidad que sus personas suponen para ‘nuestros’ espacios, y donde la genética, en este caso, pareciera ser uno de los elementos centrales ante los cuales generar y construir distancias, en tanto son elementos que biológicamente nos hacen ‘diferentes’, atributos que no compartimos y por tanto nos permiten significarlos/as como *Otros/as*.

Sin embargo, la evaluación médica, en ambos centros de salud es positiva: los/as profesionales dan cuenta que niños/as hijos/as de inmigrantes tienen un buen estado de salud, están creciendo como corresponde, no obstante, son significados principalmente a partir de los atributos anteriormente mencionados.

Lo anterior se vuelve relevante en la medida que los cuerpos son revestidos de significados a partir de las interacciones sociales que se producen en los distintos y múltiples encuentros cotidianos. Todos los movimientos, disposiciones y acciones que involucren la corporalidad son evaluados en función de las normas sociales imperantes en el contexto en el que se encuentren; tal como señala Le Breton (2002) “recuerda que las acciones que tejen la trama de la vida cotidiana, desde las más triviales y de las que menos nos damos cuenta, hasta las que se producen en la escena pública, implican la intervención de la corporeidad” (p. 7).

En este sentido, los atributos corporales, y el cuerpo en general, se vuelve un espacio lleno de interacciones y significados sociales: de acuerdo con Castillo (1997), “tal y como expone la cuestión Bryan S. Turner, el cuerpo ofrece de por sí una amplia superficie apropiada para exhibir pública y notoriamente marcas de posición familiar, rango social, afiliación tribal y

religiosa, edad y sexo” (p. 10). De esta manera, los atributos vinculados a los cuerpos de niños/as hijos/as de inmigrantes permiten exhibir, públicamente, marcas que los/as asocian a la migración: portan en sus cuerpos características ‘fuera de lo normal’ desde el punto de vista clínico chileno. Estas características, además, permiten exhibir otros atributos vinculados a una cultura ‘distinta’, a ciertas costumbres significadas como diferentes que permiten la exclusión de quienes son entendidos/as como alteridad.

Sin embargo, y a pesar de que los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes centrados en sus cuerpos y en su genética no son del todo positivos, los/as profesionales de salud no son indiferentes a ciertas ventajas objetivas que tendrían los/as niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as por sobre los/as niños/as chilenos: la fibrosidad de sus cuerpos, vinculada a la musculatura propia de la población afrodescendiente, les permitirían un desarrollo psicomotor más temprano; características que permiten mirarlos con ‘buenos ojos’ frente a lo que pueden enseñarnos.

En la misma línea, los atributos vinculados a características psicológicas generan disposiciones distintas a su trato: el hecho de que niños/as hijos/as de inmigrantes sean caracterizados/as por ser ‘buenos/as niños/as’, ‘educados/as’, ‘respetuosos/as’ y ‘resilientes’ les permiten acceder a una mejor atención de salud, son atributos destacados en sus personas.

Sin embargo, la edad de llegada – en el caso de niños/as hijos/as de inmigrantes que vivieron la experiencia de la migración tardía – así como el tiempo que llevan residiendo en Chile cobran relevancia en la exhibición de atributos relacionados a su carácter: para el caso de niños/as hijos/as de peruanos/as que llegan a Chile en un proceso de reunificación familiar, se evidencian características que desacreditan sus personalidades: se habla de una inadaptación a la sociedad chilena, la cual se ejemplifica a partir de disposiciones más bien negativas a la interacción con la población chilena, así como también el hecho de que sean groseros/as con sus padres/madres, a quienes culpan y responsabilizan por el hecho de haber tenido que dejar su país de origen y venir a un territorio desconocido.

Lo anterior da cuenta de un proceso migratorio donde la opinión de niños/as e incluso adolescentes no es tomada en cuenta, y, que de acuerdo con Suárez (2010), habla de un atropello hacia esta población, el cual puede provocar cambios en la personalidad, tales como

los señalados en los discursos de los/as profesionales: faltas de respeto y reacciones negativas en contra de sus progenitores.

Asimismo, la inadaptación es un elemento que forma parte del proceso migratorio: el comprenderse como extranjero/a (Simmel, 2012), como alguien que está fuera de la sociedad, posiblemente generará cambios a nivel de personalidad, así como también en las prácticas – principalmente vinculadas a las costumbres propias de los países de origen – que pueden significar un motivo de discriminación por parte de los/as chilenos/as.

En esta línea, aparecen los atributos socioculturales que son otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes, los cuales guardan relación con una cultura de la crianza distinta: el caso de niños/as hijos/as de haitianos/as llama la atención de los/as profesionales, ya que es una crianza en el suelo. En contextos socioeconómicos de mayor precariedad (los que se relacionan, en general, con las comunidades de inmigrantes que llegan a vivir a Chile), el tener a los/as niños/as en el suelo se vuelve una opción segura para estos/as, la que además explicaría, de acuerdo con una profesional de salud, el desarrollo psicomotor más temprano en esta población.

