



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Trabajo Social  
Núcleo I+D Diversidad y Género: Abordajes Feministas Interseccionales

## **MIGRACIÓN, CIUDADANÍA Y SALUD: DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y SIMBÓLICOS QUE INCIDEN EN LA TRANSMISIÓN DE CHAGAS EN CHILE**

---

Informe de titulación para optar al título de Trabajadora Social

María Jesús Sotomayor Poblete

Profesora guía: Caterine Galaz Valderrama

Santiago, Chile

Diciembre, 2020

## **Agradecimientos:**

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

*Agradezco profundamente a mi familia, principalmente a mi madre, padre y abuela, no sólo por este último tramo sino por su constante apoyo durante mi trayectoria académica, su cariño y amor han sido mi principal soporte. A la profesora Caterine Galaz, quien estuvo permanentemente atendiendo a mis consultas, otorgándome las herramientas para llevar a cabo este trabajo, pero sobre todo por su comprensión y apoyo en momentos difíciles. Finalmente a mis amigos/as, que acompañaron esta travesía.*

**Resumen:** El presente informe analiza los determinantes estructurales y simbólicos diferentes y similares entre ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos como factores que inciden en la transmisión de Chagas en Chile. A partir de esto, se presentan las principales problemáticas que afecta a la población migrante en cuanto a acceso al sistema de salud. Se visualiza como los marcos normativos vigentes responden a una perspectiva que alude a una lógica de integración asimilacionista, donde la noción de ciudadanía se asocia exclusivamente a la población chilena, desencadenando visiones sesgadas y estereotipadas con las que se manejan los/as funcionarios/as de salud respecto de los usuarios/as migrados/as. En este escenario se propone la aplicación de un enfoque interseccional, con el fin de complejizar la forma de comprender el Chagas, considerando distintos ejes y factores de desigualdad que pueden incidir en su transmisión. Esto conllevó no sólo no sólo colocar como objeto de estudio a las personas migrantes latinoamericanas, sino también a revisar los impactos de los imaginarios sociales sobre la migración asociados a la política de salud y al ejercicio de intervención directa de los programas específicos en el tratamiento de Chagas. La metodología del estudio fue cualitativa, usando la técnica de entrevista semi-estructurada con profesionales de salud. Los resultados indican que las barreras de inclusión al sistema de salud de inmigrantes son estructurales y simbólicas. Asimismo se destaca la prevalencia de una visión biomédica del Chagas, que esconde como factores intervinientes a las desigualdades sociales.

## **1. Introducción y Antecedentes**

En las últimas décadas, Chile se ha vuelto un horizonte de instalación para personas de otros países (Frías, Galaz y Poblete, 2017). Estos movimientos transnacionales, se han acentuado a partir de la década de los noventa, recibiendo especialmente personas provenientes de América Latina (Venezuela, Perú, Haití, Colombia, Bolivia, entre otros). Entre los años 1982-1992 los/as migrantes en Chile aumentaron en 3,1% y en 4,9% durante el periodo 1992-2002, no superando el 0,8% del total de población que residía en el país (CEPAL, 2006). Datos recientes como los aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en conjunto con el Departamento de Extranjería y Migraciones (DEM), establecen que la población de migrantes en Chile corresponde a 1.251.225 personas, representando al 6,6% de la población total. De este porcentaje, el 74, 9% corresponde a

inmigración sudamericana (INE y DEM, 2019). Si bien la población de migrantes representa un porcentaje mínimo en términos de población nacional, la evidente progresión de este movimiento transnacional, ha instalado el tema en el debate social, generando nuevas problemáticas en términos de ciudadanía, inclusión e igualdad.

En la actualidad, la inclusión de la población inmigrada está limitada en base a criterios nacionalistas, cuyo marco general es la ley de inmigración vigente (Lara, 2014). En este sentido, se genera una suerte de distinción y jerarquización entre diferentes categorías de “inmigrantes”, dados por los tiempos de residencia y por los tipos de visados a los que pueden acceder. Esta situación se produce porque precisamente de acuerdo a los requisitos que se solicitan para ejercer algunos derechos (salud, educación, vivienda, trabajo), se requiere de un estatus regular o muchas veces, de residencia definitiva (Galaz, Becerra, Álvarez & Hedrera, 2016).

Por otra parte, esta política migratoria influye significativamente en las políticas adoptadas por el sistema sanitario, contribuyendo a la vulneración del derecho de aquellos/as inmigrantes que no cumplen con los requisitos establecidos, lo que genera una población flotante de personas en situación irregular que no puede acceder a la oferta programática de salud. De aquí, la dimensión normativa resulta un ámbito central para valorar los niveles de participación e inclusión de las personas inmigradas, en tanto constituye una barrera o un facilitador para el acceso a las garantías, beneficios o prestaciones inscritas en la propia política de salud (Frías, Galaz y Poblete, 2017).

Si bien existe una cobertura básica que cubre a las personas extranjeras, los prejuicios del funcionariado de salud pueden convertirse en obstáculos para su acceso, reforzando los procesos de exclusión, discriminación y desigualdad en el ámbito de salud (Vulpiani, 2000). Ante ello, resulta imprescindible contar con investigación de tipo cualitativa, que más allá de las cifras de cobertura pueda dar cuenta de cómo el sistema de salud chileno está respondiendo a la demanda básica por acceso y atención de salud de la población migrada, caracterizar el proceso de atención dentro de la salud primaria y la construcción que hace el personal de salud de los/as migrantes latinoamericanos/as y que podrían operar problemáticamente en este contexto a través de la estereotipación y/o discriminación.

En este marco, este estudio propone un abordaje reflexivo de una problemática sanitaria que solía considerarse endémica de ciertos sectores de América latina y que producto de la movilidad humana se ha ido expandiendo, alcanzando un impacto a nivel global: el Chagas. Esta enfermedad infecciosa transmitida por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, es un buen punto de partida para indagar como las construcciones, desde la epidemiología, vehiculizan otros sentidos relacionados con los factores estructurales y simbólicos responsables de las desigualdades que inciden en la transmisión de Chagas. No obstante, pocos estudios cruzan factores de desigualdad con la adherencia a los programas de salud respectivos, como pueden ser variables de procedencia nacional y de género (Avaria y Galaz, 2020). En estos estudios, generalmente las lecturas académicas suelen estar fijadas en un único vector de desigualdad que es la posición socioeconómica y su relación con la transmisión de Chagas, invisibilizando otras desigualdades que cruzan las personas con la enfermedad. Como señala Burman (2007) cuando se privilegia un solo

vector de diferencia, en este caso la clase, se pierde la complejidad de los procesos y se invisibilizan otras desigualdades en que están insertas las personas. En este escenario, un enfoque clave para complejizar la forma de comprender el Chagas es la interseccionalidad, en la medida que considere distintos ejes y factores de desigualdad –a partir de una perspectiva multidimensional– que pueden incidir en las vivencias de ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos con Chagas, considerando a su vez, críticamente discursos y prácticas del ámbito de la salud.

Tomando en cuenta que la producción académica sobre Chagas ha estado permeada por un evidente sesgo biologicista y que las investigaciones dirigidas a puntualizar los determinantes sociales como factores mutuamente influenciados que inciden en la transmisión de Chagas son menos frecuente, el presente estudio busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación.

### 1.1 Pregunta:

¿Cuáles son los determinantes estructurales y simbólicos que inciden en la transmisión de Chagas en ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as en Chile?

### 1.2 Objetivos

#### *Objetivo general:*

Analizar los determinantes estructurales y simbólicos diferentes y similares entre ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as como factores que inciden en la transmisión de Chagas en Chile.

#### *Objetivos específicos*

- Describir y problematizar la gestión biomédica presente en las estrategias de control del Chagas en Chile, así como su impacto social e individual diferenciado entre ciudadanos nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as.
- Identificar los factores estructurales y simbólicos asociados al Chagas en Chile en ciudadanos nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as.
- Reflexionar sobre los factores estructurales y simbólicos que influyen en la estigmatización relacionada al Chagas de manera diferenciada entre ciudadanos nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as.
- Analizar, desde una perspectiva interseccional, los distintos factores de desigualdad que pueden incidir en las experiencias de los/as ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos/as con Chagas en Chile.

### 1.3 Justificación del estudio

Este estudio parte del supuesto de que el Chagas no depende sólo de factores biomédicos y económicos. Las diferencias étnicas, educativas, el acceso y adherencia a los programas

de salud, la baja difusión de información sobre la enfermedad, los roles y estereotipos de género, los discursos de exclusión nacionalista fijados en el marco normativo chileno, los procesos de construcción social de la alteridad, y los imaginarios simbólicos con los que se articulan procesos de racialización y sexualización sobre las y los migrantes, son fundamentales a la hora de complejizar la forma de entender el Chagas.

Cabe precisar que la sociedad chilena no es equitativa y hay múltiples ámbitos en los que se constatan injusticias y discriminaciones a buena parte de la población sea esta nacional o migrante. Sin embargo, “la calidad de migrantes se convierte en muchos casos en un peso extra a la hora de validar su derecho a vivir en Chile, debiendo enfrentar una doble dificultad al intentar ejercer derechos ya esquivos para el común de la población” (Torres, 2011, p. 76). En este sentido, los/as migrantes deben sortear una serie de obstáculos para su inclusión efectiva al país dado por un conjunto de requisitos establecidos en la normativa vigente orientada por un espíritu de seguridad nacional. A esto también se suma: la consolidación de la exclusión y la marginalidad por parte de la sociedad chilena (Stefoni, 2005), las dificultades de algunos/as inmigrantes para conocer y reivindicar sus derechos y las situaciones de abuso de las que muchas veces son víctimas (Cano & Soffia, 2009) y las dificultades que tienen para ser atendidos/as en los centros de salud (Agar & Saffie, 2010) tanto en términos burocráticos y administrativos como por los imaginarios y prejuicios que poseen los equipos de salud respecto de la atención de esta población.

En este sentido, la migración podría ser una oportunidad para observar y comprobar en un contexto específico y desde una dimensión comparativa, los aspectos sociales que pueden favorecer la trasmisión de Chagas. Por ejemplo, de qué manera afecta la inserción sociolaboral de migrantes latinoamericanos –considerando que una parte importante de esta población es situada en espacios subalternizados y precarios del país– en el acceso y adherencia a los programas; cómo afecta la precarización de sus condiciones sociales, especialmente del acceso efectivo a la salud pública; cómo afectan los estereotipos sexo-genéricos racializados patentes en los discursos médicos en la atención de salud de mujeres migrantes latinoamericanas; cómo afecta las prácticas de xenofobia y racismo cotidiano e institucional en que estas personas puedan permanecer en los tratamientos de la enfermedad o en poder acceder a información sobre la misma, entre otras temáticas (Avaria y Galaz, S/F).

Por otra parte, desde el mismo sector de salud, se revela la necesidad de contar con información más profunda y acabada acerca de las relaciones que se dan entre el personal de salud y los/as usuarios/as (Álvarez, 2016). Algunos estudios (sobre todo publicados en Europa) se han centrado en la baja adherencia de la población que porta el Chagas a los programas específicos desarrollados en algunos centros de salud y en visibilizar la existencia de barreras que operan obstaculizando el proceso de atención, particularmente de migrantes latinoamericanos (Di Girolamo, 2011; Navarro, et al., 2016). En Chile, a pesar de no existir una gran cantidad de estudios en esta materia, éstos constatan que el reducido acceso de la población migrada a servicios de salud se relaciona con su posición social inferior respecto a los/as chilenos/as (Nuñez & Torres, 2007). Sostienen que “no sólo están expuestos a malas condiciones laborales y de vida, lo que ya es determinante por se de mala salud, sino que también tienen un menor acceso a la asistencia sanitaria por

diversas razones políticas, administrativas y culturales que no se aplican necesariamente a la población nacional” (Nuñez & Torres, 2007, p. 67).

Lo anterior emana de la negación del/la “otro/a” en Chile, que se funda en un proceso de homogenización nacional de un proyecto de Estado-Nación que oculta ciertas corporalidades, prácticas y valores, imponiendo una hegemonía identitaria que se vuelve inteligible en la relación con un/a “otro/a extranjero/a (Jensen, 2008); generando así la oposición superior/inferior, discriminando y racializando sobre el cuerpo del/la extranjero/a y estigmatizando estereotipos y valores. Estos procesos también pueden ser materializados desde los dispositivos de salud, y pueden amparar visiones sesgadas y estereotipadas sobre estos colectivos. Siguiendo lo planteado por López (2004), la posibilidad de derechos de los colectivos migrantes que se insertan al ámbito de la salud, dependerá del modo como éstos sean ubicados en determinados repertorios discursivos, contextos temporales y geográficos.

En ese sentido, una perspectiva interseccional que explore las vivencias de las personas con Chagas puede contribuir a comprenderlas como un fenómeno complejo. Como plantea Collins y Bilge (2016), la interseccionalidad es un modo de comprender y analizar la complejidad en el mundo, en las personas, y en las experiencias humanas. Los eventos y condiciones de la vida política y social y del sujeto rara vez pueden ser entendidas como formadas por un solo factor. Por lo general le dan forma muchos factores de maneras diversas y mutuamente influenciadas. Por tanto, resulta crucial desde este enfoque considerar componentes de origen nacional, género, posición socioeconómica y las condiciones de acceso a la salud que brinda el país en tanto receptor de población migrante. Esto conlleva no sólo a identificar y analizar los determinantes estructurales diferentes y similares entre ciudadanos/as nacionales y migrantes como factores que inciden en la transmisión de Chagas, sino también revisar los impactos de los imaginarios sociales sobre la migración asociados a la política de salud y al ejercicio de intervención directa de los programas de salud específicos en el tratamiento de Chagas.

#### 1.4 Fenómenos migratorios en Chile

En el contexto chileno, el fenómeno de la inmigración no es algo nuevo (Cano y Soffia, 2009), no obstante se ha constituido como relevante desde las últimas décadas, debido a que el Estado y la sociedad lo han posicionado como un problema nacional (Jensen, 2008).

Para Stefoni (2011), en Chile se identifican tres principales periodos migratorios; el primero desde la Independencia hasta comienzos del siglo XX caracterizado por inmigrantes europeos seleccionados estratégicamente para colonizar, blanquear y prosperar la “raza” (Tijoux, 2011), cuya base es la percepción generalizada e institucionalizada de la supremacía europea sobre las comunidades inmigrantes proveniente de otros continentes e incluso por sobre la comunidad nacional, dada la naturalización de actitudes y aptitudes tales como su disposición al trabajo, su virilidad y su estilo de vida sobrio que permitirían un adecuado desarrollo industrial y la mantención del “orden social” (Tijoux y Palominos, 2015); un segundo momento migratorio va desde finales de la Primera Guerra Mundial hasta la década de los sesenta, donde llegan personas del continente asiático, quienes al

no pertenecer al mundo occidental fueron recibidos con desprecio por parte de la opinión pública nacional, enfrentando profundas dificultades en su proceso de integración en las comunidades chilenas (Cano y Soffia, 2009); y finalmente la tercera etapa que comienza en los años de la dictadura militar, pero se intensifica en 1995, producto de la imagen que Chile proyecta en el exterior como un país con “estabilidad política” y “exitoso económicamente”, lo que lo posiciona como un polo de atracción, particularmente para países limítrofes como Perú, Argentina, Bolivia y Ecuador (Mujica, 2004; Stefoni, 2011; Tijoux & Díaz, 2014).

Los datos censales dan cuenta de que entre 1992-2002 el porcentaje de extranjeros residentes aumentaba en un 75% respecto a décadas anteriores (Jensen, 2008). A fines de 2009, Chile contaba con 352.344 extranjeros que representa un aumento porcentual cercano al 72%, en comparación con el censo de 2002 (Martínez, 2011). Específicamente, del total de inmigrantes para el CENSO 2002, se estima que un 68% es latinoamericano/a, y según las cifras del DEM (2010) para el 2009, se estima que un 73% de la población extranjera es sudamericana, lo que representa un aumento progresivo de la población regional versus la europea en comparación con décadas anteriores (FIM, 2011).

