



**FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

PRÁCTICAS EN SALUD E INMIGRANTES:

**El caso de Profesionales y Técnicos del Consultorio Cruz Melo,
Comuna de Independencia, Santiago de Chile**

**Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciado en
Sociología y Título Profesional de Sociólogo**

CARLOS ALBERTO IBARRA OGAZ

Profesor Guía:

Rodrigo Márquez Arellano

2014

Agradecimientos

Al terminar esta tesis quisiera agradecer a muchas personas que fueron importantes en este proceso. En primer lugar, a mi familia por su apoyo incondicional.

También quisiera agradecer al profesor Rodrigo Márquez, guía de esta tesis, por su tiempo, ideas, preocupación y acertados consejos.

A mi compañera y amiga Adriana Marín por sus consejos y apoyo constante.

Por último a los trabajadores del consultorio Cruz Melo por su buena disposición en compartir sus experiencias y a todos aquellos que directa o indirectamente fueron un aporte para terminar esta investigación.

“El primer fruto de esa imaginación y la primera lección de la ciencia social que la encarna – es la idea de que el individuo sólo puede comprender su propia experiencia y evaluar su propio destino localizándose a sí mismo en su época; de que puede conocer sus propias posibilidades en la vida si conoce las de todos los individuos que se hayan en sus circunstancias. Es, en muchos aspectos una lección terrible, y en otro muchos una lección magnífica”

C. WRIGHT MILLS

Resumen Ejecutivo

Desde la década de los noventa Chile comienza a ser un polo de atracción para una gran cantidad de inmigrantes particularmente de América Latina, es alrededor de esta época cuando la economía chilena comienza a estabilizarse y crecer, motivo que hace de este país un lugar atractivo para la búsqueda de prosperidad y un mejor futuro en términos económicos. Los inmigrantes se ubican en todo Chile, pero principalmente en la Región Metropolitana de Santiago.

El desafío para el país en temas migratorios es que la inmigración beneficie tanto a los inmigrantes como a la comunidad de origen y combatir los efectos negativos que pueden producir para sus protagonistas, como para la sociedad involucrada. Pero el orden institucional existente, no cuenta con políticas de Estado claras respecto al tema migratorio, sólo se cuenta con una ley de extranjería del año 1975 que no se adapta a las nuevas realidades en esta materia.

Hasta ahora se conocen las cifras que dan cuenta de la llegada de inmigrantes y su crecimiento exponencial hasta la actualidad, además, se conocen las perspectivas que ellos, los inmigrantes, tienen sobre Chile, pero no se conocen cuáles son las relaciones sociales que se construyen dentro del espacio del entorno institucional, qué elementos facilitan y/o dificultan esta relación.

Para generar esta nueva evidencia, la postura de la presente investigación parte de la base de observar la integración y la coordinación de los actores. Poniendo foco en los consensos, los conflictos, los intercambios, prácticas concretas por medio de las cuales las personas alcanzan sus fines. No se analizaron las instituciones o las políticas públicas en sí mismas, sino las maneras de actuar de personas involucradas con inmigrantes, buscando destacar nuevas voces que hablen de los desafíos que tiene el país en esta temática.

En relación a las políticas públicas se priorizó la salud pública, en particular desde el punto de vista de un CESFAM, dado que en estos centros de salud hay población cautiva que constantemente es atendida en dichos lugares. Para ello la

metodología seleccionada fue de carácter cualitativo, con entrevistas semi-estructuradas a profesionales, técnicos y administrativos de una de las comunas con mayor cantidad de inmigrantes en Santiago de Chile: la comuna de Independencia. Son estas prácticas las que en realidad no se conocen y al no visibilizarse es muy difícil que se produzca un cambio a nivel de políticas públicas y en definitiva a nivel país.

Los principales hallazgos de esta investigación fueron el desconocimiento por parte del personal del CESFAM Cruz Melo sobre los derechos de inmigrantes de diferentes características demográficas: niños, mujeres, hombres, ancianos, que implican atenciones improvisadas y carentes de protocolo. Por otro lado, los consultorios en Chile son evaluados por la cantidad de población que mantengan constantemente sus controles, esta medida es obsoleta en un centro de salud en su mayoría de usuarios inmigrantes, quienes no tienen una estabilidad de vivienda y económica que le permita asistir a los controles mensuales, esto repercute en el presupuesto de dicho consultorio. Además, hay conflictos constantes entre el personal y los inmigrantes, debido a la incomunicación, el choque de culturas, lo que causa una saturación y un cansancio cada vez que se les atiende.