Además, y vinculado a temas de crianza, niños/as hijos/as de inmigrantes se caracterizan por una higiene y presentación personal descuidada: si bien en algunas de las entrevistas se da cuenta que niños/as no llegan sucios/as a la atención, en la mayoría de los discursos se menciona cómo estos/as no tendrían la costumbre de bañarse diariamente, sino que lo harían una o dos veces a la semana, sobre todo si están enfermos/as. Asimismo, el descuido en el aseo personal – junto con otras variables – los/as predispondría a contraer enfermedades respiratorias, como también patologías relacionadas a la pediculosis y la dermatitis, la que se desarrollaría por la falta de humectación en sus pieles, considerando que su piel ‘no está hecha’ para el clima chileno.

La higiene, en esta línea, se vuelve un atributo importante dentro del espacio clínico, ya que remite a una norma cultural imperante en determinadas sociedades, y que en el caso de Chile se configura como una característica para marcar distancia y diferencias. El ‘descuido en el aseo personal’ que se critica de modo permanente a las personas migrantes permite la aparición de comentarios prejuiciosos y discursos relacionados a las costumbres culturales

de quienes llegan de fuera, así como también vinculados al cuerpo: el olor, el color, las prácticas de higiene (Butler, 2002) son todos elementos que denotan una diferencia significada negativamente, así como también la idea de ‘estar fuera’ de lo establecido como ‘normal’ y ‘común’.

En relación con lo anterior, la vestimenta que ocupan niños/as no estaría en óptimas condiciones, ni tampoco les entregaría el abrigo necesario en climas más fríos. El episodio del niño que llegó a atenderse sin zapatos marcó, de cierta manera, las percepciones y representaciones producidas sobre esta población: es una experiencia presente en la memoria de los/as profesionales, que generó comentarios de pasillo entre los equipos médicos, y que significó negativamente a este niño, así como también a la comunidad inmigrante, dando cuenta como experiencias individuales pueden formar parte y contribuir a la construcción de una identidad social virtual desacreditada sobre niños/as hijos/as de inmigrantes.

El tema de la vestimenta y la presentación personal de niños/as dentro de los centros de salud remite a la dimensión de apariencia trabajada por Le Breton (2002), entendida como “medio deliberado de difundir una información sobre uno mismo” (p. 82). En esta línea, al momento de interactuar con un/a otro/a, la forma de presentarse estéticamente cobra relevancia para ambas partes de la interacción. De esta manera, tanto la higiene como la presentación personal se comportan como atributos decisivos respecto del trato que recibirán durante el encuentro, en tanto se comprende que la presentación personal física de la persona remite, al mismo tiempo, a la presentación moral del sujeto/a (Le Breton, 2002).

Por último, la malnutrición sería un atributo que caracterizaría a niños/as hijos/as de inmigrantes, el cual es asociado a una situación de pobreza y precariedad que, afín con las costumbres y patrones de alimentación de sus países de orígenes, no les permite alimentarse de manera ‘correcta’ y por tanto recibir los nutrientes necesarios para su crecimiento.

Esta situación es llamativa, ya que tal como se mencionó en el apartado de atributos corporales, niños/as hijos/as de inmigrantes se caracterizarían por tener un buen estado de salud. Se asume que, por sus características biológicas, tienen una contextura más delgada y pueden caer en el enflaquecimiento, sin embargo, en cuanto a cuestiones relacionadas específicamente con el plano médico, no se hablaba de malnutrición.

No obstante, la alimentación asociada a las costumbres y las comidas características de sus países de origen se configura como un elemento evaluado negativamente dentro del espacio clínico, y que genera incongruencias en la interacción. Los alimentos que consumen niños/as hijos/as de inmigrantes – las arepas, las aguñitas de pescado, galletas con miel, entre otros – escapan de lo considerado ‘normal’ en el contexto chileno, rompiendo con las definiciones previas y acordadas en la sociedad chilena, lo que genera una turbación en el encuentro entre profesionales de salud chilenos/as y niños/as hijos/as de inmigrantes, así como también con sus familias.

Frente a este tipo de situaciones, profesionales de salud señalan que se vuelve necesario ‘educar’ a esta población, – por supuesto desde los parámetros chilenos – lo que guarda relación con lo señalado por Foucault (2000) respecto de la disciplina y el control; se crean ‘normas’ respecto de cómo se debe ser, hacer y producir. En esta línea, la forma de alimentación que los padres inmigrantes les entregan a sus hijos/as parece escapar de la ‘norma’ social chilena, ante lo cual es necesario enseñarles cómo alimentarse (así como también a sus padres/madres). O sea se les debe enseñar que es lo que se debe o no comer. O que es lo ‘correcto’ de una alimentación.

Sin embargo, un elemento que llama la atención remite a las reflexiones que surgen por parte de los/as entrevistados/as respecto a este rol que tendrían dentro de la atención: si bien la educación que pueden impartir dentro del espacio de la consulta pareciera ser necesaria para la definición de la interacción, así como también para una correcta entrega de la información, los/as profesionales se cuestionan la necesidad de ‘cambiar’ las costumbres de niños/as hijos/as de inmigrantes, principalmente en lo que refiere a patrones de alimentación.

Lo anterior se vuelve relevante en la medida en que, de acuerdo con Navarrete (2017), es común que con la llegada de inmigrantes a los países de destino se genere un proceso unilateral de adaptación, con el que “se espera que los inmigrantes renuncien a sus características distintivas en lo lingüístico, lo cultural o lo social, para confundirse con la mayoría de la población” (p. 184). En este caso, los/as profesionales no estarían impartiendo una educación centrada en ‘eliminar’ las características propias de esta población, sino que más bien buscando un punto de equilibrio que permita, por un lado, que la información entregada al momento de la atención sea entendida y seguida de acuerdo a lo estimado como

necesario para mejorar el estado de salud del/la paciente, y por otro lado, mantener esos atributos que definen y significan a esta población, vinculados principalmente a costumbres propias de su cultura.