Datos recientes producidos por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en conjunto con el Departamento de Extranjería y Migraciones (DEM), establecen que la estimación de migrantes en Chile corresponde a 1.251.225 personas, dicha cifra implica un 6,6% en relación a toda la población del país (INE y DEM, 2019). De este total, las mujeres presentan una leve superioridad numérica con respecto a los hombres, alcanzando un 50,6% de la población inmigrante a nivel país (INE, 2019)

Los cinco países desde donde proviene la mayoría de las personas extranjeras son Venezuela, con 288.233 personas; Perú, con 233.923; Haití, con 179.338; Colombia, con 146.582 personas, y Bolivia, con 107.346 personas (Tabla I anexos) (INE y DEM, 2019). En términos generales, es posible observar una continuidad en el patrón migratorio con un carácter intrarregional: vale decir, donde los flujos migratorios ocurren entre sociedades periféricas respecto de las grandes economías globales. No obstante, es importante señalar que la presencia de inmigrantes de otras regiones del mundo ha sido una constante en la historia de Chile, cuestión que sigue de manifiesto al analizar las cifras más allá de cierto reduccionismo regionalista que predomina en el análisis de datos en esta materia.

Cabe mencionar que tanto en la década de los noventa como en la actualidad, la llegada de inmigrantes latinoamericanos ha estado cargada de procesos estigmatizadores y de marginaciones tanto desde la institucionalidad estatal como desde la ciudadanía en el espacio público (Correa, 2011; Cerda, 2004; Stefoni, 2004). De lo anterior, no escapa la legislación migratoria, la cual como señala Jensen (2008), hasta nuestros días permanece insuficiente para recibir a la población migrante latinoamericana, ya que promueve una construcción excluyente de su figura, lo que también se relaciona con un proceso histórico

de “negación del/la otro/a”<sup>1</sup>, bajo la consigna de la homogenización nacional. Esto, en la medida que la Ley de Extranjería que entró en vigencia en el año 1975, durante la dictadura militar, se caracterizó por ser una ley de orientación policial y de control, cuyo principal objetivo era evitar la entrada de “elementos peligrosos” que amenazaran la “estabilidad nacional” (Stefoni, 2005).

Si bien esta Ley ha sido sometida a algunos cambios significativos<sup>2</sup>, las respuestas, sin embargo, son siempre de carácter coyuntural, frente a presiones de distintos organismos de derechos humanos y/o asociaciones de migrantes, mientras que la ley continúa sin ser modificada en profundidad, ya que solamente existe un reglamento que es el que regula el proceso de ingreso y la residencia de extranjeros, pero no existe en la legislación chilena elementos que impulsen una inclusión efectiva para asegurar la igualdad formal en cuanto a derechos entre las personas nacionales e inmigradas (Thayer, 2019).

En este marco, gran parte de los/as inmigrantes latinoamericanos deben enfrentar diversas barreras sociales, económicas y políticas, asociadas al hecho de que la pertenencia a la nación se haya convertido en la condición esencial para el disfrute de los derechos sociales. En este sentido, la ciudadanía<sup>3</sup> es lo que le otorga a un sujeto un estatuto socio-político que determina su sentido de pertenencia a la comunidad nacional y que favorece su participación en la vida social, siendo una identidad que permite la relación entre el pluralismo social y la política estatal (Wabgou, 2012; en Galaz, Poblete & Galaz, 2017). De aquí que esta ley contribuye a convertir la situación administrativa migratoria en una condición social permanente, que amenaza con ser una nueva fuente de desigualdad estructural en el país (Thayer, 2019), al mismo tiempo que ayuda a estigmatizar a los/as migrantes desde una lectura dicotómica ciudadanos/as-no ciudadanos/as, lo que redundo en la discriminación y el racismo en la sociedad receptora.

#### 1.5 Acceso al sistema de salud en Chile: ciudadanos nacionales y migrantes internacionales

Las políticas de salud forman parte del conjunto de intervenciones que el Estado realiza en la esfera pública, asumiendo así la provisión de los denominados servicios universales. (Novick, 2019). No obstante, al explorar el Sistema de Salud chileno, lo primero que

---

<sup>1</sup> Siguiendo a Stefoni (2004) históricamente en Chile la construcción del «otro» se ha realizado a partir de una dualidad superior/inferior, lo que supone que si se ubica al «otro/a» en la segunda categoría se termina por discriminarlo/a, y marginarlo/a.

<sup>2</sup> Por ejemplo la derogación de las definiciones en materia de refugiados políticos, los convenios firmados para asegurar el derecho a la educación de los/as niños/as y adolescentes migrantes, así como la salud de las mujeres embarazadas y niños/as, y las discusiones legislativas actuales que incluyen a comunidades de inmigrantes (Stang, 2016)

<sup>3</sup> Tradicionalmente, la visión de ciudadanía se sustenta en una imagen del Estado como homogéneo, lo que de acuerdo a Tapia y Porras (2010) hace posible la negación de los particularismos, de las especificidades culturales, de las necesidades, y de las aspiraciones vinculadas a microclimas culturales, étnicos o raciales, donde la gestión de la exclusión se da pues por medio de la asimilación cultural, que tiene en su base la erradicación de las diferencias al interior de los espacios nacionales.

observamos es que existe una desigualdad estructural: la división entre el Sistema público y el privado.

A partir de una breve revisión histórica de dicha fragmentación, encontramos sus cimientos con la descentralización del Servicio Nacional de Salud (SNS) impulsada en plena dictadura militar el año 1979<sup>4</sup>. Por un lado se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como seguro público –financiado por el Estado y por el 7% del salario que cotizan los/as trabajadores/as afiliados/as– y, por el otro, se transfieren las propiedades y los bienes de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades (Concha, 2012).

En cuanto a la protección social, con el objetivo de incentivar la privatización, se crea en 1981 el mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), orientado a la administración de las cotizaciones de quienes decidieran no optar por el sistema público, concentrando a sectores con mayores ingresos (Unger, 2008). Esta reforma tuvo consecuencias relevantes, en tanto implicó la introducción de la lógica neoliberal en la organización del sistema de prestación de servicios de salud. Se incitó así el crecimiento del sector privado, menoscabando el sistema público con una notable reducción del personal y sus salarios, así como generando carencias en infraestructura (Concha, 2012), lo que acentuó la segmentación y la inequidad en salud para sectores con menores ingresos.

Tomando en consideración esta situación, en la década del 2000 se da inicio a una serie de modificaciones con el objetivo de mejorar la equidad en las condiciones de salud de los/as chilenos/as, las cuales van desde el fortalecimiento del sistema de provisión pública, orientadas al aumento del financiamiento y mejoras en la gestión, hasta la garantía de acceso a los servicios de salud de manera libre e igualitaria. Esta última, se impulsa a través de la implementación de políticas públicas sustentadas principalmente en la solidaridad y la participación social, entre las cuales, la ley AUGE-GES fue la más significativa, otorgando “garantías explícitas” para la atención oportuna y de calidad a un número importante de patologías prioritarias (Infante & Paraje, 2010).

Aun cuando esta iniciativa ha sido valorada positivamente por distintos sectores, en lugar de resolver los problemas estructurales de salud, continúan instauradas a la reforma neoliberal inicial. Esto, en la medida que se hacen cambios sin una adecuada preparación de la red pública y sin lograr satisfacer la creciente demanda en salud (Concha, 2012), al mismo tiempo que continúan coexistiendo dos subsistemas de salud en el país: el público y el privado.

Esta segmentación, pone en cuestión los elementos estructurales que configuran el sistema de salud actual, el cual, aunque se proclama como universal, no necesariamente está organizado desde una perspectiva de promoción universal de derechos que, en este caso, considere a la población inmigrante en su conjunto (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011; Becerra, 2017). En este sentido, este tipo de elementos

---

<sup>4</sup> Creándose el Sistema Nacional de Servicios en Salud (SNSS) conformado por servicios con autoridad y patrimonio autónomos de alcance nacional (OCHISAP, s/f).

se entranan con la Ley de Extranjería fundada en dictadura, que establece una atención en salud diferenciada, que dependerá de la situación migratoria del individuo; otorgando la facultad de suscribirse tanto al sistema público como privado solo a aquellos que tengan su situación migratoria regularizada (Becerra, 2017). Es decir, las personas inmigrantes para acceder a estos beneficios requieren al menos tener un tiempo de estancia en el país y haber cruzado por diversos trámites administrativos previos (tener RUT vigente, haber llenado la Ficha de Protección Social, tener residencia definitiva, tener FONASA, entre otros requisitos). Lo anterior, lleva a que un sector minoritario en situación de vulnerabilidad dentro del grupo de personas inmigradas –como son aquellas en situación irregular– quede al margen de beneficios directos precisamente porque no disponen de los requisitos exigidos para poder acceder a nivel de visados (Frías, Galaz y Poblete, 2017).

Asimismo, la estructura del sistema de salud chileno al ser de carácter mixto y combinar lo público-privado, centra el acceso a través del pago (ya sea por cotizaciones o por pago directo) lo que implica que las personas deben estar trabajando o disponer de las condiciones económicas mínimas para poder solventarlo. En este sentido, los estratos socioeconómicamente desfavorecidos tienden a tener menor acceso a servicios preventivos, mayor tiempo de espera para acceder a atención especializada y recurren en mayor medida a las urgencias (Regidor, et al., 2002; Frías, et al., 2017). Pues si bien FONASA cuenta con un programa de gratuidad para aquellas personas que se encuentran en situación de precariedad económica, sólo cubre atención primaria, siendo el acceso restringido para atención de especialidades y el sistema FONASA de libre elección –situación que afecta de igual manera a migrados/as y chilenos/as–.

Siguiendo el estudio de Carrasco (2010), en la población migrada no se detectan enfermedades distintas o de mayor gravedad que las sufridas por los/as chilenos/as. Lo que sí se ha establecido es la dificultad que tienen los/as migrados/as para superar las enfermedades, debido principalmente a la falta de recursos. En este sentido, aquellos/as migrantes, con una situación administrativa regularizada –o no–, en una situación económica desfavorecida, pueden ser más susceptibles a padecer ciertos niveles de exclusión.

Ahora bien, en las últimas dos décadas, han emergido una serie de normativas paliativas en el ámbito de la salud, que buscan suplir aquellas carencias dejadas por la aplicación de una normativa migratoria anacrónica incluyendo a quienes se encuentran en una situación administrativa migratoria no regular. Estas normativas han incidido de manera directa en el acceso a los servicios de salud en las personas migrantes, es por esto que resulta pertinente revisar algunos de los hitos más importantes.

Como primera medida para reducir las barreras que deben enfrentar particularmente las mujeres inmigrantes embarazadas con situación no regularizada, en el año 2003 se emitió el Oficio Circular N° 6232, que otorga visa temporaria a aquellas mujeres gestantes con el objetivo de facilitar el acceso a la atención primaria para el control y seguimiento de los embarazos (Minsal, 2019).

El año 2007, el Ordinario N° 2284 elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala de modo general que las personas migrantes y refugiadas tienen igual derecho a

salud que los/as nacionales, en tanto estén con su situación migratoria regularizada. Además, establece el derecho de los/as inmigrados/as en situación irregular para atenderse en servicios de urgencia de la red asistencial – ya sean públicos o privados-.

El año 2008 se lleva a cabo el Convenio de colaboración entre el Ministerio del Interior y el ministerio de Salud entorno a la atención en salud de población inmigrante en riesgo social. En el marco de la protección a la infancia, este convenio establece que las mujeres embarazadas y todos/as los/as niños, niñas y adolescentes menores de 18 años podrán atenderse en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) independiente de su condición migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales. Además, se les hace entrega de un permiso de residencia, que proporciona la obtención del RUN y con ello el carné de FONASA, el cual permite acceder a la red pública de salud, particularmente en el nivel primario (Minsal, 2019).

En el año 2009, el Ordinario N° 2.551 va a asegura la cobertura en salud para los/as migrantes con credencial FONASA y cédula de identidad caducada, particularmente a quienes tengan permiso de residencia en trámite, considerando de esa manera a aquellos/as en proceso de regularización migratoria (Becerra y Altimir, 2012). El año 2014 se suscribe un convenio entre el Ministerio del Interior y FONASA que permite el acceso a prestaciones en salud de dicho fondo para todos/as los extranjeros/as que han solicitado un permiso de residencia en el país por primera vez, una prórroga, un cambio o una nueva visa, además de aquellos extranjeros que se encuentren solicitando un cambio de categoría migratoria de temporal a permanente y cuya resolución se encuentre en proceso de análisis. La Circular A 15 N° 06 del año 2015, determina que se desliga la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, para: i) mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses desde éste; ii) niños hasta los 18 años de edad; iii) casos de urgencia médica; y, iv) métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas y atención de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA, ITS). (Minsal, 2019)

Por último, el año 2016 el Decreto supremo N° 67 fija las circunstancias y los mecanismos para acreditar la situación de carencia de recursos o indigencia de las y los beneficiarios del sistema público de salud a través de FONASA; la cláusula en cuestión, indica que en el caso de personas migrantes que carezcan de documentos o permisos de residencia, pueden declarar y calificar como carente de recursos posterior evaluación, accediendo así a los servicios de atención primaria en la red. (Minsal, 2019)

A partir de estas iniciativas, es posible constatar avances relevantes desde la perspectiva de derechos, en tanto la atención a la persona migrante, en buena medida, está garantizada por ley. Sin embargo, han surgido estudios desde diversos ámbitos (Concha, 2012; Cubides & Vásquez, 2017; Rivas, 2010; Cumsille & Valdebenito, 2010, entre otros), que en su esfuerzo por comprender la relación que los/as inmigrantes establecen con el sistema médico chileno, han visibilizado a los/as usuarios/as como sujetos de discriminación por parte del personal de salud, lo que lleva incluso a negar la atención de salud para esta población. En este sentido, cabe destacar el estudio de Cumsille y Valdebenito (2010), quiénes centran dicha problemática en la falta de mecanismos de divulgación orientados al funcionariado de salud sobre las circulares en materia sanitaria,

obstaculizando el acceso de población migrante por falta de información, y no solo por barreras administrativas y legales. Asimismo, resaltan los prejuicios de parte del personal de salud de atención primaria como unos de los condicionantes que inciden en la inserción de las personas migrantes a la oferta programática disponible, en tanto deriva en una mala disposición para atender a migrados/as/. De esta manera, se produciría un distanciamiento entre lo que la normativa establece y los accesos efectivos de este colectivo a los servicios sanitarios.

Por otro lado, se evidencia un estado de desprotección del migrante, en términos de acceso a la salud, desde su llegada al país, hasta contar con documentación en trámite. Por ejemplo, en el Decreto Supremo N° 67 del año 2016 se permite a una persona migrante acceder a los servicios prestados por FONASA en calidad de Indigente cuando ha recibido la primera respuesta del DEM. En términos concretos, esto sucede en promedio al mes y medio de haber enviado la solicitud de visación y cuando el DEM inscribe la solicitud de la persona. Solo a partir de este momento la persona podrá acceder a inscripción como beneficiario (Cubides & Vásquez, 2017).

En suma, en Chile no tener previsión de salud constituye una de las principales barreras para poder hacer uso de los diferentes servicios de salud. Según la encuesta CASEN (2017) un 15,8% de los inmigrantes del país afirman no tener previsión de salud, valor 13,6 puntos porcentuales mayor al de los chilenos en esta misma situación, correspondientes a un 2,2% del total de la población local (Tabla II anexo). Esto da cuenta, de cierto nivel de desigualdad y exclusión social mediada por una problemática estructural que parte de una legislación anacrónica y enmiendas mediante circulares que no garantizan el igual acceso a la salud por parte de los migrantes.

Por ello, actualmente se está debatiendo en diversos círculos políticos y sociales, la posibilidad de una nueva política migratoria que esté más acorde con una perspectiva de derechos, lo que supone abordar temas de bienestar común como es el velar por la salud de dicho colectivo. Se debe comprender que la salud es un derecho humano y que el tratar adecuadamente y a tiempo el padecimiento de las personas contribuye al bienestar y la salud general de un país, pues impide que las enfermedades se propaguen y contribuye a no saturar los centros asistenciales. (Avaria y Galaz, S/F).