Entre las principales prácticas identificadas en la investigación están: La mediación interconsulta y la discriminación doble de pacientes inmigrantes y de médicos extranjeros. La primera consiste en las constantes negociaciones entre trabajadores del consultorio, unos colaboran en atender a la población inmigrante y otros no, lo cual genera varios conflictos entre los funcionarios y prácticas de atención diversas. La segunda se refiere a la discriminación de distinta especie que sufren tanto los pacientes inmigrantes como los profesionales extranjeros que trabajan en el recinto público por parte de los distintos trabajadores del consultorio.

Palabras Claves: Inmigrantes, Salud, Prácticas.

1. CAPÍTULO UNO: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.1. CONTEXTO DE LA INMIGRACIÓN EN AMÉRICA LATINA	2
1.2. INMIGRACIÓN EN CHILE	3
ESTADO DEL ARTE SOBRE MIGRACIONES EN CHILE.	9
LA INMIGRACIÓN COMO FENÓMENO DE ESTUDIO	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
OBJETIVOS	16
GENERAL	16
ESPECÍFICOS	16
RELEVANCIAS	17
CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO	19
2.1. POLÍTICAS DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN CHILE Y SUS MODELOS HISTÓRICOS INTERNACIONALES DE TIPOS DE INTEGRACIÓN.	19
2.2. LEGALIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS MIGRATORIAS EN CHILE.	24
2.3. REGULACIONES EN MATERIA DE SALUD PARA LOS MIGRANTES.	30
2.4. EL INMIGRANTE Y LA SALUD	33
2.5. LAS PRÁCTICAS SOCIALES	42
CAPÍTULO TRES: MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. TIPO DE ESTUDIO	49
3.2. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	52
3.3. UNIVERSO Y MUESTRA	53
UNIVERSO:	53
MUESTRA:	53
3.4. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS	54
3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	55
3.6. CALIDAD DEL DISEÑO	56
3.7. CONDICIONES ÉTICAS	56
CAPÍTULO CUATRO: RESULTADOS	57
4.1. CONTEXTO: EL CESFAM DR. AGUSTÍN CRUZ MELO	57
4.2. METAS DE EVALUACIÓN DEL CONSULTORIO.	68
4.3. BARRERAS DE ENTENDIMIENTO.	74
4.4. IMAGEN DEL PACIENTE PERUANO	76
4.5. APRENDIZAJE MIGRATORIO.	83
4.6. SABER-HACER DE LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS EN EL CONSULTORIO CRUZ MELO: NEUTRALIDAD AFECTIVA (PARSONS).	87
4.7. MEDIACIÓN INTERCONSULTA	93
4.8. DISCRIMINACIÓN DOBLE DE PACIENTES INMIGRANTES Y DE MÉDICOS EXTRANJEROS.	95
CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	105

1. Capítulo uno: Formulación del problema

1.1. Contexto de la Inmigración en América Latina

En el mundo en general, a lo largo de su historia ha vivido y experimentado, diversos procesos de migración de su población que han tenido origen en distintas causas. Entre ellas está la búsqueda de mejores expectativas de vida, guerras, amenaza terrorista, catástrofes naturales, el espíritu de aventura o conquista del ser humano u otros sucesos que producen el traslado de personas a otros lugares (Sassen, 2003).

Migrar individual o colectivamente según los autores, Graciela Malgesini y Carlos Giménez (2000), forma parte del comportamiento natural de las sociedades humanas. Para distinguirlos de procesos individuales, se suele llamar movimientos migratorios o desplazamientos masivos de población de una región a otra (rural-urbano, interregionales, entre otros) o de uno o de varios países a otros u otros. En general, se alude a una cierta continuidad o tendencia en el proceso y no a un traslado coyuntural o puntual (Malgesini, Giménez, 2000).

Las razones que provocan la inmigración son complejas y tienen relación con el marco individual de decisiones, el proceso familiar, social y el contexto económico, social y político nacional. A su vez, todos estos elementos están condicionados de los procesos económicos y culturales. La inmigración es el acto de inmigrar, es decir, de entrar a residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgesini, Giménez, 2000).