Otro elemento a destacar guarda relación con la posición que ocupan los determinantes sociales al momento de la interacción, así como también su relación con la visibilización de ciertos atributos. La pobreza, las condiciones de habitabilidad vinculadas al hacinamiento, así como la falta de acceso al agua son todos elementos que aparecen y marcan la vida de las comunidades inmigrantes que habitan en Chile, poniendo énfasis, además, en atributos tales como la crianza en el suelo, la falta de higiene, así como la aparición de enfermedades contagiosas – tales como los resfriados, o la pediculosis.

Sin embargo, en los discursos de los/as profesionales es posible advertir cómo estos determinantes sociales parecieran caracterizar, en sí mismos, a niños/as hijos/as de inmigrantes; son entendidos como atributos otorgados a sus personas que no responden a condiciones estructurales, sino más bien como elementos característicos de los/as inmigrantes, los que además generan ciertas reacciones de lejanía y ambigüedad.

Lo anterior permitiría pensar los determinantes sociales de la salud como atributos que forman parte de la teoría del estigma que se construye en torno a las comunidades de inmigrantes: las condiciones de precarización de estas poblaciones se comprenden como algo dado, como una característica objetiva y que va en la línea de los imaginarios que se han construido en torno a la figura del/la inmigrante y, por tanto, de sus hijos/as.

Ahora bien, uno de los elementos centrales de esta investigación son las especialidades médicas de los/as profesionales entrevistados/as y como ellas les permiten relacionar y significar de manera distinta ciertos atributos. Tal como se mencionó con anterioridad, es en las interacciones donde surgen y se significan las características que forman parte de la identidad social virtual otorgada a las personas (Goffman, 2006), por lo que los conocimientos específicos de los/as profesionales les permiten identificar, significar y evaluar de manera distinta ciertos atributos que se vuelven relevantes al momento de la atención, entregando diversas opiniones respecto a las razones que explican, por ejemplo, la aparición de ciertas enfermedades que estarían presentes en una población más que en otra; la prevalencia de ciertos atributos que llaman la atención al momento de la atención, tal como

lo señalado respecto al desarrollo psicomotor más temprano en niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as; o el caso de los patrones de alimentación, evaluados negativamente a lo largo de las entrevistas, pero que en el caso de una cirujano dentista, permite evidenciar un buen estado de salud de niños/as, principalmente en lo que refiere a salud bucal.

De esta manera, entonces, y dando respuesta a la pregunta de investigación, los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes guardan relación, en primer lugar, con su nacionalidad, la cual se vincula, de acuerdo con los relatos de los/as entrevistados/as, con características corporales y genéticas: es posible advertir diferencias de estatura dependiendo de la nacionalidad (más altos/as, en el caso de hijos/as de inmigrantes haitianos/as; más bajos/as, en el caso de hijos/as de inmigrantes peruanos/as); diferencias genéticas (niños/as hijos/as de inmigrantes haitianos/as son más fibrosos/as, tienen hernias más grandes que los/as niños/as chilenos/as), las cuales además los/as predisponen a enfermedades que se comprenden y significan como patologías propias de los países de origen.

Asimismo, y, en segundo lugar, los atributos vinculados a costumbres propias de sus países de origen – tales como los patrones de alimentación, o el hábito de higiene – son elementos que desacreditan a niños/as hijos/as de inmigrantes, los cuales sumados a los atributos corporales los significan y permiten comprenderlos/as como distintos/as a nosotros/as.

Lo anterior va en la línea de la definición que se ha construido en torno a las migraciones contemporáneas, las cuales son entendidas a partir de la significación negativa de la figura del/la inmigrante (Stefoni, 2016), en donde los atributos otorgados y que significan, por tanto, a esta población, se vinculan a características distintivas y con carga negativa, atributos desacreditadores que, siguiendo lo planteado por Tijoux (2013), pueden ser heredados a sus hijos/as.

Sin embargo, es interesante dar cuenta cómo los atributos corporales y biológicos que, si bien llaman la atención e incluso generan cierta precaución en los/as profesionales respecto al futuro de las enfermedades presentes en Chile, no son los más problemáticos dentro del espacio clínico. Tal como se pudo advertir en los discursos de los/as profesionales de atención primaria, el ‘problema’ son las costumbres, son sus hábitos y prácticas las que generan mayor incongruencia y rompen con la definición propia de la atención, generando cambios en las

disposiciones de los/as profesionales, así como también nuevos roles en estos/as, tales como la labor de educación que imparten a las comunidades de inmigrantes.

Las ‘diferencias culturales’ (que son evaluadas desde la cultura chilena entendida como la ‘buena’ cultura) o más bien lo que serían las costumbres que traen consigo niños/as hijos/as de inmigrantes constituyen hoy en día uno de los elementos centrales para ejercer diferencias, oprimir y excluir a quien es comprendido/a como distinto/a (Balibar y Wallerstein, 1988). En esta línea, la alimentación, la higiene y la presentación personal, así como también las condiciones de habitabilidad a las que pueden acceder, se configuran todos como elementos disruptivos y que desacreditan a niños/as hijos/as de inmigrantes. Permiten el establecimiento de distancias que no son las mismas distancias que se producen con las personas chilenas de menos recursos: en este caso, las personas que se excluyen no son sólo pobres, sino que son pobres e hijos/as de inmigrantes.