#### 1.6. Chagas y migración

El Chagas es uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina y una de las endemias más expandidas del continente, donde 13% de la población es considerada en riesgo de infección (Cucunubá et al., 2016). La enfermedad, es causada por un parásito cuyo nombre científico es *Trypanosoma cruzi*, el que normalmente es transmitido al ser humano y a otros mamíferos por insectos vectores que se alimentan de sangre (hematófagos). La infección comúnmente se efectúa a través de los excrementos que estos insectos depositan sobre la piel de sus víctimas en el momento de alimentarse (Tah et al., 2015). Existen también otros mecanismos de transmisión: la transfusión de sangre o el trasplante de órganos de donantes infectados, la transmisión congénita de madres infectadas y la ingestión de sustancias contaminadas con los excrementos de los

insectos vectores infectados. Por otra parte, *Triatoma infestans* corresponde al principal vector domiciliario que transmite la enfermedad en los países del Cono Sur.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2009 el número de personas infectadas por el *T. cruzi* ascendía a doce millones en todo el mundo, con la mayor cantidad de casos concentrados en veintiún países de América Latina (OMS, 2009). Esta cifra mostró un leve descenso para el año 2012, estimándose un total de entre ocho y once millones de personas infectadas (OMS, 2013). La estabilidad en las cifras de la OMS, manifiesta la prominencia de la enfermedad de Chagas, que pese de los avances logrados en el conocimiento científico biomédico referido al tema, no ha habido una disminución proporcional de la cantidad de personas conviviendo con el problema (Bravo, 2015).

En Chile, las notificaciones de casos confirmados aumentaron de 433 a 1992 casos durante el periodo 2007-2011, la mayor parte de ellos corresponden a mujeres, alcanzando un 60% del total (Minsal, 2014). Al explorar las tendencias del Chagas conforme a los últimos datos oficiales de enfermedades de notificación obligatoria (ENO), otorgados por el Ministerio de Salud de Chile durante los años 1990 a 2011, se observa que durante el periodo de 1990 y 2008 la tasa promedio de notificación de casos se mantuvo estable en 2,95 por cien mil habitantes. En el año 2009, aumentó a 6,79 por cien mil habitantes, y en el año 2011, a 11,55 por cien mil habitantes. Adicionalmente, la mortalidad por esta enfermedad ha mostrado una leve tendencia al alza, con tasas de 0,3 por cien mil habitantes desde el año 2005 en adelante, y 0,4 por cien mil habitantes en 2011 (tasa promedio:  $0,36 \pm 0,55$ ). Durante el período 2006-2011, la mortalidad representó 0,06% del total de muertes anuales del país (Minsal, 2014). En Chile la zona de riesgo de la enfermedad de Chagas se extiende desde la Región de Arica-Parinacota hasta O'Higgins, la que coincide con la zona de distribución del vector doméstico (*T. infestans*) y los vectores silvestres *Mepraia gajardoi* y *Mepraia spinolai* (Vergara et al., 2019).

De acuerdo con un consenso internacional, actualmente se caracteriza a esta enfermedad en una evolución de tres fases, denominadas: aguda, indeterminada (o crónica asintomática) y crónica sintomática (Molina et al., 2016). En el caso de Chile, el mayor número de casos notificados corresponden a los/as portadores/as asintomáticos/as de la enfermedad que representan entre 50 y 70% de todos/as los/as pacientes chagásicos/as (Werner et al., 2008). De modo tal que la mayor proporción de notificaciones, está en grupos etarios mayores, que luego de 10 a 30 años de permanecer asintomáticos comienzan a manifestar la enfermedad en forma clínica (Minsal, 2014).

El análisis de la problemática se complejiza si se tienen en cuenta los aspectos sociales, culturales y económicos que la atraviesan, tales como: las migraciones de la población en el marco de la globalización; el desconocimiento general que hay respecto al Chagas; la consideración de que se trata de una enfermedad asociada a la "pobreza", de épocas pasadas, o exclusivamente de algunas zonas rurales, bajo la idea de que es un problema de "otros/as"; los numerosos factores involucrados de índole política y económica que contribuyen con su ocultamiento; y la exclusión como formas de discriminación social y laboral; todos son elementos que no se pueden dejar a un lado al momento de analizar y trabajar contra el Chagas (Sanmartino, et al., 2017; Stevens et al., 2015; Tineo & Ponte, 2013; Pinto, 2013). Pues es a partir de estas consideraciones generales, que se entiende

al Chagas como una problemática compleja, definida y caracterizada por elementos que se conjugan dinámicamente conformando una especie de “rompecabezas”, en el cual las partes solo cobran sentido al ser consideradas en mutua dependencia y en interrelación con el todo (Sanmartino et al, 2012). En este sentido se sostiene que hablar de Chagas es mucho más que hablar de una enfermedad. Se trata, de una problemática que, para su comprensión, requiere ser abordada desde las múltiples dimensiones que la caracterizan: biomédica, epidemiológica, sociocultural y político-económica (Sanmartino, et al., 2017)

Cabe precisar, que durante décadas el Chagas no fue considerado una prioridad en la agenda de la salud pública chilena –como en la mayor parte de países latinoamericanos–. Esto, ha tenido como efecto la exclusión de una parte sustancial de la población potencialmente involucrada a un acceso adecuado a la información, diagnóstico y a las terapias (Ciannameo, 2014). No obstante, en las últimas tres décadas, surge un aspecto relacionado al aumento de las corrientes migratorias, tanto intrarregionales como transcontinentales, que es la diversificación de enfermedades y patologías a un contexto global. Si bien, el Chagas es una enfermedad que solía estar circunscrita a lugares geográficos específicos, hoy la globalización ha provocado su expansión a distintos sectores geográficos. De aquí, surge un nuevo interés y proliferan los discursos sobre la enfermedad entre los científicos de los países “de inmigración”, particularmente Estados Unidos y países europeos, centrando un debate que ha permitido reconfigurar la enfermedad de Chagas como un problema sanitario “emergente”. (Ciannameo, 2014).

Así, desde principios de la década de los noventa, los países afectados por el Chagas, principalmente aquellos donde la enfermedad es “endémica”, se han organizado para dar una respuesta de salud pública. Junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) se generó un esquema de cooperación técnica horizontal entre países, mediante las iniciativas subregionales de prevención y control del Chagas (OPS, 2020). Estas iniciativas se han desarrollado en el Cono Sur (1992), América Central (1997), los países andinos (1998), los países amazónicos (2003) y México (2004). Estos países han contribuido a mejoras sustanciales de la situación mediante: la interrupción de la transmisión vectorial en todo o parte del territorio de los países afectados, la implantación del tamizaje universal de donantes de sangre, la detección de casos congénitos, la reducción de la prevalencia en niños, la disminución de la morbimortalidad, la ampliación de la cobertura para el diagnóstico y acceso al tratamiento, la mejoría de la calidad del diagnóstico, de la atención clínica y del tratamiento de las personas infectadas y enfermas.

Chile cuenta con tres pilares fundamentales para enfrentar este problema de salud pública: el sistema de vigilancia epidemiológica de cobertura nacional consolidado; el Programa de Control Vectorial, que ha permitido reducir los índices de infestación domiciliaria del T. infestans bajo el 1% y el control de la transmisión transfusional que, desde el año 2008, considera el screening obligatorio a la sangre donada en todo el territorio nacional (Minsal, 2014). (Tabla III anexo)

Actualmente en Chile hay dos formas de abordar el tratamiento de la enfermedad de Chagas: i) tratamiento antiparasitario, para matar el parásito; y, ii) tratamiento sintomático, para controlar los síntomas y los signos de la infección. En cuanto al tratamiento antiparasitario, consiste en la administración de fármacos - beznidazol (BNZ) o nifurtimox (NFX)- preferentemente en la fase aguda de la enfermedad. En cambio el tratamiento sintomático va dirigido únicamente a aquellas personas que presentan problemas cardíacos o intestinales causados por la enfermedad de Chagas, por ejemplo, los marcapasos y los medicamentos para controlar los latidos irregulares del corazón. Además, se han elaborado medidas de prevención que incluyen el rociado de las viviendas infestadas con insecticidas de acción residual, el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, el uso de ropa protectora y la aplicación de repelente de insectos en las áreas expuestas de la piel.

En este marco de las estrategias de prevención y control de la enfermedad de Chagas prevalece un sesgo biomédico, particularmente en lo que respecta al manejo del vector sustentado en el control químico, la iniciativa de entornos saludables y la implementación de estrategias de manejo del medio arraigadas a la aplicación de insecticidas como principal medida preventiva. Por consiguiente, los determinantes sociales no adquieren un peso relevante a la hora de intervenir la enfermedad –enmarcándose únicamente en factores biológicos y ecoepidemiológicos–. De aquí, resulta preciso estudiar y analizar las diversas dimensiones que caracterizan a la enfermedad, de modo tal revelar aquellos factores de desigualdad que pueden incidir en las vivencias de los sujetos con Chagas como son la nacionalidad, el género, la clase y la etnia, y que ayudan a complejizar la forma de comprender el Chagas.

## **2. Preocupaciones centrales desde la academia sobre el Chagas.**

Hasta ahora el foco de atención de las investigaciones sobre el Chagas ha estado puesto en la procedencia y prevalencia de este, y su emergencia en países de recepción de personas migrantes; también se han centrado en el control sanitario de las personas afectadas y en las estrategias de educación como una herramienta para su prevención. Prima una perspectiva biomédica aunada a los factores eco-biológicos y a las transformaciones ambientales de origen humano que generan vulnerabilidad para la transmisión del Chagas, dejando en un segundo lugar a estudios que relacionen los determinantes sociales como factores que inciden en su transmisión.

Conforme a lo anterior, generalmente el énfasis se pone en los procesos socioeconómicos –acontecidos principalmente a partir del siglo XX en el continente latinoamericano–, que han configurado una interacción diferenciada de la población con sus espacios de vida y de trabajo, y que en última instancia, inciden en su exposición a los insectos triatóminos que transmiten el agente patógeno del padecimiento. Escasos estudios cruzan otros factores de desigualdad con la adherencia a los programas de salud respectivos (Avaria y Galaz, S/F), como pueden ser variables de género y de origen nacional, y menos aún, adoptan

una perspectiva multidimensional que considere distintos ejes y factores de desigualdad que pueden incidir en las vivencias de las personas con Chagas<sup>5</sup>.

### 2.1 La construcción biomédica de la enfermedad de Chagas

En esta categoría se consideran aquellas investigaciones predominantes que han privilegiado una mirada biomédica dedicada a estudiar factores ecológicos y/o biológicos que inciden en la enfermedad de Chagas, entre ellos: la modificación y uso del ecosistema; el vector triatomino infectado; el hábitat doméstico humano; y, el humano como hospedero. Además, se contempla la prevalencia de este enfoque en aquellos estudios centrados en las habilidades médicas dirigidas a la curación y a la reducción de los riesgos mediante la vigilancia, control y seguimiento de la población con Chagas.

Orellana y Arriaza (2010), a partir de estudios realizados sobre momias en yacimientos del Perú y del norte de Chile, derivan que el “Mal de Chagas” apareció en América Latina hace más de 9.000 años. Según los autores, originalmente el hábitat natural del portador no involucraba al ser humano, limitándose a ciertas especies salvajes. Por consiguiente, les parece plausible que la infección humana en el entorno doméstico comenzase a extenderse en lugares donde poblaciones tempranas realizaban actividades como la caza, pesca y recolección de diversos recursos para obtener sus alimentos, lo que mantuvo a estos individuos conviviendo con los vectores de la zona (Orellana y Arriaza, 2010).

En esta misma línea investigativa, Pinto (2012) constata que este proceso se intensificó durante la colonización europea, debido al cambio radical en el equilibrio socio-ambiental. Para el autor, la explotación de los territorios y de las materias primas; la deforestación, el cultivo, además del desplazamiento masivo de personas, fueron cambiando el hábitat natural del vector, privándolo de sus recursos alimenticios normales y favoreciendo la entrada del ser humano en la cadena epidemiológica. Esta modificación y uso humano del ecosistema ya había sido esbozado por Rebollar (2009), quien manifiesta que ante esto, los triatominos responden al aumentar sus poblaciones e incrementar su movilidad hacia áreas agropecuarias que llegan a ocupar debido a su alta capacidad de adaptación (Rebollar, 2009). Lo que se dio, en la medida en que el ser humano proporcionó viviendas rurales adecuadas para ser colonizadas por el vector, así como productos almacenados para atraer mamíferos infectados.

---

<sup>5</sup> La búsqueda e identificación de literatura relevante se realizó a través de las bases de datos dialet, scielo, google scholar y academia.edu, mediante una exploración sistemática hacia investigaciones académicas sobre enfermedad de Chagas, determinantes sociales y población migrante, contemplando la producción de conocimiento en el campo investigativo publicado entre 2014-2020 –con ciertas excepciones–. Se buscaron artículos en inglés, español y portugués. Asimismo, por medio de la base de datos de la biblioteca digital de la Universidad de Chile, se realizó una búsqueda de artículos en una serie de revistas científicas de ciencias sociales dedicadas a la publicación de estudios de salud desde una perspectiva sociológica o antropológica. En ese sentido, la búsqueda estuvo orientada por claves terminológicas en torno a factores sociales o culturales de la enfermedad y enfoques temáticos de la patología desde las ciencias sociales, privilegiando una perspectiva metodológica cualitativa.

En este marco, Texeira (2009) va a considerar que la enfermedad de Chagas en humanos es un hecho puramente accidental, pues a medida que entraron en contacto con los focos naturales de infección y causaron diferentes grados de transformaciones ecológicas, los triatomíneos infectados se vieron obligados a ocupar sus viviendas. No obstante, Valdez (2016) refutará esta idea, afirmando que los factores ecológicos y biológicos en la transmisión vectorial de *T. Cruzi* no permiten por sí solos entender los procesos que derivan en la infección humana. Las diferentes formas de interacción de las personas con su entorno físico, enmarcadas en fuerzas estructurales socioeconómicas, pueden resultar en manifestaciones particulares en la epidemiología de la transmisión (Valdez, 2016).

En este sentido, para Valdez (2016), el proceso migratorio del campo a la ciudad va a imponer un nuevo escenario epidemiológico para la transmisión vectorial de *T. cruzi*, debido a las condiciones de vida de su población y por la modificación del hábitat ante el crecimiento urbano. Aquí resulta relevante mencionar que en el imaginario social, la transmisión vectorial de *T. Cruzi* muchas veces se asume restringida a las áreas rurales. Sin embargo, varios estudios muestran a triatomíneos que infestan viviendas y permanecen en terrenos de zonas periurbanas y urbanas, en donde cada vez se reportan potenciales eventos de transmisión vectorial. Tal es el caso de la investigación llevada a cabo por Pinto (2013), quien considera que aquellos individuos que se desplazan por sí mismos, por lo general, se instalan en sitios periféricos, lo que determinaría una nueva forma de convivencia vulnerable entre el ser humano y el insecto, principalmente en lo que respecta a su transmisión. Esto, dado que las infecciones en dichas zonas se encuentran asociadas a distintos factores de riesgo, tales como la insalubridad del agua y las malas condiciones de vivienda y saneamiento (Valdez, 2016). Lo que para Guzmán (2008) evidenciaría un vínculo factible entre la precariedad de las condiciones de vida, la pobreza y marginación como factores que vulneran a la población ante la transmisión vectorial de *T. cruzi* en las poblaciones urbanas.