Ser hijos/as de inmigrantes pareciera constituirse, entonces, como un atributo en sí mismo (Tijoux, 2013), el que de acuerdo con García Borrego (2003), los/as coloca en oposición a los/as ‘autóctonos/as’, agregando que “esta sustantivización de un participio activo presenta todos los rasgos de una atribución identitaria estigmatizante, esto es, la atribución a otros de una identidad negativamente cargada que, superponiéndose a cualquier otro rasgo suyo, se convierte en su atributo principal y definitorio” (p. 4). Es esta condición la que aumenta su exclusión; ser hijo/a de inmigrante – y todos los atributos asociados a este – se comporta como un atributo que desacredita y que, por más que pase el tiempo, siempre le entregará significado a su persona, el cual no es valorado positivamente en la sociedad de destino.

En definitiva, entonces, los atributos otorgados a niños/as hijos/as de inmigrantes parecieran responder, en cierta medida, a la categoría que los marca y define. Son *hijos/as de inmigrantes*, ese es el rol que toman en la interacción, y es a partir de esta categoría que se van construyendo y otorgando ciertos atributos, que los/as posicionan y significan como *Otros/as*, fuera del nosotros/as chilenos/as.

En esta línea, es importante comprender y estudiar a estas comunidades desde la definición que se va construyendo en torno a la figura del/la hijo/a de inmigrante que aparece en el espacio público, y cuáles son sus implicancias en esta construcción de alteridad. Siguiendo

lo postulado por Alcalde Campos (2011), si bien el/la inmigrante es entendido a partir de esta diferencia, esta se encuentra cada vez más vinculada a la estigmatización que sufre la migración en general. Se generan diversas dinámicas sociales que permiten legitimar características que producen y reproducen un desequilibrio de poder, procesos de exclusión y desigualdad que se traducen en las barreras implementadas contra la población inmigrante y sus hijos/as, que entorpecen el uso óptimo de sus derechos a salud.

Establecer una distancia entre ‘ellos/as’ y ‘nosotros/as’ produce situaciones de violencia que son reproducidas en los distintos espacios sociales: desde el Estado, con una ley que establece en uno de sus artículos que no se criminalizará la migración pero que, sin embargo, está realizando expulsiones masivas sin motivo más que el hecho de ser inmigrante irregular (Martínez, 2021; Revista Sur, 2021); por los medios de comunicación que contribuyen en la construcción de un imaginario que vincula a los grupos de inmigrantes con la criminalización (Ambiado y Fernández, 2012); desde las instituciones sociales, que tal como se dio cuenta en las entrevistas – pero bien escapaban de los objetivos de esta investigación – y en los antecedentes presentados, generan barreras y trabas para el acceso de estas personas a la salud, entorpeciendo el uso legítimo de su derecho; y desde la misma sociedad, que en el caso de los centros de salud se ve representada por el resto de pacientes, quienes comprenden a niños/as hijos/as de inmigrantes y a sus padres/madres como pacientes ilegítimos del sistema (Liberona y Mansilla, 2017), alegando y quitándoles las horas ya que “no se las merecen, porque no son chilenos/as como nosotros/as” (Kinesióloga, en relación a los discursos de otros/as pacientes del recinto).

Por otro lado, se vuelve necesario repensar la relación e información que puede entregar la sociología a los estudios relacionados al área de la medicina. El acceso a salud de la población inmigrante, y específicamente de sus hijos/as, está proclamada en la ley de migraciones, sin embargo, no existe fiscalización ni herramientas que permitan asegurar el uso óptimo de este derecho. Tal como señala Liberona (2012) “la Salud Pública es un bien social, por lo que estamos ante un problema social” (p. 6), ante lo cual se vuelve necesario investigar respecto del acceso y las experiencias que tienen las comunidades inmigrantes en los espacios de salud. Asimismo, agrega que “las relaciones entre agentes de salud y pacientes determinan la calidad de vida de los últimos. Y al ser los primeros representantes de una institución

pública, son responsables del tipo de relaciones que ésta establece con los usuarios” (Liberona, 2012, p. 23).

La presente investigación permitió un acercamiento a estas relaciones, así como a los significados y sentidos que producen y se reproducen en los centros de atención primaria de salud. Trabajar con los discursos de profesionales de salud, representantes por tanto de una institución pública, permite dar cuenta de cómo en ellos y ellas y por lo tanto en la misma institución donde trabajan se están configurando y significando las relaciones sociales con comunidades inmigrantes que acceden a la salud en calidad de usuarios/as.

En esta línea, y tomando en cuenta la teoría de Goffman (1997; 2006) respecto de las interacciones y su importancia en el espacio público, es interesante preguntarse respecto a cómo se experimentan estas interacciones en los establecimientos de salud; cuáles son las disposiciones de los/as profesionales; cuál es el marco de referencia construido sobre niños/as hijos/as de inmigrantes. Debido a la pandemia, el trabajo de campo se redujo a entrevistas vía telemática, donde si bien fue posible acercarnos a los atributos producidos y reproducidos en las interacciones entre profesionales de atención primaria de salud y niños/as hijos/as de inmigrantes, no nos permitió observar y estudiar la realidad de estas en el espacio físico en el que se llevan a cabo, el que, tal como se mencionó en el marco teórico, entrega información relevante para definir la interacción, las disposiciones y sensaciones consideradas aptas para el contexto social en el que se desarrolla el encuentro.