Al considerar que la penetrabilidad ofrecida por las características físicas de la vivienda tiene un papel en la incursión de los triatomíneos a su interior, investigaciones como la de Barbu (2010) dan énfasis a iniciativas como la fumigación interna de las viviendas con potentes insecticidas y al uso de mosquiteros y mallas protectoras, como mecanismos para controlar y prevenir la propagación de la enfermedad de Chagas. A esto, Kenyon, Catalá, Grados, González y Castellanos (2014) agregan la importancia de la expansión de acciones de vigilancia y control, que incluyan la salud veterinaria, el control vectorial, mayor equidad en el acceso a agua segura y saneamiento básico, como una oportunidad de fortalecer la salud pública, y contribuir directamente a los objetivos económicos y políticos de sus gobiernos (Kenyon et al., 2014)

## 2.2 Determinantes sociales: estigmas y barreras

Un limitado grupo de estudios se ha encargado estos últimos años de explorar aquellas dimensiones socioculturales y económicas que inciden en la transmisión del Chagas, dentro de los cuales es posible distinguir dos tipos de abordajes: por un lado aquellos dirigidos a profundizar de forma exclusiva el factor de clase, y por otro, aquellos dedicados a indagar los factores culturales y sociales en su conjunto.

El sociólogo Briceño-León (1999) fue uno de los primeros en abordar desde una perspectiva social la enfermedad de Chagas. Su trabajo de investigación se centró en aspectos socio-epidemiológicos del padecimiento en países endémicos latinoamericanos, estudiando los factores sociales involucrados en los modos de transmisión, con el fin de vislumbrar las causas de fondo de dicha enfermedad. Para este sociólogo, resulta muy distinto decir que el Chagas está ligado a la pobreza, a secas; a decir que tiene su origen en la explotación de los/as trabajadores/as (Briceño-León, 1999). En este sentido, va a sostener que las variables ocupación e ingresos son las más importantes para comprender el riesgo de contraer o transmitir la enfermedad. Así, por ejemplo, el elemento estructural de la vivienda, identificado históricamente desde una perspectiva biomédica como un factor de riesgo en sí mismo, cobra diferente significación en relación con la perspectiva que adopta el autor, en tanto son los bajos ingresos de la población los que les imponen condiciones de vida inadecuada y les impide acceder a una vivienda digna<sup>6</sup>.

En suma, Briceño-León (1999) se interesó en las percepciones subjetivas y culturales sobre el Chagas. Para el autor, esta dimensión “psicosocial” abarca el nivel de información y educación que tienen las personas sobre los riesgos de su padecimiento, lo que a diferencia de la perspectiva socioeconómica, las causas no son externas, sino derivadas de la agencia individual orientada por unas prácticas, creencias y valores en torno a la enfermedad. De aquí, el sociólogo constata un desinterés generalizado por parte de los/as sujetos en informarse, lo que se relacionaría con aquella “desesperanza que han aprendido en la vida social las poblaciones más pobres. Siglos de abandono y frustración han hecho muy difícil creer que haciendo esfuerzos se puede mejorar algo en la vida. La experiencia ha sido de derrotas y fracasos” (Briceño-León, 1999, p. 206)

En esta misma línea, investigaciones más recientes del sur de América, se han enfocado en evaluar a nivel comunitario el grado de conocimiento de la enfermedad y hasta qué punto sus interpretaciones inciden en la transmisión del Chagas. Entre estas publicaciones, se destaca la llevada a cabo en la región de la Plata (Argentina) por Mariana Sanmartino (2015), quién a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a varones adultos que presentaron serología positiva para Chagas, identificó que sus discursos están atravesados por dimensiones vinculadas a la naturalización/normalización del problema, que se acompaña de una actitud de resignación frente a lo inevitable. Los resultados, además muestran la discriminación laboral como uno de los factores generadores de resistencias a las acciones de diagnósticos, en tanto los sujetos prefieren no conocer el resultado positivo, por el temor de ser discriminados y perder, debido a ello, sus fuentes laborales (Sanmartino et al., 2015).

Más tarde, Sanmartino y sus colaboradoras (2017) en un intento por profundizar en los lineamientos socioculturales y políticos que inciden en la enfermedad de Chagas, enfatizarán en las representaciones de los equipos de salud respecto de la enfermedad y

---

<sup>6</sup> En este sentido resulta importante añadir la información proporcionada por la investigación de Vergara y Reyes (2019) para el contexto chileno, en la que se detalla que el precio de las viviendas ha aumentado en un 67,8 por ciento entre 2011 y 2019, período donde los ingresos aumentaron sólo un 24,7 por ciento. Asimismo señalan que en la ciudad de Santiago la vivienda es “severamente no alcanzable” de acuerdo al Índice de Acceso a la Vivienda o PIR.

la implicancia que tienen estas visiones en la forma de tratamiento y adherencia a los programas médicos. Se ratifica que existe un sesgo biologicista en la formación profesional y que los determinantes sociales no adquieren un peso importante a la hora de intervenir la enfermedad. En este marco, destaca el estudio realizado por Sáenz y Mazzanti (2019), quienes recalcan que el Chagas –junto a otras enfermedades infecciosas–, debe ser visto multifactorialmente y no sólo desde una perspectiva patológica. En ese sentido, analizan ésta y otras enfermedades desde una mirada bioética considerando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, en cuanto engloba los principios de igualdad, justicia y equidad; el enfoque de no discriminación y estigmatización; responsabilidad social y salud. En suma, las autoras van a destacar la necesidad de una investigación transdisciplinar, que además implique un trabajo colaborativo y formativo con las comunidades afectadas y profesionales de la salud.

Por su parte, Mordeglia (2018) al entender el Chagas como una problemática compleja, enfatizará en la educación como una herramienta valiosa en la búsqueda de alternativas y de nuevas perspectivas que den lugar a la construcción de un paradigma integrador, el cual aborde de manera crítica dicha problemática en todas sus aristas –culturales, políticos, económicos, ambientales y sociales, además del tradicional abordaje biomédico–. Para la autora, hablar de educación y Chagas implica la necesidad de instalar/formalizar un abordaje integral, no solo en áreas vinculadas a la salud, sino en distintas áreas disciplinarias, a fin de consolidar una mirada transdisciplinar que optimice prácticas de comunicación innovadoras en el tratamiento de la enfermedad, y que sobre todo permita integrar el saber popular de las personas afectadas por ella.

Cabe señalar, que la búsqueda de literatura realizada arrojó escasos resultados sobre las dimensiones de género en relación al Chagas. Entre ellos, destaca el estudio de Ventura, Rura, Pell, Posada, Gascón, Muñoz y Pool (2013), quienes a partir de una indagación sobre cómo la construcción que hace el personal de salud de los/as usuarios/as con chagas afecta la atención sanitaria; darán cuenta de un sesgo de género que se acompaña de un trato discriminatorio y una atención diferenciada en los servicios de salud. Para los/as autores/as este sesgo tiene a su base una serie de representaciones e ideales sociales sobre los roles de hombres y mujeres en la sociedad, que configuran la identidad masculina y femenina y que son interiorizados por hombres y mujeres. En este sentido, sostendrán que los hombres presentan menos probabilidades de utilizar los servicios de salud, en la medida que tienden a asociar la búsqueda de ayuda con la debilidad, colocando en tela de juicio sus ideales de masculinidad. Mientras las mujeres, presentarían lazos más estrechos con el sistema de salud debido a su papel reproductivo. Asimismo, los sentimientos de responsabilidad y culpa de las madres si sus hijos reciben un diagnóstico positivo, las llevarían a utilizar los servicios de salud para asegurar su tratamiento (Ventura et al. 2013)

### 2.3 Migración intrarregional y enfermedad de Chagas

Las investigaciones sobre el nexo entre los flujos migratorios y Chagas se encuentran en su mayoría concentradas en países “no endémicos” de recepción de migrantes –principalmente Europa y Norteamérica–, ya que tradicionalmente se ha concebido a este colectivo como portador de Chagas. Un ejemplo de ello, es el estudio realizado por

Girolamo y colaboradores/as (2011) quienes sostienen que el proceso de globalización proporcionó el escenario idóneo para la expansión mundial de la enfermedad, en tanto favoreció el acceso a viajes internacionales, los cuales produjeron grandes “oleadas” migratorias de poblaciones latinoamericanas infestadas que, escapando de situaciones políticas o económicas desfavorables, o en búsqueda de nuevas oportunidades, se trasladaron hacia países del primer mundo. No obstante, dicha transformación para los/as autores/as ha desencadenado una serie de limitaciones en su erradicación donde el Chagas es emergente, principalmente por falta de mecanismos de divulgación orientados al personal de salud, lo que obstaculiza un tratamiento adecuado por falta de información.

Ahora bien, el foco de atención de las investigaciones sobre migrantes y Chagas en América Latina, tiene que ver con la prevalencia de la enfermedad por una falta de conciencia sobre los riesgos de ésta a largo plazo en las trayectorias de vida de las personas (Avaria y Galaz, S/F). Asimismo, ante el incremento de los flujos migratorios intrarregionales, las investigaciones han comenzado a mostrar una preocupación por la afectación de dicho fenómeno en el perfil epidemiológico de algunos países sudamericanos.

A este respecto, el estudio efectuado por Kölliker-Frers, Insua, Razzitte y Capani (2015) en Argentina, muestra como el incremento de población migrante ha conllevado a un aumento de personas infectadas en el país. Para los/as autores/as los déficit en salud que portan de sus países estos/as nuevos/as residentes, genera un impacto directo en la salud pública argentina. De aquí, como resultado de un estudio comparativo en torno a la prevalencia de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas, destacan una mayor proporción de serología positiva para Chagas en mujeres inmigrantes de origen boliviano que en mujeres embarazadas argentinas. Esto, se debería a que las mujeres bolivianas son mayoría en los espacios de extrema pobreza rural, lo que según los/as autores/as sería un hecho epidemiológico más que relevante a razón de la transmisión vertical del Chagas (madre a hijo) (Kölliker-Frers et al., 2015).

La preocupación por los cambios provocados en los perfiles epidemiológicos por las migraciones intrarregionales, también tendrá lugar en Brasil. Investigaciones como la de Carneiro, Silveira, Brito da Silva y Shikanai (2018) enfatizan en la relación entre movimientos migratorios y vulnerabilidad social. En tanto, los/as inmigrantes que llegan a Brasil desde países vecinos, generalmente se insertan en territorios con una alta precariedad –sobre todo en zonas metropolitanas–: desde mala calidad en la vivienda, hasta restringido acceso a la salud. Los/as autores, a partir de una revisión de los discursos otorgados por los/as profesionales de salud que trabajan en atención directa de pacientes con Chagas en Sao Paulo, van a concluir que las condiciones precarias en las que habitan, el lenguaje y ciertos rasgos culturales de migrantes con Chagas, dificultan el “cuidado” efectivo de este colectivo.

Pese a estos estudios emergentes en América Latina, cabe precisar que existe una exploración casi nula en torno a las visiones e imaginarios que poseen los equipos de salud respecto de las personas usuarias atendidas, o sobre sus prejuicios respecto de la atención de población migrante.

### 2.2.1 Herramientas conceptuales

En este apartado se profundizarán tres temáticas relevantes para el abordaje de este estudio. En primer lugar, se revisan algunos conceptos teóricos de ciudadanía y su resignificación dentro del complejo proceso de globalización. Esta dimensión es fundamental para comprender ciertas desigualdades socioestructurales entre los colectivos excluidos y el resto de la ciudadanía. En segundo lugar, se abordaran conceptos claves de cómo entender las políticas de salud en el área epidemiológica. Se comienza dando cuenta de conceptos básicos como mecanismo de seguridad, para seguir hacia los aspectos más particulares que ocupan este estudio: la atención de salud biomédica y sus implicancias para el abordaje en salud. Por último, se establecen algunos conceptos claves de interseccionalidad, a fin de complejizar la forma de comprender el Chagas.

#### 2.2.2. Ciudadanía y nacionalidad.

Diferentes desarrollos teóricos han instalado la ciudadanía y la nacionalidad en relación con el Estado-nación. En un sentido técnico legal, cada término refleja una estructura diferente, aunque básicamente se han tratado como parte del mismo concepto. Ambos identifican la condición legal de un individuo en términos de pertenencia a un Estado (Wabgou, 2012). De esta manera, la ciudadanía se limita generalmente a la dimensión nacional, mientras que la nacionalidad alude a la dimensión legal internacional en el contexto de un sistema interestatal (Sassen, 2013). La condición legal implica las condiciones concretas por las que un Estado reconoce a uno de sus miembros como ciudadano y la base formal de los derechos y responsabilidades del individuo en relación con el Estado (Bobbio & García, 2001).

De acuerdo a Giorgio Agamben (1998) los derechos “del ciudadano” constituyen la primera traducción de la vida como ámbito de inteligibilidad universal en el marco del Estado. En este sentido, a fines del siglo XVIII, la vida pasa a formularse en términos de derechos que, al unirse al destino del Estado, se convierten en una operación apenas perceptible, en derechos de los ciudadanos. Es decir, en derechos de los varones<sup>7</sup> y en derechos de aquellos a los que se les reconoce su pertenencia a un determinado ámbito territorial: el de la nación. De este modo, los derechos inalienables del “hombre” quedan indisociablemente unidos o, más bien, confundidos con la ciudadanía.

Ahora bien, gran parte de las dinámicas que erigieron economías, sistemas de gobierno y sociedades en los siglos XIX y XX, incluyeron una articulación entre la escala nacional y el incremento de los derechos ciudadanos. En este marco, Marshall (1998) entenderá por ciudadanía “aquel estatus que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica” (Marshall, 1998, p. 37). La misma estaría constituida por tres tipos de derechos: los civiles, los políticos y los sociales. De acuerdo con los planteamientos de Bottomore (1998), podríamos distinguir entre la ciudadanía formal (conjunto de derechos civiles, políticos y sociales que el ordenamiento jurídico de un país confiere a quienes han nacido

---

<sup>7</sup> Los que éste tiene únicamente en virtud de su nacimiento y, como apunta la crítica feminista, del valor “natural” asociado a su sexo.

en él o consiguen su nacionalidad) y la ciudadanía sustantiva (la práctica efectiva de esos derechos que el ordenamiento jurídico otorga a los ciudadanos) (Bottomore, 1998).

Este conjunto de autores/as, se han preocupado preferentemente por las condiciones estructurales que hacen posible la ciudadanía. No obstante, diversos analistas añaden que ésta también se trata de una identidad construida que sitúa a la persona en la sociedad, con unos roles y responsabilidades concretos, así como unas virtudes cívicas necesarias para el correcto funcionamiento democrático (Kymlicka y Norman, 1996). En suma, Kymlicka y Norman (1996), han exigido la incorporación de postulados que reconozcan aquellos derechos colectivos –con frecuencia entendidos como grupos culturalmente distintos– y no sólo individuales. No obstante, siguen utilizando al Estado nación en calidad de marco normativo para entender a los grupos sociales involucrados como parte de la sociedad civil nacional. En ese sentido, aún existen grupos que pueden considerarse en cierta medida excluidos de la ciudadanía –identidad– compartida (Torres, 1998).

Aquí, hay que considerar que el concepto de ciudadanía al sustentarse en una imagen del Estado como uninacional y homogéneo, relega, si es que no niega, la diversidad de los pueblos y culturas dentro de un mismo territorio a un segundo lugar (Galaz et al., 2016). Esta situación implica distintas formas de omisiones deliberadas y discriminaciones en las disposiciones que rigen los procesos de adquisición de la ciudadanía, pues si la identidad y la pertenencia a una comunidad nacional no se corresponden surge la posibilidad de una exclusión a la “condición” de extranjería, marcando un adentro y un afuera de la comunidad (Novick, 2019).

Si bien algunos/as autores/as abogan por formas de “ciudadanía inclusiva”, otros/as teóricos/as y buena parte de estos grupos reclaman una “ciudadanía diferenciada” en la que se reafirmen las diferencias grupales para que éstas no sean olvidadas. Young (2000) considera que la omisión de estas diferencias grupales puede ser un paso a la opresión y exclusión de los grupos “menos iguales”, ya que parten de una situación inicial de desventaja en la participación política y social, y tienen unas necesidades particulares que precisan de políticas diferenciadas (Young, 2000).

Los principales análisis que representan a este modelo de ciudadanía diferenciada parten de la teoría feminista y de la perspectiva multicultural. Estos estudios enfatizan sobre el fracaso de una concepción formal de la ciudadanía –su estatus legal– con relación a la integración de la dimensión de género y con relación a una presunta neutralidad racial a la hora de admitir las diferencias individuales en el seno de la comunidad (Benhabib, Butler, Cornell y Fraser, 1995). En resumen, la ciudadanía legal no siempre aporta plenos e iguales derechos a todos sus miembros. La posición de los distintos grupos dentro del Estado-nación configura de modo central el estatuto real de ciudadanía.

Desde esta perspectiva, la implementación de políticas de la diferencia sería necesaria en la medida en que existen desigualdades estructurales en diferentes ámbitos de la esfera pública entre los colectivos excluidos y el resto de la ciudadanía; (Young, 2000).

*a) La ciudadanía y su tendencia a la exclusión.*

El análisis de la “ciudadanía diferenciada” es valioso en cuanto visibiliza la situación de aquellos colectivos –definidos por su raza, etnia, género u otras “identidades”– que, a pesar del reconocimiento de la igualdad formal en tanto ciudadanos, se enfrentan a distintas formas de exclusión, formal y real, obstaculizando su plena participación en la vida pública.

De aquí, que en este apartado se trata de aportar ciertas pistas que permitan reconocer la contradicción inherente que entraña la noción de ciudadanía, en tanto en ella convergen los ideales universalistas de los derechos humanos, al tiempo que se constituye como un dispositivo<sup>8</sup> de control excluyente que prohíbe y rechaza. Lo anterior, con el propósito de dar cuenta como la noción de ciudadanía anclada en nuestros tiempos a un discurso normativo que tiene su enraizamiento en el cuadro del Estado Nacional, genera una rígida disgregación, incluso exclusión estructural de aquellos sujetos migrantes –con y sin los “papeles” en regla– del espacio jurídico, político y simbólico al ser concebido como “otro/a” del “nosotros/as”, produciendo nuevas fronteras, cada vez más potentes e intangibles, dentro de un espacio políticamente homogéneo modelado únicamente sobre sujetos privilegiados titulares plenos de los derechos de ciudadanía.

En los últimos años se han sumado nuevos desafíos lanzados en torno a la tradicional configuración nacional de la ciudadanía por un conjunto de procesos a los que se hace referencia habitualmente al hablar de “globalización”. En contraste con la idea moderna de Estado-nación que conduce a un significado simplista del concepto de ciudadanía –que indica “la posición de un sujeto frente a un Estado determinado, en relación al cual se es ‘ciudadano’ o ‘extranjero’” (Costa, 1999; en Mezzadra, 2005, p. 97) –, el problema contemporáneo representa una línea de división y protección de espacios políticos, sociales y simbólicos constituidos y consolidados. Por ende, si se quiere contrastar la tendencia de la ciudadanía a ubicarse como una condición duramente excluyente en los tiempos contemporáneos, es necesario trabajar para reabrir teórica y prácticamente el movimiento constituyente, mirando a la pertenencia no como un ‘estatus legal’, sino como una forma de identificación, un tipo de identidad política: algo que debe ser construido y que no está dado empíricamente (Mezzadra, 2005).

Se trata entonces, de pensar la experiencia y la formación de sujeto/a como procesos, a medida que se reformula la cuestión de la “agencia”. El “yo” y el “nosotros/as” que actúa en el campo de la ciudadanía no desaparece, lo que desaparece es la noción de que esas categorías son entidades fijadas y preexistentes, pues en la contemporaneidad son más bien constituidas y marcadas por un continuo de prácticas culturales y políticas cotidianas, que se encargarán de generar particulares tipos de exclusión.

Bajo esta idea, la ciudadanía “establece un límite más allá del cual sólo hay transgresión, donde se ubican todos los grupos sociales que la prohibición social alcanza” (Foucault, 1994, p. 21). Expuesto de este modo, se entenderá la ciudadanía como un dispositivo que cumple la función de calificador y descalificador, donde la exclusión se traduce en un sentido de pertenencia, al momento que constituye la no pertenencia, operando en una

---

<sup>8</sup> Se entiende como dispositivo un sistema técnico y social de acción que organiza y normativiza las relaciones sociales, en función de significados y representaciones concretos (Lascoumes 2004).

suerte de doble valencia, en lo que concierne a las fronteras (excluyentes) trazadas entre migrantes irregulares y ciudadanos; entre clases poderosas y “pobres”.

Aquí, cobra sentido lo postulado por Tapia y Porras (2010), quienes conciben la ciudadanía en un contexto globalizado como justificación de la negación de los particularismos, de las especificidades culturales, de las necesidades, y de las aspiraciones vinculadas a microclimas culturales, étnicos o raciales, donde la gestión de la exclusión se da por medio de la asimilación llevada a cabo por una amplia política cultural orientada hacia la homogenización, que tiene en su base la erradicación de las diferencias al interior de los espacios nacionales.

En virtud de ello, la mundialización ha generado una transformación en la noción de frontera, ya no definida preeminentemente en términos de territorialidad y delimitación entre estados nacionales. Benhabib (2004) plantea que los sistemas democráticos actuales han generado nuevas formas de construir y percibir las fronteras dentro de un mundo globalizado; que instauran una cierta hostilidad entre el estatus de privilegiado y el de forastero. Las democracias -según la autora- se han encargado de promulgar “leyes” que “obligan” a quienes las autorizan legítimamente, sin extenderse más allá de las demostraciones que se han circunscrito como pueblo de un territorio dado. En este sentido, los derechos de personas “ajenas” indican el umbral –la frontera– en la que la identidad de “nosotros”, el “pueblo” se define. Esto, ha implicado abocarnos a dos alternativas políticas liberales inaceptables: “o bien indiferencia o bien intervencionismo –reflejo de la existencia de fronteras morales que excluyen al otro bajo ‘términos holísticos-’” (Benhabib, 2010).

Un reflejo de ello para Norberto Bobbio (2010) es la predisposición mental de la que nace el racismo por medio de un etnocentrismo: “aquel comportamiento de ‘nosotros’ hacia los ‘otros’ que consiste en elevar de modo indebido los valores característicos de la sociedad a la cual pertenecemos a valores universales” (Bobbio, 2010, p. 201), lo que para el autor resulta descortés e insensato al momento que se juzga desde un sentido de superioridad a quien pertenece a un grupo étnico de costumbres diversas, igualmente particularistas, desatando una forma persistente de discriminación social.

Sin embargo, es preciso no olvidar que la ciudadanía posee una dimensión excluyente que es central y que determina, en muchos aspectos, su efectividad: se es ciudadano o extranjero, marcando con ello un adentro y un afuera fundamental y, por lo tanto, la posibilidad de un cierre sobre sí (es decir, de una soberanía y de un campo marcado y delimitado para la acción política y jurídica) de los Estados. En otras palabras, la soberanía constituye el principal límite a la hospitalidad: sólo puede haber derecho a tener derechos en el marco de Estados Nacionales cuya particularidad cristaliza y efectiviza la universalidad de la ley y el devenir sujetos (de derecho) de los individuos; es decir, la hospitalidad sólo es posible como derecho en el marco de ciertas regulaciones e instituciones que cada Estado unilateralmente, en tanto cuerpo político diferenciado y autónomo, establece para la entrada y salida de las personas en su territorio (Novick, 2019)

En este sentido, el trato a los inmigrantes es un observatorio privilegiado de las fronteras de nuestras democracias, pues si la identidad y la pertenencia no son naturales sino que

surgen de la posibilidad de una exclusión, los procesos de extrañamiento seguirán siendo, se quiera o no, centrales incluso en las sociedades más democráticas.

### 2.2.3 Políticas de salud, biomedicina y epidemiología.

Las políticas de salud forman parte del conjunto de intervenciones que el Estado realiza en la esfera pública, asumiendo así la provisión de los denominados servicios universales (Falappa y Andrenacci, 2009). Para fines de este estudio, resulta relevante destacar que la forma y el contenido de estas formulaciones dan cuenta no sólo de la dimensión estrictamente sanitaria, sino también de las construcciones simbólicas que se realizan sobre aquellas enfermedades que son objeto de tratamiento, y la calidad de las acciones que deben llevarse a cabo para paliar aquellos problemas de salud que han ingresado en la agenda pública (Novick, 2019).

Falappa y Andrenacci (2009), definen las políticas sociales como un enfoque más que como un producto: un conjunto de intervenciones del Estado para regular, proteger y administrar la reproducción de la vida de sus poblaciones. Esta acepción conduce a la referencia que Foucault (2006) realiza del término población, en tanto un sujeto político nuevo que establece un nivel donde la intervención estatal resulta pertinente a través de lo que el autor denomina dispositivo de seguridad, una forma de gobierno que, sin pretender anular las condiciones negativas o perjudiciales de una situación, trata de maximizar sus aspectos positivos y de atenuar el riesgo.

El mecanismo de seguridad constituye un grupo de técnicas para gestionar los peligros o las adversidades, más no para eliminarlas o contrarrestarlas por completo: un nivel de hambre, da el ejemplo Foucault, siempre es esperable. En este sentido, un cierto número de casos de enfermedad también sería contemplado a la hora de elaborar una política de salud que, de este modo, puede pensarse como una expresión del dispositivo de seguridad contemporáneo. En complementariedad, Vilas (2005) va a afirmar que las tecnologías de gobierno implementadas en el marco de políticas de salud no sólo constituirán una forma de prevención y cuidado sino también de un conocimiento profundo sobre la población y un modo de intensificar la vigilancia.

Ahora bien, Menéndez (2005) señala que en casi toda sociedad, la enfermedad y los padecimientos son tratados mediante una variedad de formas de atención. Sin embargo, desde la perspectiva biomédica, el tratamiento de la enfermedad ha sido siempre considerado patrimonio del saber médico. “Dicho rol fue organizado e impulsado a través de instituciones médicas específicas, pero fue fundamentado no solo por criterios profesionales sino por instancias jurídicas aplicadas por el Estado” (Menéndez, 2005, p.10). Esto no significa necesariamente que la biomedicina se haya apropiado de todo el proceso de salud/enfermedad, y menos aún que haya eliminado otras formas de atención. Antes bien, indica que el saber y las instituciones médicas instituyen su hegemonía respecto a los otros saberes que operan simultáneamente respecto a los padecimientos (Menéndez, 2005).

Según el autor, las principales características estructurales de este modelo médico hegemónico (MMH), son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Ahora bien, el rasgo estructural dominante será el

biologismo, el cual constituye el factor que garantiza la cientificidad del modelo, así como la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos (Menéndez, 1988). Éste, articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, subordinando, en términos metodológicos y en términos ideológicos, a los otros niveles explicativos posibles (Menéndez, 1988). En este sentido, “el biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas” (Menéndez, 2005, p.12).

La crítica al “modelo biomédico” incluye también la crítica a la epistemología, a una forma de conocer, de hacer ciencia desde el positivismo, donde los datos cuantitativos, la evidencia se constituye en el único referente de verdad desde una pretendida objetividad que asume ser neutra. Este “modelo biomédico” se nutre del determinismo biológico que explica las diferencias sociales, las jerarquías y la desigualdad a partir de la “naturaleza humana” (Menéndez, 2005)

#### 2.2.4. Epidemiología y migración desde un enfoque interseccional.

En este escenario y a fin de proporcionar un análisis reflexivo en torno a dicha intervención biomédica, se plantea la necesidad de adoptar un enfoque interseccional, en tanto, este permite complejizar la forma de comprender el Chagas mediante una perspectiva multidimensional, que considere distintos ejes y factores de desigualdad que pueden incidir en las vivencias de las personas con Chagas, además considerando críticamente discursos y prácticas del ámbito de la salud (Hill Collins y Bilge, 2016)

De acuerdo a Yuval-Davis (2006), el criterio de interseccionalidad permite evaluar la interacción simultánea de las identidades discriminadas. Esto, no equivale a la suma de todas las causas de discriminación sino más bien a la interacción de éstas en cada persona o grupo social, las cuales reflejan las diferentes estructuras de poder existente en la sociedad misma. Es decir, cómo estas distintas estructuras de poder se interrelacionan y articulan unas con otras, mostrando así en qué medida el poder es siempre multifacético y complejo. Diversos sistemas de poder y subordinación pueden complementarse o competir, fortificarse o debilitarse entre ellos (Bartolomei 2012).

En este sentido, la mirada interseccional invita a pensar la complejidad del mundo, en las personas y en las experiencias humanas. Pues, categorías como el género, la etnicidad, la clase y la sexualidad se construyen mutuamente y lo hacen de múltiples modos, dependiendo de factores sociales, históricos y simbólicos (Prins, 2006). Según lo señalado por Prins (2006), este enfoque se centra principalmente en procesos de diferenciación y sistemas de dominación, es decir, se focaliza en cómo se producen determinadas subjetividades y diferencias, a través de prácticas y discursos —como los de generización y racialización— que operan dentro de estructuras de dominación históricamente constituidas como el sexismo, racismo, colonialismo y capitalismo (Dhamoon, 2010).

Siguiendo a Yuval-Davis (2006) y Anthias (2002), se enfatiza en comprender cómo esas desigualdades operan en los niveles institucionales-organizativos de la sociedad y en el representativo-discursivo —no sólo a nivel de lo intersubjetivo—.Pues la posibilidad de

derechos de colectivos migrantes que se inserten al ámbito de la salud, dependerá del modo como éstos sean ubicado en determinados repertorios discursivos, contextos temporales y geográficos (López, 2004). En ese sentido, una perspectiva interseccional que explore las vivencias de las personas con la enfermedad nos puede ayudar a comprenderlas como un fenómeno complejo.

### **3. Marco metodológico**

En este estudio se ha optado por un enfoque metodológico cualitativo, en tanto considera la realidad social como una construcción simbólica creada e interpretada (Sandoval, 1996). Pues, la manera en que se accede al conocimiento de la realidad social es a partir de su reconstrucción desde la perspectiva de los/as mismos/as sujetos/as (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003). En efecto, este estudio apuesta por conocer las percepciones del funcionariado de salud, a fin de reconstruir aquello que está a la base de sus concepciones.

Conforme al carácter del estudio, se desarrollaron entrevistas semi-estructuradas, lo que permitió acceder a un universo de significaciones entorno al Chagas y a un conjunto de representaciones sociales estereotipadas. De esta manera, se obtuvieron ciertos parámetros del universo simbólico de los/as sujetos/as entrevistados/as. La utilización de este tipo de técnica de recolección de información se sustenta, al igual que otras técnicas cualitativas, en la capacidad de obtención de una riqueza informativa elaborada por los/as actores/as sociales (Hernández et al., 2004), logrando captar sus concepciones y percepciones sobre ciertos temas.

Para ello, se utilizó un diseño muestral de carácter no probabilístico por conveniencia, dada la accesibilidad de los/as sujetos (Otzen & Manterola, 2017), es decir, aquellos casos próximos –conocidos previamente– que aceptaron ser incluidos. En ningún caso la muestra tuvo intención de ser “estadísticamente representativa”, sino que más bien se seleccionó en base a criterios preestablecidos, privilegiando la profundidad y riqueza de los datos.

En términos operacionales el universo estuvo constituido por nueve funcionarios/as de salud (siete de la Región Metropolitana y dos de la IV Región). Como criterio inicial para la selección de la muestra, se optó por funcionarios/as de Centros de Salud públicos ya que atienden a una mayor proporción de población migrada<sup>9</sup>. Además, la mayoría de estos centros realizan atención primaria, donde se establece el vínculo sistema de salud/pacientes. Ahora bien, el proceso de selección consistió en realizar un primer contacto por correo electrónico para acordar un encuentro. Con el fin de no incidir en sus actividades laborales, se les solicito indicar la fecha y hora que les acomodase (aunque varios de los/as funcionarios/as usaron sus tiempos personales –de colación, después del horario de trabajo- para realizar la entrevista, lo que demuestra la alta y positiva disposición a participar de esta investigación).

---

<sup>9</sup> De acuerdo a la Casen (2013) el 68,7% de la población migrada accede a servicios de salud públicos.

Para optimizar la selección de los/s sujetos participantes se desarrolla una tabla tipológica de los/as funcionarios/as de la salud en función de su profesión, edad y Centro de Salud en el que atiende:

Tabla V: Perfiles de la selección de los casos entrevista.