En relación a lo anterior, entonces, el presente estudio invita a seguir investigando los atributos que aparecen en las interacciones sociales que se generan en espacios jerarquizados, donde tal como se mencionó en los antecedentes, se forman dinámicas bajo tres dominaciones distintas: nacionales/inmigrantes; profesionales/pacientes y adultos/as sobre niños/as. De esta manera, para el campo de la sociología de la infancia, como también de las migraciones contemporáneas, los estudios centrados en los atributos y las significaciones otorgadas a estos se vuelven relevantes en la medida que, por un lado, permiten dar cuenta de cómo se sigue reproduciendo el racismo dentro de la sociedad chilena, donde niños/as hijos/as de inmigrantes son significados/as y clasificados/as a partir de una herencia desacreditada; y por otro lado, parecieran abrir espacio al cuestionamiento respecto de su figura, ya que a pesar de la ‘alteridad’ que representan, existirían ciertos atributos que invitan

al encuentro, a construir un marco de referencia nuevo que dé cuenta y los/as comprenda como parte de la sociedad, ya que tal como se señaló en las entrevistas: “son chilenos, son hijos de inmigrantes, que es distinto”.

Bibliografía

- (CASEN), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. (2017). *Inmigrantes. Síntesis de resultados*. Observatorio Social.
- (INE) Instituto Nacional de Estadísticas. (2021). *Anuario de Estadísticas Vitales, 2018*. Chile.
- (INE) Instituto Nacional de Estadísticas. (29 de julio de 2021). *Población extranjera residente en Chile llegó a 1.462.103 personas en 2020, un 0,8% más que en 2019*. Obtenido de <https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2021/07/29/poblaci%C3%B3n-extranjera-residente-en-chile-lleg%C3%B3-a-1.462.103-personas-en-2020-un-0-8-m%C3%A1s-que-en-2019>
- (OIM) Organización Internacional para las Migraciones. (2013). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo. El bienestar de los migrantes y el desarrollo*. Ginebra: OIM.
- (OIM) Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*. Ginebra, Suiza: OIM.
- (OIM) Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Suiza.
- Abreu, J. L. (2012). *Hipótesis, método & diseño de investigación (hypothesis, method & research design)*.
- Alcalde Campos, R. (2011). De los outsiders de Norbert Elias y de otros extraños en el campo de la sociología de las migraciones. *Papers. Revista de Sociología.*, 375-387.
- Ambiado, C., & Fernández, R. (2012). Sobre inmigrantes latinoamericanos en la televisión chilena: estigmas y fronteras en las narrativas audiovisuales. *Revista Comunicación, N°10, Vol.1*, 276-288.
- Andréu, J. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

- Aninat, I., & Vergara, R. (2019). *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional*. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos (CEP).
- Armas, R., Cabieses, B., Wolff, M., Norero, C., Rodríguez, J., & Reyes, H. (2018). *Salud y proceso migratorio actual en Chile* (Vol. 37). Santiago, Chile: Anales del Instituto de Chile.
- Arriagada, I., & Todaro, R. (2012). *Cadenas globales de cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. ONU Mujeres.
- AS Chile. (16 de febrero de 2021). *Llegada masiva de inmigración: consecuencias y qué medidas se están tomando*. Obtenido de AS Chile:
https://chile.as.com/chile/2021/02/16/actualidad/1613508382_569063.html
- ATISBA MONITOR. (2018). *El mapa de la inmigración en Santiago: Localización espacial inmigrantes CENSO 2017*. Santiago.
- Balibar, E., & Wallerstein, I. (1991). *Raza, nación y clase*. Madrid: Ed. Iepala.
- Begoña, M. (2018). *Análisis descriptivo de egresos hospitalarios en niños migrantes y chilenos en un hospital pediátrico de Chile*. Cuadernos Médicos Sociales.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., Chepo, M., Flaño, J., & Obach, A. (2018). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Pública México*, 566-578.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (05 de julio de 1994). *Historia del Decreto Supremo N° 1.307*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile:
<https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/6457/>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (20 de abril de 2021). *Ley 21325. Ley de migración y Extranjería*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158549&tipoVersion=0>
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Caggiano, S. (2012). *El sentido común visual. Disputas en torno al género, 'raza' y clase en imágenes de circulación pública*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Canales, M. (2006). *Presentación*. En M. Canales, *Metodologías de investigación social*. (págs. 11-30). Santiago: LOM Ediciones.
- Cano, V., & Soffia, M. (2009). *Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada*.
- Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Castañeda, I., & Rubio, G. (2016). *La "raza" frente a los requerimientos del lenguaje incluyente en ciencias de la salud*. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 131-142.
- Castillo, J. A. (1997). *El cuerpo recreado: La construcción social de los atributos corporales*. Universidad de Vigo.
- Chepo, M., & Cabieses, B. (2018). *Diferencias en salud entre niños y niñas chilenos y migrantes: análisis de la Casen 2009-2015*. Santiago, Chile: Cuadernos Médicos Sociales.
- CNN Chile. (10 de julio de 2019). *Población inmigrante crece 10% en sólo cinco meses con la llegada masiva de venezolanos*. Obtenido de CNN Chile:
https://www.cnnchile.com/pais/poblacion-inmigrante-crece-10-en-5-meses-llegada-masiva-venezolanos_20190710/
- CNN Chile. (20 de agosto de 2020). *“Queremos ordenar nuestra casa”: Piñera cuestionó indicación de la oposición a proyecto de ley de migración*. Obtenido de CNN Chile:
https://www.cnnchile.com/pais/pinera-cuestiono-indicacion-oposicion-ley-migracion_20200820/
- CNN Chile. (6 de junio de 2021). *“Si vamos a enviar a los padres a sus países y dejar los niños al Sename, significa que nos volvimos locos”*. Obtenido de