Profesión	Edad	Centro de Salud
Tecnóloga Médica	37	Hospital Clínico San Borja Arriaran.
Médico Cirujano	49	Hospital de La Serena
Enfermero	28	Hospital El Carmen
Enfermera	31	Hospital el Pino
Enfermera	28	Hospital San José
Médica Cirujana	42	CESFAM Eduardo Frei – Villa Alemana
Kinesióloga	-	-
Obstetra	-	Centro de Salud La Serena
Psicólogo	-	Centro de Salud Quilicura

Fuente: elaboración propia.

Para llevar a cabo la entrevista semi-estructurada, se elaboró una pauta con 12 preguntas enmarcadas en tres tipos de dimensiones: i) Chagas en Chile; ii) migrantes y salud; y, iii) migrantes y Chagas. Esta fue realizada por plataforma “Zoom”, donde si bien permitió el contacto inmediato con los/as entrevistados, las dificultades en el acceso y la falta de comunicación cara a cara repercutieron directamente en el resultado de esta. Cabe precisar, que se solicitó a los/as participantes firmar un consentimiento informado, con la finalidad de difundir los resultados de la investigación, el cual fue enviado a las direcciones de correo electrónico de los/as participantes.

La metodología de análisis que se utilizó en este estudio corresponde a un análisis cualitativo de contenido, el cual corresponde a una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, filmados, u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, documentos (Abela, 2002). El denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente permite acceder al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social.

De acuerdo a Abela (2002), esta técnica permite que en la entrevista se puede percibir el contenido manifiesto, obvio, directo que es representación y expresión de aquello que se quiere comunicar; como también percibir un texto latente, indirecto que se sirve del texto manifiesto como de un instrumento para expresar el sentido oculto que se pretende transmitir. Tanto los datos expresos (lo que el/la autor/a dice) como los latentes (lo que dice sin pretenderlo) cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto (Bardin, 1991). El contexto es un marco de referencias que contiene toda aquella información que el lector puede conocer de antemano o inferir a partir del texto mismo para captar el contenido y el significado de todo lo que se dice en este. Por tanto, texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido.

### 3.1 Sistematización de los resultados

A continuación se presenta la manera en que se organizó y clasificó la información obtenida de acuerdo a las posturas similares y disímiles en torno a los objetivos de esta investigación. Considerando las herramientas conceptuales que constituyen el objeto de estudio y sobre el contexto en el cual se llevó a cabo, se dio lugar a una serie de ejes, categorías y subcategorías. El siguiente gráfico muestra la convergencia analítica de las tres categorías generadas en función del desarrollo teórico expuesto.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4. Resultados y Discusión

En este apartado se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas a funcionarios/as de la salud en torno a tres grandes ejes temáticos: en primer lugar se da cuenta del proceso de atención de salud y las problemáticas derivadas de una concepción biologicista del Chagas. En segundo lugar, se aborda la construcción que se hace sobre los/as usuarios/as migrantes latinoamericanos en el contexto de atención primaria, profundizando en las aprehensiones culturales que se sostienen de parte del personal de salud. Para finalizar se alude a los procesos de inclusión/exclusión ciudadana en el sistema de salud, enfatizando en el discurso de exclusión nacionalista.

##### 4.1 El proceso de atención de salud

La atención de salud sobre la cual se enfoca este análisis forma parte de las acciones médicas que se enmarcan en el sistema biomédico. Como tal, se trata de un tipo específico de atención de salud, caracterizada por el énfasis en el biologismo, individualismo, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, identificación ideológica con la racionalidad científica e inclinación a tecnocratizar la

atención (Menéndez, 2003)<sup>10</sup>. De estos rasgos, en este apartado se analiza el dominio de una concepción biologicista del Chagas y su tendencia a “esencializar” las desiguales sociales que inciden en su transmisión.

Una tendencia importante en la biomedicina es la exclusión de factores socioestructurales y/o simbólicos en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, subordinando, en términos metodológicos y en términos ideológicos, a otros niveles explicativos posibles. En efecto, los relatos del funcionariado de salud sobre el Chagas se caracterizan por ser convergentes con un enfoque eminentemente biológico, bajo el cual entienden el Chagas como un “hecho sanitario” desligado de la realidad social, cultural, política y económica que lo rodea.

“En Chile... eh... bueno, los detalles de la enfermedad, que es una enfermedad parasitaria que se transmite a través de la picadura, es por la transmisión del *Trypanosoma Cruzi*, mediante la picadura de la vinchuca, que es un parásito, bueno, que requiere tratamiento...” (E1309RD)

“Los riesgos para tener Chagas es... Se dan, en el embarazo... Y ahí, las personas que han estado viviendo en zonas chagásicas, históricamente chagásicas, antiguamente, son las que tienen más riesgo de tener el parásito en el organismo y transmitirlo a sus hijos. Entonces, el territorio geográfico donde vivían sus madres o ellas mismas, en algún momento, influye en la posibilidad de transmitir, sobre todo de aquellas personas que han vivido en zonas rurales, fundamentalmente más chagásicas” (E1009TH)

Este “saber experto” sobre el Chagas, se suscribe a un determinado modelo del saber hacer (decir y ver) perteneciente al campo de la biomedicina, el cual confluye con un determinismo biológico que presenta las diferencias sociales, las jerarquías y la desigualdad como productos “naturales” propios del medioambiente. En este sentido, el uso de la palabra “geografía” por el funcionariado, adquiere un significado asociado al “ambiente” definido como el entorno social y material del huésped, en tanto se utiliza para referirse al conjunto de componentes físicos, biológicos y sociales capaces de causar efectos directos o indirectos –en un plazo corto o largo– sobre los/as sujetos/as. Esta posición discursiva resulta problemática, ya que invisibiliza las dimensiones estructurales que reproducen desigualdades sociales, raciales, de género y clase, que interactúan y exponen a los/sujetos a la infección o riesgo de ella.

Si bien algunos/as funcionarios/as consideran la inclusión y el manejo de factores sociales y culturales, lo hacen a costa de biologizar o ecologizar dichas variables, pues, en la mayoría de los casos, existe sólo una propuesta descriptiva, en la cual se pierde el contenido dinámico y social de las mismas. En otras palabras, proponen una visión natural de la enfermedad en la cual los determinantes sociales del padecimiento quedan excluidos o convertidos en variables bioecológicas. Esta idea se reproduce, por ejemplo, cuando se abordan las condiciones de vida deficitarias (insalubridad del agua, malas condiciones de

---

<sup>10</sup> Esto como parte del ideal que se ha esbozado anteriormente, por lo tanto, no quiere decir que en un contexto específico se encuentren en la práctica cada una de estas características.

vivienda y saneamiento, etc.) como indicador determinante del Chagas, ignorándose el potencial cuestionamiento a las lógicas neoliberales que permean las trayectorias de vida de las personas afectadas, mediante relaciones de hegemonía y subalternidad, y que operan justificando y reproduciendo las desigualdades sociales que propician su transmisión.

“Inicialmente puede ser que las condiciones de pobreza eran una gran forma, o la ubicación de las viviendas, el tipo de vivienda, a lo mejor ahora se queda más en la población pobre porque perpetúan los ciclos...” (E0509PG)

“Bueno, la parte geográfica, y sí ahora que lo pienso la pobreza igual puede ser un factor determinante. Pero por el hecho de que al ser pobre, la falta de agua, el hacinamiento, genera como toda una cadena en la... al mal lavado de la comida, ahí, etc. Pero por eso, no me acuerdo de las demás transmisiones” (E0909JV)

“Hay condicionantes que son como perversas: la pobreza, mientras más pobres hay más hacinamiento, hay menos condiciones higiénicas y hay material de construcción más precario, entonces hay más exposición a la vinchuca” (E1009RB)

Los extractos de la entrevista ratifican una comprensión reduccionista del Chagas, esto es, al entender una pluralidad de factores localmente estructurados desde categorías simples, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Así, por ejemplo, desde la perspectiva del funcionariado de salud, sólo la “pobreza” por sí sola impone la continuidad del ciclo de transmisión; no hay procesos históricos, sociales, ni políticos abstraibles, pues entienden que ella establece su coseidad al margen de cualquier orden social dominante. En efecto, al focalizar la atención en la “pobreza” como medio social inmediato, se corre el riesgo de naturalizar y esencializar las desigualdades socioeconómicas que inciden en su transmisión, por cuanto ontologizan la “pobreza”, permutando su carácter procesual y situado, es decir la condición de estar en situación de “pobreza”, por la condición del “ser” (son) “pobre”. Pero no solo eso, sino que además, se presentan serias limitaciones analíticas que dificultan una comprensión compleja del Chagas, que incluya las desigualdades sociales que afectan directamente la adhesión a programas de salud, el grado de conocimiento y tratamiento de la enfermedad, las posibilidades de que migrantes y nacionales por igual puedan tratarse, entre otros factores.

Asimismo, los/as funcionarios/as muestran la imagen del Chagas y su geolocalización como generadores de la situación, los que a su vez, permiten situar y señalar a los/as responsables de su prevalencia. En este sentido, desde sus discursos, se constata la idea de que el Chagas es un “mal” que viene de fuera, de otras geografías, el cual deja de ser algo cotidiano y próximo y afecta a “otros/as” distantes y diferentes de “nosotros/as”:

“De todas maneras tiene más riesgo en un sector rural, sobre todo en uno que tenga población conocida de vinchuca, versus una ciudad, por ejemplo” (E1309RD)

“Así que, claro, coexiste la enfermedad de Chagas con la pobreza” (E1309RD)

“El Mal de Chagas o esta enfermedad se produce por la picadura de un insecto en este caso el chinche bien llamado acá en Chile y acá en Chile está controlado” (E1509NC)

“Pero yo encuentro que no hay como una positividad muy alta, yo diría que está como más bien controlado, en cuanto a nuestra parte de la región de Santiago. Quizá si se hace un estudio como el que nosotros hacemos más cerca del norte, más cerca de las fronteras donde pasan harto boliviano, harto peruano quizá la tasa sería mucho más alta” (E0709KR)

“Pero a lo mejor podría ser previo a que llegue al hospital, empezar como a pesquisar las poblaciones de riesgo, ¿ya?” (E0909JV)

Esta construcción del Chagas como una cuestión “restringida” a la pobreza, a la ruralidad y a la migración (localizada), operará como un vector identificador de la otredad, traduciendo su afectación en una entidad estable y visible, que, a su vez, acentuará la estigmatización, la exclusión y la marginación,—en cuanto instalan estas características como “exclusivas” y definitorias de la enfermedad—. Por otro lado, esta distancia en la que se ubica el Chagas hace que su padecimiento se convierta en un elemento extraño, hostil y no deseable, es decir, en un peligro para la población “sana”, acreedor de una vigilancia médica. Pues, el funcionariado al situar el imaginario de no pertenencia, hace posible una demarcación entre el “nosotros/as” y “los/as otros/as”, lo “normal” y lo “patológico”, configurando un mapa que localiza a quienes significan una amenaza para la salud, en tanto pueden ser capaces de alterar significativamente el orden de lo “normal”. Paradójicamente, estos/as sujetos/as pueden estar incluidos en la retórica de la categoría “de riesgo”, pero cada vez más ellos/as son designados/as como dignos de vigilancia y control, más que de soporte. En efecto, la distinción entre aquellos/as merecedores de apoyo y aquellos/as a los que se asegura corrección no es nítida ni explicitada.

En síntesis, es posible constatar que los discursos del funcionariado se basan en una tríada constituida por agente, huésped y ambiente. Como ya fue señalado anteriormente, esta forma de percibir la enfermedad focaliza la atención en el medio social inmediato, limitando su capacidad de comprender el Chagas como parte de procesos socioestructurales. En lo fundamental, los/s funcionarios/as no consideran ni valoran las dinámicas globales que dan cuenta de la acción humana, inherentemente entrelazadas con los marcos estructurales e históricos en los que tiene lugar dicho fenómeno.

#### 4.2 Relación médico/paciente: la construcción de usuarios/as migrantes latinoamericanos en el sistema de salud

Por consiguiente, es posible analizar la puesta en escena de ciertas relaciones de saber/poder al interior del sistema público, en donde los/as funcionarios/as ejercen su dominio sobre los/as pacientes, obstaculizando su acceso efectivo a los servicios sanitarios. Esto, se debe al hecho de que el profesional médico se sitúa en una posición de superioridad al ser el portador del conocimiento que va a permitir —o no— la salud del/la paciente. Por ende, la distinción opera en un campo asimétrico y jerarquizado, donde se

constituye un sistema de oposición binario, mediante el cual el/la paciente es subordinado a los conocimientos del profesional.

“Mira yo no trabajo en centro de salud pero si he estado en estos y yo siento que los principales obstáculos, al menos de donde yo estuve en centros de salud, era la cultura porque uno les presta todas las herramientas, les dices todo, pero a veces hay como... que no hay concientización de las enfermedades, independiente del Chagas, yo siento que es de todas las enfermedades” (E1509NC)

“Mira, los migrantes vienen de una sociedad... Haber hay varios problemas en la inclusión en los sistemas sanitarios, uno que no tienen cultura de acceso a servicios sanitarios, ósea los haitianos en su vida habían visto a un médico o una matrona, entonces para ellos es como algo nuevo, algo a lo que no están acostumbrados” (E1009RB)

“Entonces, esas son las primeras dos cosas que yo he visto que se interponen, como barrera. La siguiente, es que eh... es netamente el desconocimiento. Porque al llegar a un país nuevo, hay... tú no sabes lo que hay en ese país o lo que no hay” (E1309RD)

“La educación, ósea que todo migrante que llegue y se formalice en Chile tiene que recibir una educación sobre las enfermedades endémicas de Chile” (E1009RB)

Desde los extractos de la entrevista, esta condición se observa con mayor contraste en la relación paciente migrante/ sistema de salud, en tanto en sus discursos se puede entrever una relación de poder, donde los/as migrantes son parte de un grupo minoritario, que no maneja o no posee los códigos o los recursos (culturales, simbólicos) necesarios para hacer estado de sus competencias en el espacio de salud. Esta construcción de la figura migrante por parte del funcionariado, se encuentra atravesada por imaginarios y estereotipos sociales que refieren a la etnicización “en clave nacional”, así el inmigrante representa la alteridad, es decir el/la “otro/a”, cuya cultura –en el contexto sanitario– es subordinada y desestimada a la mirada y control institucional promovido por la cultura hegemónica nacional.

En efecto, desde sus discursos no solo se reconoce y valida la supuesta distinción entre el saber institucional y el saber que posee el paciente migrante, sino que también la producción de su legitimidad en base a la deslegitimación o exclusión del/la otro/a. En este sentido, el personal de la salud concede una connotación negativa a la cultura migrante, restringiéndola a prácticas con consecuencias indeseables, adversas o francamente dañinas para la salud.

Esta noción del “otro cultural”, invisibiliza muchas veces las condiciones estructurales de desigualdad, al colocar el principal obstáculo de acceso a los servicios sanitarios bajo responsabilidad del/la sujeto/a y su cultura. De aquí, la distinción de comportamientos inadecuados, lleva al funcionariado a modificar “estilos de vida” según determinadas normas y prácticas biomédicas. Pues, se piensa que la provisión de información experta y científicamente rigurosa conducirá a los/s migrantes a modificar sus comportamientos “desviados” en el ámbito de la salud, esto en la medida que los/as funcionarios proponen

estrategias de educación con el propósito de incrementar la concienciación de este colectivo sobre los riesgos y daños, ya sea del Chagas u otras enfermedades endémicas del país. Cabe precisar que este tipo de estrategia operará desde una mirada monocultural, que busca asimilar, incorporar al sujeto/a migrante a la cultura dominante, negando o denostando su diferencia, quedando reducido y subsumido a las normas establecidas en el sistema de salud local.

Este tipo de relación asimétrica se manifiesta con particular énfasis en los casos donde existen mayores capas de subalternidad como es el caso de las mujeres migrantes. Al respecto, cuando el dominio biologicista del sistema sanitario se entrecruza con la migración y la etnia, mujeres migrantes son juzgadas por sus comportamientos a partir de una mirada estereotipada que las interpreta como desinteresadas del cuidado de su salud.

“Mucha proporción de los casos de Chagas que existen en la zona Norte provienen de mujeres embarazadas eh ya sea de Bolivia, fundamentalmente de Bolivia y de Perú, entonces sí, efectivamente tenemos como... Dificultades para poder también hacer que estas personas se adhieran al tratamiento, uno puede darles el tratamiento pero requiere de una acción activa de la persona para ir y tomárselo y cumplir con el tratamiento... entonces hay que estar pendientes de tener una disciplina en cuanto a eso” (E1009TH)

“Las mujeres, sobre todo en el tema del embarazo, llegan tarde, es decir, llegan cuando el embarazo está ya muy avanzado. Porque en la cultura de ellos, estoy pensando principalmente en haitianos. Al menos los haitianos, el haitiano, va al hospital cuando se siente enfermo, y como el embarazo no es una enfermedad, no van al hospital... No lo consideran así, por tanto- y acá ya está instalado el tema de que el embarazo debe controlarse (da énfasis en la palabra ‘debe’)” (E0409GB)

A partir de los extractos de la entrevista, es posible constatar que las percepciones de los/as funcionarios/as de salud sobre las migrantes están permeadas por una idea de la cultura ligada a su adscripción nacional, a través de la cual son entendidas como personas con necesidades educativas que requieren ser formadas para adecuarse a lo permitido en el sistema de salud chileno. En los discursos del funcionariado se revela una opinión generizada sobre el rol que se espera que cumplan las mujeres migrantes en el cuidado de su propia salud –sobre todo en aquellas mujeres que están embarazadas– construyendo arquetipos y explicaciones basadas en estereotipos de género que reducen a la mujer a su rol reproductivo. En este sentido, se levanta la misión cultural de “disciplinar” a la sujeta que aparece como símbolo de alteridad, en tanto es considerada como una persona carente de los conocimientos normalizados en la sociedad, particularmente de aquellos arraigados respecto a lo que significa ser mujer en la sociedad chilena.

Cabe precisar que este tipo de proyecto termina contribuyendo a la construcción de un orden tradicional de género, en el cual éstas deben constituirse como un grupo de mujeres homogéneas, eliminando sus diferencias y asumiendo como dadas ciertas condiciones de vida ajenas a las relaciones sociales que las mujeres despliegan en el contexto migratorio (tener RUT vigente, tener residencia definitiva, tener FONASA, entre otros requisitos).

En efecto, esta mirada induce a que las intervenciones se restrinjan a una comprensión problematizada de sólo ciertos colectivos considerados “foráneos”, responsabilizando a sus marcos culturales de origen por los comportamientos ante los cuidados de salud, sin tener una visión crítica de cómo los marcos normativos de salud y representaciones sociales operan respecto de éstos.

#### 4.3 Procesos de inclusión/exclusión ciudadana en el sistema de salud: el discurso de la exclusión nacionalista.

Al analizar los relatos del funcionariado, se deja entrever un discurso convergente con un determinado orden jurídico normativo nacionalista, caracterizado por asegurar la homogeneidad cultural de la nación, inscribiendo a los/as sujetos/as migrantes en un conjunto heterogéneo de otredades en el cual se amalgaman diferencias que constituyen una amenaza para la identidad nacional.

Asimismo, los discursos del funcionariado se corresponden con aquel que surge de la institucionalidad jurídicopolítica, que instala restricciones dentro de una “estrategia de control” condicionando el acceso a la atención en salud entre la población inmigrada.

“Todas las personas que llegan al consultorio son atendidas, sólo con tener su pasaporte son atendidas igual” (E0709KR)

[...] entonces más allá de que nosotros como sistema de salud estemos teniendo los mecanismos para incorporarlos, porque se les da un RUT provisorio mientras no saquen los papeles y se puedan atender...” (E1009TH)

“Y luego es que bueno, por normativas una persona que no tenga carnet habitualmente tiene problemas para acceder a la atención” (E0909JV).

“Mira yo creo que las dificultades que ellos tienen es solamente por ser inmigrantes ya, porque obviamente les piden estadía, pasaporte y un sin fin de cosas” (E1509NC)

Estos relatos supone una clara distinción en cuanto al acceso a salud entre los diferentes conjuntos sociales de la población migrada: por un lado, quienes están en condición regular acceden potencialmente a los mismos derechos en salud que la población nacional, mientras quienes están en condición irregular presentan obstáculos insalvables para acceder al sistema. Esta dimensión de acceso a la salud se asume como un tema estructural que afecta a los/as migrantes en cuanto usuarios/as y en su condición de extranjeros/as. La idea de que el sistema de salud impide el acceso a los/as migrantes por su condición de tales está ausente en sus relatos; más bien se trata de trabas legales impuestas por el país para que ellos/as se regularicen como ciudadanos/as y accedan como los/as demás a la atención en el sistema de salud. Por tanto, la ciudadanía se entiende como un estatus legal, en tanto define un marco constitucional de derechos para el conjunto de individuos abarcados en la comunidad nacional. No obstante, sus discursos ocultan una compleja trama de imágenes amparadas en el mito y el estereotipo racial, las cuales operan como un mecanismo de exclusión en el acceso a los servicios sanitarios y programas disponibles sobre Chagas. El siguiente relato es elocuente:

“Que en general y en base a mi experiencia, los migrantes son muy no sé si “dejados” por decirlo así o... finalmente consultan cuando ya la enfermedad está como desatada, son muy poco adherentes al tratamiento, les cuesta mucho seguir como los horarios del medicamentos, etc.” (E0909JV)

En este marco, el uso del atributo “dejados” no hace otra cosa que confirmar el estereotipo en tanto instrumento de inferiorización que opera como eje articulador en el discurso normativo nacionalista, es decir, se constituye en una herramienta para encarnar la ley sobre los cuerpos de los/as migrantes, sometiéndolos al lugar de la alteridad. De aquí, este tipo de categorización no es ni “inocente” ni “natural”, sino que responde a una lógica de poder donde el grupo dominante se refuerza y legitima al construir al otro/a migrando/a como subordinado/a e inferior. En efecto, el funcionariado concibe a los/as migrantes como parte de un grupo minoritario (no en el sentido numérico, sino por el hecho de no ser parte del grupo referencial), quedando en una posición desigual respecto a los/as nacionales, lo que obstaculiza el acceso equitativo a la atención de salud.

Asimismo, el funcionariado percibe a las personas migrantes como un peligro, pues se le asocia con toda clase de amenazas para la integridad y la seguridad de la sociedad local. De aquí, es posible constatar que una de las mayores contradicciones que afectan a los/as migrados/as es con respecto a su propio cuerpo. Pues en la jerarquización de identidades realizada por el funcionariado, el cuerpo se vuelve una contradicción encarnada, corporizada, en tanto hace al migrado/a un/a extraño/a y lo/la hace extraño/a a otros, por lo que debe mantenerse vigilado y controlado. En este sentido, el acceso a la atención en salud de la población migrada resulta fundamental entre el funcionariado, a fin de diagnosticar y tratar los padecimientos que los/as migrantes puedan traer consigo y que resultan una amenaza para la población nacional.

“Por ejemplo, no sé, a los haitianos... veamos qué hay de base, de decir, hagámosle un chequeo general para ver cuál es la situación de este migrante que viene a Chile y que no sabes si trae parásitos desde afuera o que en Chile ya estaban controlados. Yo creo que eso es como una meta a mejorar, de decir ‘Ah, este migrante viene por primera vez a atenderse pucha hagámosle de todo, hagámosle todos los exámenes que existan y decir, ¡Ah! viene en buenas condiciones o darle tratamiento para lo que pudiese pasar” (E0709KR)

En efecto, no se trata de promover un acceso efectivo al sistema de salud para este colectivo, sino de impulsar un “migrante saludable” que no ponga en riesgo la salud de la población nacional. De este modo, el funcionariado construye una imagen del/la migrante como aquel que ocupa un espacio diferente al ciudadano/a nacional, en la medida que llega a una sociedad ajena y en la cual también es ajeno/a, permitiendo una atención diferencial conforme a su identidad. A su vez, la inscripción corporal del migrante haitiano es convergente con un proyecto de homogeneidad nacional donde la blancura se instala como lo ideal –lo “bueno”, lo “sano”– demarcando a este grupo social como lo perverso –lo “malo”, lo “patológico” –. Por ende, es posible sostener que el funcionariado marca los cuerpos a partir de diferencias físicas y culturales, configurando jerarquías, y confirmando características encarnadas que legitiman la opresión y exclusión de este colectivo.

Por otro lado, algunos/as entrevistados/as enfatizan en aquellos decretos emanados con el fin de facilitar el acceso al sistema sanitario de la población migrada, particularmente de mujeres embarazadas.

“[...] una persona llega y dice “sabe que estoy embarazada” y se le atiende al tiro, sin tener RUT ni nada, entra al tiro por ejemplo al programa de embarazadas, entonces le realizan todos sus controles y todos sus exámenes” (E0709KR)

“A través de distintos mecanismos, o sea, yo creo que los mecanismos para incluirse dentro del sistema de salud están, el tema es que existen otras barreras que hacen que las personas que están... Que vienen a Chile y que son migrantes no sepan bien cuáles son los derechos que tienen, no estén bien informados... que son indocumentados o les faltan papeles, entonces tienen miedo que el sistema de salud los pesque y los deporten, una cosa así, ¿ya?” (E0509AC)

De esta manera, sus discursos se articulan entorno a un marco normativo que patologiza los procesos reproductivos de las mujeres migrantes, transformando a la gestante en una paciente preeminente que requiere ser intervenida, dejando con ello a un amplio grupo de población migrante excluida de las prestaciones de salud como sería el caso, por ejemplo, de la población adulta mayor que presenta patologías crónicas –como el Chagas–.

Ahora bien, los/as funcionarios/as manifiestan un desconocimiento del propio/a inmigrado/a en torno a sus derechos en el país, que opera obstaculizando el acceso por falta de información, particularmente por temor a la deportación –fundamenta en la descripción de la no autorización estatal–. Esto, reflejaría una falla en los mecanismos de difusión de la oferta programática, así como en los medios de comunicación utilizados para divulgar los servicios a los que se puede acceder, dejando a este colectivo imposibilitado de poder llegar a dicha oferta.

En síntesis, las personas inmigradas se enfrentan con obstaculizadores concretos a nivel sanitario para su efectiva inclusión social. Por un lado, se encuentran aquellos derivados de aprehensiones socioculturales y de un cierto rechazo del funcionariado que les atiende. Por otro, aquellas dificultades impuestas desde el mismo Estado: legislativa, administrativas, de gestión, y traspaso de información sobre la inserción a la oferta programática disponible. De aquí, es posible constatar que el acceso básico a la salud no es suficiente para garantizar efectivamente el goce de los derechos, ni mucho menos favorecer la participación de este sector en igualdad de condiciones que la población chilena. Se requieren además procesos de gestión interna que posibiliten, por ejemplo, que la información llegue a este colectivo; así como el desarrollo de prácticas que promuevan una aceptación social de la expresión de la diversidad sociocultural.

## **5. Conclusiones**

En este estudio se identificaron aquellos factores estructurales y simbólicos diferentes y similares entre ciudadanos/as nacionales e inmigrantes latinoamericanos que inciden en la transmisión de Chagas en Chile. Esto conlleva no solo a problematizar la construcción biomédica del Chagas, sino también revisar los marcos normativos y aquellas visiones

sesgadas y estereotipadas que pueden restringir el acceso a salud de la población migrante.

En primer lugar se constató la prevalencia de una visión biomédica del Chagas, que esconde como factores intervinientes a las desigualdades sociales al presentarlas como productos “naturales” propios del individuo/a y su entorno. Así queda inscrita una forma reduccionista y equívoca de entender el Chagas al invisibilizar y naturalizar las dinámicas de opresión por razón de raza, género, etnicidad y clase que pueden operar en este sentido y que afectan directamente la adhesión a los programas de salud respectivos.

Por consiguiente, los discursos científicos se centran en algunas procedencias/localidades nacionales/rurales/pobres por ser zonas con más data respecto del Chagas, lo que puede llevar a sobrepatologizar las trayectorias de estos colectivos, cuando no necesariamente puedan vivir con la enfermedad. Asimismo, esta mirada operará como fundamento en la construcción de otredad, en la medida que posiciona a los cuerpos “chagásicos” en el lugar de lo “extraño”, que amenaza, dignos de vigilancia y control.

Ahora bien, este discurso científico ejerce su dominación con particular énfasis en los casos donde existen mayores capas de subalternidad, como es el caso de las mujeres migrantes latinoamericanas a partir de su condición de género, étnico-racial y de nacionalidad. Estas categorías operan como expresiones de poder y opresión a partir de prácticas de disciplinamiento que determinan la posición que han de ocupar en lo real para llegar a ser sujetas legítimas a la mirada del funcionariado. Asimismo, los/as funcionarios/as de salud se restringen a una comprensión problematizada del colectivo migrante, responsabilizando a sus marcos culturales de origen por los comportamientos ante los cuidados de salud. En efecto, se va a colocar a la diferencia cultural como una “otredad problemática” ante la cual se debe actuar para evitar una desviación de aquellos marcos considerados “normales”.

Por último, vemos como la situación administrativa migratoria se convierte en una condición social permanente que amenaza con ser una fuente de desigualdad estructural en el país, al mismo tiempo que ayuda a estigmatizar a los/as migrantes desde una lectura dicotómica ciudadanos/as-no ciudadanos/as reflejada en los estereotipos con los que se manejan los/as funcionarios/as de salud y que operaran obstaculizando los accesos efectivos de este colectivo a servicios sanitarios.

En este sentido, cuando hablamos de Chagas se requiere evitar caer en una concepción biomédica reduccionista, pues se trata de una problemática compleja que involucra factores socioestructurales y simbólicos, los cuales van a restringir o favorecer que personas con Chagas, nacionales y migrantes accedan a tratamientos efectivos. De aquí la necesidad de una perspectiva multidimensional y de una aproximación transdisciplinar, que considere distintos ejes y factores de desigualdad que pueden incidir en su transmisión.

Cabe precisar que si bien este estudio permitió instalar una perspectiva crítica entorno al rol del profesional de salud sobre cómo conciben la enfermedad, cómo construyen al sujeto migrante, y cómo afectan sus discursos y prácticas en el acceso a atención sanitaria, no se incluyó la experiencia de los/as propios/as usuarios/as migrantes en el sistema de salud, lo que altero el diseño original de este estudio. Sin bien las interrogantes iniciales emergieron

en torno a la percepción de este sujeto, dada la contingencia COVID-19 no fue posible contactar a personas usuarias migrantes, como tampoco la realización de observación participante en centros de salud públicos, optando por un muestreo por conveniencia.

## **6. Referencias**

Aninat, I., Vergara, R. (2019). Inmigración en Chile: una mirada multidimensional. Fondo de Cultura Económica Chile, Centro de Estudios Públicos.

Agar, L. & Saffie, N. (2010). Migrantes en Chile: políticas públicas en salud, cohesión social e interculturalidad. En Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas. Editado por Agar, L. pp: 51-64. Biplano, Santiago.

Álvarez, S. (2002). La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del don al capital social y de la biopolítica a la fopolítica. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 8, n.º 1 (enero-abril), Venezuela.

Armelagos, G. (1997). Disease, Darwin and medicine in the third epidemiological transition. *Evolutionary Anthropology*. 5, supl. 6, pp. 212-220.

Anthias, F. (2002). Beyond Feminism and Multiculturalism: Locating Difference and the Politics of Location. *Women's Studies International Forum* 25 (3): 275-286. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-5395\(02\)00259-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-5395(02)00259-5)

Avaria, A. & Galaz, C. (2020). Migración y enfermedad de Chagas: preocupaciones centrales en la investigación desde la academia.

Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido* (Vol. 89). Ediciones Akal.

Bartolomei, M. (2012). Género y Derechos Humanos-Algunas reflexiones feministas sobre la ciudadanía y el Estado Nación en América Latina. In *Ibero-Americana, Nordic Journal of Latin American Studies* (Vol. 16, No. 1-2, pp. 97-136).

Barret, R., & Christopher, K. (1998). Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition. *Annual Review of Anthropology*. 27, pp. 247-271.