https://www.cnnchile.com/lodijeronencnn/rafa-cavada-expulsion-migrantes-si-vamos-a-dejar-ninos-sename-nos-volvimos-locos_20210606/

- Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Correa, J. (2011). *Ser "Inmigrante" en Chile: La experiencia del racismo cotidiano de peruanos y peruanas en la ciudad de Santiago*. Santiago, Chile: Tesis, Universidad de Chile.
- Cuestas, F. (2013). *Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos. Sobre la identidad del inmigrante*. Revista Interdisciplinar de Movilidades Humana, 211-228.
- Delgado, M. (1998). *Racismo y espacio público. Nuevas formas de exclusión en contextos urbanos*. Acciones e Investigaciones sociales, 5-28.
- Diario Concepción. (05 de febrero de 2021). *Llegada masiva de inmigrantes al país: ¿por qué el Gran Concepción es requerido?* Obtenido de Diario Concepción: <https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2021/02/05/llegada-masiva-de-inmigrantes-al-pais-por-que-el-gran-concepcion-es-requerido.html>
- Diario Uchile. (6 de junio de 2021). *Gobierno prepara nueva expulsión masiva de migrantes para este fin de semana*. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2021/06/06/gobierno-prepara-nueva-expulsion-masiva-de-migrantes-para-este-fin-de-semana/>
- Duarte, C. (2012). *Sociedades adultocéntricas. Sobre sus orígenes y reproducción*. Última década, N° 36, 99-125.
- El Mostrador. (6 de junio de 2021). *Organizaciones migrantes y de DD.HH. en picada contra el Gobierno califican expulsiones colectivas como "vuelos del terror"*. Obtenido de <https://www.elmostrador.cl/destacado/2021/06/06/organizaciones-migrantes-y-de-dd-hh-en-picada-contra-el-gobierno-califican-expulsiones-colectivas-como-vuelos-del-terror/>
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

- Fuertes, C., & Martín, M. (2006). *El inmigrante en la consulta de atención primaria*.
- Fundación Colunga. (4 de enero de 2019). *Situación habitacional de extranjeros en Chile: los principales hallazgos de la investigación del Servicio Jesuita a migrantes y Colunga*. Obtenido de <https://www.fundacioncolunga.org/noticias/situacion-habitacional-de-extranjeros-en-chile-los-principales-hallazgos-de-la-investigacion-del-servicio-jesuita-a-migrantes-y-colunga/>
- Gainza, Á. (2006). *La entrevista en profundidad individual*. En M. Canales, *Metodologías de Investigación Social* (págs. 219-264). Santiago: LOM Ediciones.
- Gaitán, L. (2006). *El bienestar social de la infancia*. Política y Sociedad. Vol 43, 63-80.
- Gaitán, L. (2006). *La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta*. Política y sociedad. Vol 43, 9-26.
- García Borrego, I. (2003). *Los hijos de inmigrantes como tema sociológico: La cuestión de "la segunda generación"*. Anduli: revista andaluza de ciencias sociales, 27-46.
- García, E. (2001). *La dimensión política de la responsabilidad penal de los adolescentes en América Latina: notas para la construcción de una modesta utopía*.
- Goffman, E. (1970). *Ritual de la interacción*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (2000). *Rubor y organización social*. En F. Díaz, *Sociologías de la Situación* (págs. 39-58). Madrid: La Piqueta.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Grimson, A. (2011). *Doce equívocos sobre las migraciones*. Nueva Sociedad, 34.44.
- Hun, N., & Urzúa, A. (2019). *Comportamiento alimentario en inmigrantes, aportes desde la evidencia*. Revista Chilena de Nutrición.
- INE. (15 de junio de 2020). *El 74,5% de las personas extranjeras que viven en Chile se concentra en 42 comunas: las principales son Santiago, Antofagasta e*

Independencia. Obtenido de [https://www.ine.cl/prensa/2020/06/15/el-74-5-de-las-personas-extranjeras-que-viven-en-chile-se-concentra-en-42-comunas-las-principales-son-santiago-antofagasta-e-independencia#:~:text=Las%20comunas%20con%20mayor%20cantidad,\)%20e%20Independencia%20\(55.816\)](https://www.ine.cl/prensa/2020/06/15/el-74-5-de-las-personas-extranjeras-que-viven-en-chile-se-concentra-en-42-comunas-las-principales-son-santiago-antofagasta-e-independencia#:~:text=Las%20comunas%20con%20mayor%20cantidad,)%20e%20Independencia%20(55.816)

Jelin, E., Grimson, A., & Zamberlin, N. (2008). *Los pacientes extranjeros en la mira*. En E. Jelin, *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (págs. 47-55). Texas, Estados Unidos.

La Tercera. (2019). *Infancia maltratada: Niños migrantes y la violencia que viven a diario*. Obtenido de La Tercera: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/ninos-migrantes-y-maltrato/741760/>

La Tercera. (diciembre de 2020). *Álvaro Bellolio, jefe de Extranjería: “Poco ayuda la visión buenista de que Chile sea centro de rehabilitación de migrantes delincuentes*. Obtenido de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/alvaro-bellolio-jefe-de-extranjeria-poco-ayuda-la-vision-buenista-de-que-chile-sea-centro-de-rehabilitacion-de-migrantes-delincuentes/WY67N3QAQNBT3ABYLUO445ZR4/>

Larenas, D., & Cabieses, B. (2018). *Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile*. Chile: Cuaderno Médicos Sociales.

Lay Lisboa, S. (2015). *La participación de la infancia desde la infancia. La construcción de la Participación Infantil a partir del análisis de los discursos de niños y niñas*. Segovia, España: Universidad de Valladolid.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.

Liberona, N., & Mansilla, M. (2017). *Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile*. Salud Colectiva.

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

- Liberona, N. (2015). *Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno*. Si Somos Americanos, 15-40.
- López, F. (2002). *El análisis de contenido como método de investigación*. Revista de Educación, 167-179.
- Margarit, D., & Bijit, K. (2014). *Barrios y población inmigrante: el caso de la comuna de Santiago*.
- Marichal, F., & Quiles, M. N. (2000). *La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman*. Psicothema, Volúmen 12, N°3, 458-465.
- Martínez, J., & Orrego, C. (2016). *Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL - Naciones Unidas.
- Martínez, R. (01 de junio de 2021). *Especialista en migración cuestiona discurso del Mandatario sobre la materia: "Es una política que está matando a las personas"*. Obtenido de El Mostrador: <https://radio.uchile.cl/2021/06/01/especialista-en-migracion-cuestiona-discurso-del-mandatario-sobre-la-materia-es-una-politica-que-esta-matando-a-las-personas/>
- Mendieta, G. (2015). *Informantes y muestreo en investigación cualitativa*. Investigaciones Andina, vol. 17, núm. 30., 1148-1150.
- Mertens, D. (2015). *Research and evaluation in education and psychology. Integration diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*.
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2017). *Estudio exploratorio sobre autonomía física y económica de las mujeres migrantes en las Regiones Metropolitana, Tarapacá y Antofagasta*.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile). (2008). *Resolución Exenta 542*. Santiago de Chile.
- Navarrete, B. (2017). *Percepciones sobre inmigración en Chile: Lecciones para una política migratoria*. Migraciones Internacionales, 179-209.

- Obach, A., Cabieses, B., & Carreño, A. (2018). *Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud*. Cuadernos Médicos Sociales.
- Pavez, I. (2010). *Los derechos de las niñas y los niños peruanos migrantes en Chile*. El Observador.
- Pavez, I. (2012). *Los derechos de las niñas y niños peruanos en Chile: La infancia como un nuevo actor migratorio*. Revista Efoques N°12, 27-51.
- Pavez, I. (2017). *Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local- El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile)* (Vol. 49). Santiago, Chile: Revista de Antropología Chilena.
- Pavez, I., & Galaz, C. (2018). *Hijas e hijos de migrantes en Chile: Derechos desde una perspectiva de inclusión social*. Diálogo Andino, 73-86.
- Revista Sur. (21 de abril de 2021). *Nueva ley agudiza la criminalización de la migración y propicia la irregularidad y las expulsiones en el momento más difícil de la pandemia en Chile*. Obtenido de Revista Sur:
<https://www.revistasur.cl/revistasur.cl/2021/04/nueva-ley-agudiza-la-criminalizacion-de-la-migracion-y-propicia-la-irregularidad-y-las-expulsiones-en-el-momento-mas-dificil-de-la-pandemia-en-chile/>
- Rizik, J. (31 de julio de 2018). *Regularización a migrantes: Ordenar la casa, limpiar la mugre, maquillar la cifra*. Obtenido de Diario Uchile:
<https://radio.uchile.cl/2018/07/31/regularizacion-a-migrantes-ordenar-la-casa-limpiar-la-mugre-maquillar-la-cifra/>
- Santamaría, E. (2002). *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la "inmigración no comunitaria"*. Barcelona: Anthropos.
- Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., & Álvarez, A. (2014). *Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas* (Vol. 6). (U. d. Chile, Ed.) Chile: Revista Sociedad & Equidad.
- Simmel, G. (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