Benhabib, S. (2004). The rights of others: Aliens, residents, and citizens. Conference on "Migrants, Nations and Citizenship". CRASSH, July 5-7. 1-30

Benhabib, S. (2010). *Cultura, derechos humanos y minorías vulnerables. Una modesta propuesta*. Universidad de Valencia. Traducido por David Álvarez García.

Benhabib, S., Butler, J., Cornell, D. & Fraser, N. (1995). *Feminist Contentions: A Philosophical Exchange*. Nueva York: Routledge.

Brah, A. (2004). Diferencia, diversidad, diferenciación." En Rocio Macho, Hugo Fernández, Álvaro Salcedo y Maria Serrano (Trads.). *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras* (2004): 107-136.

Bravo A. (2015). *Chagas y Educación en Argentina: Elaboración de un estado del arte* (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).

Briceño-León, R. (1993). La enfermedad de Chagas: una construcción social. En *Las Enfermedades Tropicales en la sociedad contemporánea*. Fondo Editorial. Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles.

Briceño-León, R. (2000). *las dimensiones sociales de la enfermedad de Chagas*. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.

Bobbio, N. (2010). La naturaleza del prejuicio. Racismo hoy. Iguales y diferentes. Igualdad y no discriminación. *El reto de la diversidad*, 183-215.

Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.

Cáceres, Pablo. (2003). *Análisis Cualitativa de Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable*. Recuperado de <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>.

Cano, V., & Soffia, M. (2009). Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. *Papeles de población*, 15 (61), 129-167.

CASEN. (2017). Salud. Síntesis de resultados. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/CASEN-Salud-2017.pdf>

Cerda, U. (2004). Razas, Racismo, Clases sociales y Clasismo: Revisión Teórica y Desarrollo en Chile. Santiago: FACSO. Universidad de Chile. Tesis de Magister en Sociología.

Ciannameo, A. (2014). La migrazione del chagas: Costruzione bio-medica e socio-politica delle malattie tropicali dimenticate (Doctoral dissertation, alma).

Concha, 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 (CI)*, (28), 19-38.

Campoy, T. & Gomes, E. (2009). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. En *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (págs. 275-302). EOS.

Collins, P., Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity.

Cortina, A. (2003). Razón pública y éticas aplicadas: los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista. Tecnos.

Correa, J. (2011). Ser 'inmigrante' en Chile: la experiencia del racismo cotidiano de peruanos y peruanas en la ciudad de Santiago. Santiago: FACSO, Universidad de Chile. Tesis para optar al título de Socióloga.

Cucunubá, Z., Okuwoga, O., Basáñez, M. & Nouvellet, P. (2016). Increased mortality attributed to Chagas disease: a systematic review and metaanalysis. *Parasit Vectors*; 9 (1): 42. doi: 10.1186/s13071-016-1315-x.

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

Dhamoon, R. (2010). Considerations on Mainstreaming Intersectionality. *Political Research Quarterly*, 64(1), 230–243. <http://dx.doi.org/10.1177/1065912910379227>

Dean, H., Fenton, K. (2010). Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Reports*;125(Suppl 4) [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

DEM (2017). Visas otorgadas periodo 2010-2016. Disponible en:<http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>

Díaz, M. & González, C. (2014). Enfermedad de Chagas agudo: transmisión oral de *Trypanosoma cruzi* como una vía de transmisión re-emergente. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(2), 177-188.

Falappa, F., & Andrenacci, L. (2009). La política social de la Argentina democrática (1983-2009).

Ferrajoli, L. (2001), *Igualdad y Diferencia*. Caicedo D, Porras A (ed.) *Igualdad y No Discriminación. El Reto de la Diversidad*. Quito: Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.

Girolamo, C., Guerri-Guttenberg, R., Ciannameo, A., & Milei, J (2011). Enfermedad de Chagas: ¿un problema emergente de salud pública en Italia? *Le infezioni in medicina: rivista periodica di eziologia, epidemiologia, diagnostica, clinica e terapia delle patologie infettive* 17 (1), 5-13.

Galaz, C., Becerra, M., Álvarez, C., & Hedrera, L. (2016). Intervención social con mujeres inmigradas en Chile: ¿asistencialismo y/o promoción social? / Social intervention with immigrant women in Chile: ¿assistance and / or social promotion?. *Revista Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (14), 55-75. Recuperado a partir de <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/35>

Galaz, C. G., Poblete, R., & Frías, C. (2017). Las operaciones de exclusión de personas inmigradas a través de las políticas públicas en Chile.

Guerra, M. (2012). Migraciones, género y ciudadanía. Una reflexión normativa. *Astrolabio: revista internacional de filosofía*, (13), 201-210.

Gutiérrez, J. (2019). Transformar desde el territorio. Hacia una política pública comunal de migraciones. El caso de estudio de la comuna de La Pintana, Santiago de Chile. *Cultura-hombre-sociedad, (AHEAD)*, 0-0.

INE, DEM., (2019). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile. Recuperado de <https://www.extranjeria.gob.cl>

Infante, A., & Paraje, G. (2010). Reforma de la salud en Chile. Documento de trabajo, 4.

Jensen, M. (2008). Inmigrantes en Chile: La exclusión vista desde la política migratoria chilena. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008: ALAP.

Kenyon, A., Catalá, L., Grados-Zavala, M., González, G., & Castellanos, L. G. (2014). El camino a la eliminación: un panorama de las enfermedades infecciosas desatendidas en América Latina y El Caribe. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 319-325.

Kolliker-Frers, R., Insua, I., Razzitte, G. & Capani, F. (2016). Prevalencia de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas: migración y riesgo de transmisión congénita. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 10 (09), 895-901.

Kymlicka, W. & Norman, W. (1994). Return of the Citizen: A Survey of Recent Work on Citizenship Theory. *Ethics*. 1994; 104:352p

Harper, K. & George, A. (2010). "The Changing Disease-Scape in the Third Epidemiological Transition", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 7, supl. 2, pp. 675-697.

Hooks, B. 1984. *Feminist Theory from Margin to Center*. Boston: South End Press

Lara, M., (2014). Evolución de la legislación migratoria en Chile. Claves para una lectura (1824-2013). *Revista de historia del derecho*, núm. 47, pp. 59-104.

López, E. (2004). Del sujeto a la agencia (a través de lo político). *Athenea Digital: Revista de pensamiento e investigación social*, (5), 1-24.

Marshall, T. & Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social* (Vol. 91). Anaya-España.

Mayring, P. (2000) *Qualitative content analysis*. Forum qualitative social research  
Recuperado el 12 de Diciembre del 2016, de: *Análisis Cualitativo de Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable*.

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

Menéndez, E. (1998). Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología* 1998, XV (51)

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

Mezzadra, S., & Santucho, M. (2005). Derecho de fugamigraciones, ciudadanía y globalización (No. 304.8 M4).

Mujica, J. (2004). El desafío de la solidaridad: Condiciones de vida y de trabajo de los peruanos migrantes en Chile. Lima, OIT/Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 2004. 146 p.(Serie: Documentos de Trabajo, 178)

Minsal, (2014). Norma general técnica control y prevención nacional de la enfermedad de chagasfebrero. Recuperado de

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/NORMA%20TECNICA\\_CHAGAS\\_FINAL.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/NORMA%20TECNICA_CHAGAS_FINAL.pdf)

Minsal. (2019). Salud del inmigrante. Recuperado de:

<https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>

Mordeglia, C., Sanmartino, M. & Scazzola, M. (2018) "Integrando docencia y extensión para el abordaje de la problemática de Chagas en la Universidad Nacional de la Plata." // *Jornadas sobre las Prácticas Docentes en la Universidad Pública (La Plata, 2018)*.

Mohanty, C. (2003). *Feminism without Borders: Decolonizing Theory, Practicing Solidarity*. Durham – Londres: Duke University Press.

Novick., S. (2019). *Migración y Políticas: nuevos escenarios y desafíos*.

Pinheiro, E., Brum-Soares, L., Reis, R. & Cubides, JC (2017). Enfermedad de Chagas: revisión de necesidades, negligencia y obstáculos para el acceso al tratamiento en América Latina. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 50 (3), 296-300.

Pinto, J. (2013). Human chagas disease and migration in the context of globalization: some particular aspects. *Journal of tropical medicine*, 2013.

Pinto, J. (2012). Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. *Salud colectiva*, 8, 39-48.

Prins, B. (2006). Narrative Accounts of Origins. A Blind Spot in the Intersectional Approach? *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 277-290. <http://dx.doi.org/10.1177/1350506806065757>

Rebollar, E. (2009). Abundance and nightly activity behavior of a sylvan population of *Triatomadimidata* (Hemiptera: Reduviidae: Triatominae) from the Yucatan, México. En: *Journal of Vector Ecology*. Volumen 34, diciembre.

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

Sassen, S. (2003). *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. *Traficantes de sueños*. Disponible en: <http://www.nodo50.org/ts/editorial/contrageografias.pdf>.

Sawaia, B. (2007). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialéctica exclusão/inclusão.

Spivak, G. (1988). "Can the Subaltern Speak?" En *Marxism and the Interpretation of Culture*, editado por Cary Nelson y Lawrence Grossberg, 66-111. Urbana: University of Illinois Press.

Sanmartino, M., Saavedra, A., Barba, M., Parada, C., & Albajar-Viñas, P. (2015). Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 1063-1075.

Sanmartino, M., Amieva, C., & Medone, P. (2017). Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina. *Global health promotion*, 25(3), 102-110.

Stang, M. F. (2016). De la Doctrina de la Seguridad Nacional a la gobernabilidad migratoria: la idea de seguridad en la normativa migratoria chilena, 1975-2014. *Polis. Revista Latinoamericana*, (44).

Stefoni, C. (2004). Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Chile (9).

Stefoni, C. (2011). Perfil migratorio de Chile. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Stevens, L., Monroy, M., Rodas, A., Hicks, R., Lucero, D., Lyons, L., & Dorn, P. (2015). La migración y el flujo de genes entre las poblaciones domésticas del insecto Chagas vector *Triatoma dimidiata* (Hemiptera: Reduviidae) detectado por loci microsatélite *Revista de entomología médica*, 52 (3), 419-428.

OPS. (2020). Enfermedad de Chagas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas>

OCHISAP. (s/f). Los Servicios de Salud del S.N.S.S. Recuperado de <http://www.ochisap.cl/index.php/los-servicios-de-salud-del-s-n-s-s>

Orellana, H., & Arriaza, T. (2010). Enfermedad de Chagas en poblaciones prehistóricas del norte de Chile. *Revista chilena de historia natural*, 83(4), 531-541.

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.

Tah, V., Huicochea, G., Beutelspacher, A., Ortega, C., & Ramsey, J. (2015). La vulnerabilidad humana a la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* a través de los procesos de salud-enfermedad y la apropiación social del territorio. *Salud colectiva*, 11, 191-210.

Tapia, D., & Porras, A. (2010). Igualdad y no discriminación: El reto de la diversidad. Ministerio de Justicia, Culto y Derechos Humanos, 613-645.

Texeira, M. (2009). Filogeografía comparada de *Trypanosoma cruzi* TCIIc: nuevos hospedadores, asociación con ecótopos terrestres y agrupamiento espacial. *Infección, genética y evolución*, 9 (6), 1265-1274.

Tineo, E., & Ponte, C. (2013). Representaciones Sociales de la enfermedad de Chagas: dimensiones y estructura. *Revista de Investigación*, 37(78).

Tijoux, M. (2011). Negando al "otro": el constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos*, 17-108.

Tijoux, M., & Díaz, G. (2014). Inmigrantes, los "nuevos bárbaros" en la gramática biopolítica de los estados contemporáneos". *Revista Internazionale di Filosofia Contemporanea*, 2(1), 284-309.

Tijoux, M., & Palominos, M. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, (42).

Torres, C. (2011). "Soy Migrante", Tengo Derechos Sistematización proyecto: Ciudadanía y protección de los derechos humanos de la población inmigrante en Chile. Santiago de Chile: Fundación Instituto de la Mujer.

Valdez, R. (2016). La vulnerabilidad socioambiental ante la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en Yucatán, México. *Antrópica: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 2(4), 183-196.

Ventura, L., Roura, M., Pell, C., Posada, E., Gascón, J., Muñoz, E., & Pool, R. (2013). Aspectos socioculturales de la enfermedad de Chagas: una revisión sistemática de la investigación cualitativa. *PLoS descuidó las enfermedades tropicales*, 7 (9).

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

Wabgou, M. (2012). ¿Es posible pensar las migraciones internacionales desde el enfoque universal de ciudadanía?: El Estado y la ciudadanía ante el desafío de la inmigración. *Ciencia Política*, 7(14), 6.

Werner, A., Heitmann, I., Jercic, L., Isabel, M., Jofré, L., Noemí, I., & Zulantay, I. (2008). Guías clínicas de la enfermedad de Chagas: Parte II. Enfermedad de Chagas en el adulto, la infancia y adolescencia. *Revista chilena de infectología*, 25(3), 194-199.

Young, M. (2002). *Inclusion and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies* 13 (3): 193-209. <http://dx.doi.org/10.1177/1350506806065752>

Zuckerman, M. & Kristin, N. (2014). The evolution of disease: anthropological perspectives on epidemiologic transitions, *Glob Health Action*. 7, supl. 1, pp. 1

## ANEXO 1.

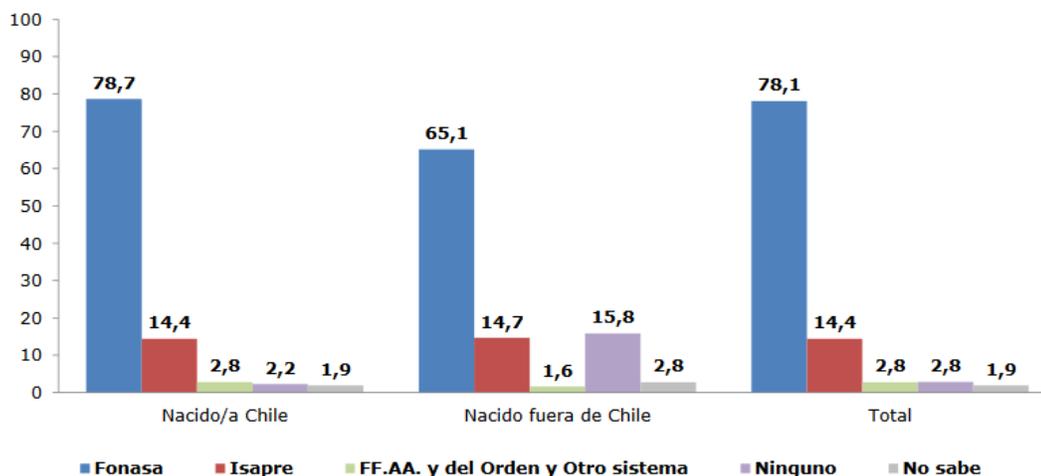
**Tabla I:** Distribución porcentual de la población extranjera estimada según país de nacimiento. 31 de diciembre de 2018.

País de nacimiento	Total	Porcentaje
Total	1.251.225	100,0
Venezuela	288.233	23,0
Perú	223.923	17,9
Haití	179.338	14,3
Colombia	146.582	11,7
Bolivia	107.346	8,6
Argentina	74.713	6,0
Otro país	79.959	5,6
Ecuador	36.994	3,0
España	21.147	1,7
Brasil	18.185	1,5
República Dominicana	17.959	1,4
Estados Unidos de América	16.337	1,3
Cuba	15.837	1,3
China	13.528	1,1
México	8.975	0,7
Alemania	8.515	0,7
País no declarado	3.654	0,2

Fuente de elaboración: INE (2018). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile.

**Tabla II:** Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por país de nacimiento (2017)

(Porcentaje, población total por país de nacimiento)



Fuente de elaboración: Casen (2017) salud. Síntesis de resultados.

**Tabla III:** Gráfico IV: Documentos regulatorios del Ministerio de Salud



Fuente: Elaboración propia basado en datos otorgados por el Minsal (2014), "Norma General Técnica Control y Prevención Nacional de la Enfermedad de Chagas".