- Simmel, G. (2012). *El Extranjero*. En G. Simmel, *El extranjero. Sociología del extraño* (págs. 21-26). Madrid, España: Ediciones sequitur.
- Stefoni, C. (2015). *Convivencia y migración en el centro de Santiago*. En M. Guizardi, *Las fronteras del transnacionalismo. Límites y desbordes de la experiencia migrante en el centro y norte de Chile* (págs. 84-107). Santiago: Universidad de Tarapacá y Ocho Libros.
- Stefoni, C. (2016). *La nacionalidad y el color de piel en la racialización del extranjero. Migrantes como buenos trabajadores en el sector de la construcción*. En M. E. Tijoux, *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración* (págs. 65-75). Santiago de Chile: Universitaria.
- Stefoni, C. (2017). *Panorama de la migración internacional en América del Sur*. Santiago, Chile: Cepal. OIM.
- Stefoni, C. (2017). *Panorama de la migración internacional en América del Sur*. Santiago, Chile: CEPAL: OIM.
- Suárez, D. L. (2010). *Jugando y construyendo identidades en el patio del colegio. Etnografía en una escuela con niños/as hijos/as de inmigrantes y niños/as chilenos/as*. Santiago, Chile: Tesis de Magíster Universidad de Chile.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thayer, L. E. (2016). *Migración, Estado y seguridad. Tensiones no resueltas y paradojas persistentes*. Santiago: Polis.
- Tijoux, M. E. (2012). *Peruanas inmigrantes en Santiago. Un arte cotidiano de la lucha por la vida*. Revista Polis.
- Tijoux, M. E. (2013). *Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: Elementos para una educación contra el racismo*. Revista Latinoamericana, 287-307.

- Tijoux, M. E. (2013). *Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias* (Vol. 20). Toluca, México: Convergencia Revista de Ciencias Sociales.
- Tijoux, M. E. (2014). *El Otro inmigrante “negro” y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones*. Boletín Oñteiken No 17.
- Torres, O., & Garcés, A. (2013). *Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile*. Santiago, Chile: Polis.
- Urrutia-Arroyo, R. (2018). *Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile*. Perú.
- Van Dijk, T. (2004). *Discurso y dominación*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Anexos

Anexo 1: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Santiago disgregado por edad y CESFAM (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).

EDAD	CESFAM				TOTAL GENERAL
	ARAUCO	BENJAMÍN VIEL	IGNACIO DOMEYKO	PADRE ORELLANA	
1			4		4
2		1	4	1	6
3	3	2	15	3	23
4	11	6	42	5	64
5	32	16	150	20	218
6	40	62	202	92	396
7	38	64	286	110	498
8	40	107	262	147	556
9	43	91	233	135	502
10	39	109	213	141	502
11	30	77	205	119	431
12	43	81	239	150	513
13	8	85	87	156	336
14	4	51	44	34	133
15	9	22	56	26	113
16	8	15	41	18	82
17	8	21	40	25	94
18	4	14	26	26	70
19	4	11	26	23	64
TOTAL GENERAL	364	835	2175	1231	4605

Anexo 2: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Santiago disgregado por nacionalidad (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).

NACIONALIDAD	TOTAL GENERAL
Alemania	2
Antigua y Barbuda	1
Argentina	45
Bangladesh	1
Bélgica	1
Bolivia	130
Brasil	21
China	8
Colombia	880
Costa Rica	2
Cuba	27
Dominica	11
Ecuador	193
El Salvador	1
España	6
Estados Unidos	12
Francia	1
Haití	272
Holanda	3
Hungría	1
Italia	9
Letonia	1
México	5
Pakistan	12
Panamá	12
Paraguay	2
Perú	1274
Portugal	5
República Centroafricana	1
República Dominicana	81
Rusia	1
Trinidad y Tobago	1
Uruguay	9
Vaticano	1
Venezuela	6951
TOTAL GENERAL	9.983

Anexo 3: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, disgregado por nacionalidad y CESFAMs (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).

NACIONALIDAD	CESFAM				TOTAL GENERAL
	AMADOR NEGhme	EDGARDO ENRÍQUEZ	PADRE PIERRE DUBOIS	LO VALLEDOR	
ALEMANA				1	1
ARGENTINA	1			8	9
AUSTRALIANA		1	2		3
BOLIVIANA	5	14	1		20
BRUNEANA	1	1			2
COLOMBIANA	30	25	10	11	76
CUBANA		1		1	2
DOMINICANA	1	1	2	1	5
ECUATORIANA	1	6	3	3	13
EMIRATI				1	1
ESPAÑOLA				2	2
GUATEMALTECA		1			1
HAITIANA	55	33	205	122	415
HINDU	1			2	3
HOLANDESA		1			1
IRAQUÍ		1			1
ITALIANA		1			1
PARAGUAYA	1	4			5
PERUANA	39	54		30	123
URUGUAYA	1	1	23	1	26
VANUATUENSE			1		1
VENEZOLANA	74	59	30	16	179
TOTAL GENERAL	210	204	277	199	890

Anexo 4: Niños/as hijos/as de inmigrantes de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, disgregado por edad y CESFAMs (Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia, 2020).

EDAD	CESFAM				TOTAL GENERAL
	AMADOR NEGhme	EDGARDO ENRÍQUEZ	PADRE PIERRE DUBOIS	LO VALLEDOR	
0	3	3		2	8
1	2	3	4	1	10
2	6	9	6	3	24
3	16	7	9	6	38
4	16	16	8	12	52
5	11	14	22	5	52
6	17	13	17	12	59
7	16	14	19	9	58
8	16	16	24	21	77
9	11	13	25	13	62
10	6	12	23	19	60
11	8	7	16	20	51
12	7	7	15	16	45
13	9	11	14	7	41
14	18	14	15	14	61
15	9	11	16	10	46
16	8	10	10	10	38
17	7	10	8	5	30
18	12	5	11	7	35
19	12	9	15	7	43
TOTAL GENERAL	210	204	277	199	890