Hoy el contexto migratorio ha cambiado en Chile y América Latina en general. América Latina y el Caribe, se ha transformado en una región que exporta trabajadores, profesionales, técnicos y empresarios de ambos sexos a países desarrollados. Además del flujo interno que se está produciendo entre los mismos países de la región, con distintos niveles de ingreso, proximidad geográfica y redes sociales. Según estudios realizados últimamente sobre la migración, se da a conocer

que cerca de 26 millones de personas, se encuentran viviendo fuera de sus países como migrantes. De estos, 22,3 millones viven en países de la OCDE (86%) y 3,6 millones (14%), en otros países de desarrollo y por último 3,4 millones, viven y trabajan en América Latina y el Caribe, independiente de su lugar de nacimiento (Solimano, 2008).

No siempre América Latina se caracterizó por ser un continente que proveyera inmigrantes al resto del mundo, en este contexto, entre la segunda mitad del Siglo XIX y la primera mitad del Siglo XX, muchas personas en especial del viejo continente viajaron a América Latina. Preferentemente provenientes de Europa del sur: españoles e italianos principalmente, pero también del continente asiático aunque con mucha menor afluencia (Solimano, 2008).

1.2. Inmigración en Chile

En Chile, aun cuando en términos netos del país continúa siendo preferentemente de emigrantes, en las últimas décadas la población extranjera ha ido en continuo aumento: en el año 1982, se estimaba cerca de 85.000 extranjeros/as; en 1992, el cálculo era de 105.000 y en el 2002 ascendía a 185.000 personas. Para el año 2009, el departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior estimó en 352.000 la población migrante, principalmente de Perú (31,1%), Argentina (17,2%) y Bolivia (6,8%). El peso específico de cada nacionalidad en la población migrante ha ido variando; según información entregada por la Dirección de Registro Civil e Identificación al INDH, del total de cédulas otorgadas a personas extranjeras entre 2009 y 2011.

En resumen: La población extranjera en Chile ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, es así como el CENSO del año 1982 señaló que 83.805 personas eran inmigrante, y los últimos datos del 2010 señalan que la población extranjera ha aumentado a 369.436. (100% de crecimiento en 8 años), como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

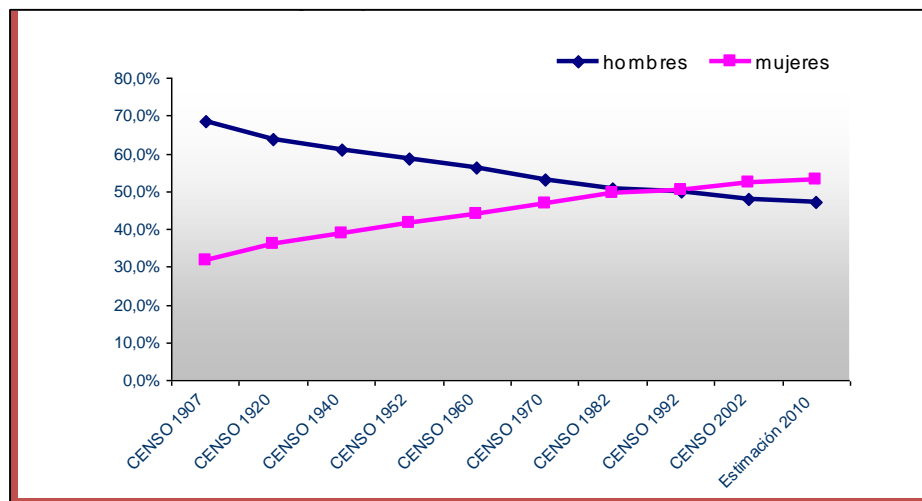
Cuadro N°1: Población Extranjera en Chile y Variación en términos porcentuales

Año	Población extranjera	Variación
CENSO 1982	83.805	
CENSO 1992	105.070	25,4%
CENSO 2002	184.464	75,6%
Estimación 2010	369.436	100,3%

Fuente: INE/ Departamento de Extranjería y Migración (Noviembre, 2011)

La migración en Chile se caracteriza hoy, entre otros factores, por una población en edad activa (85% está entre 16 y 59 años), educada y que migra para trabajar, mayoritariamente femenina (55% del total) y de origen latinoamericano:

Gráfico N°1: Extranjeros por sexo en Chile. Año 1907 – Estimación 2010



Fuente: INE/ Departamento de Extranjería y Migración (Noviembre, 2011)

De acuerdo a la estimación realizada por el Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior, la migración extranjera en Chile es de 369.436 persona, dato que señala que el 2% del total de la población de nuestro país es extranjera.

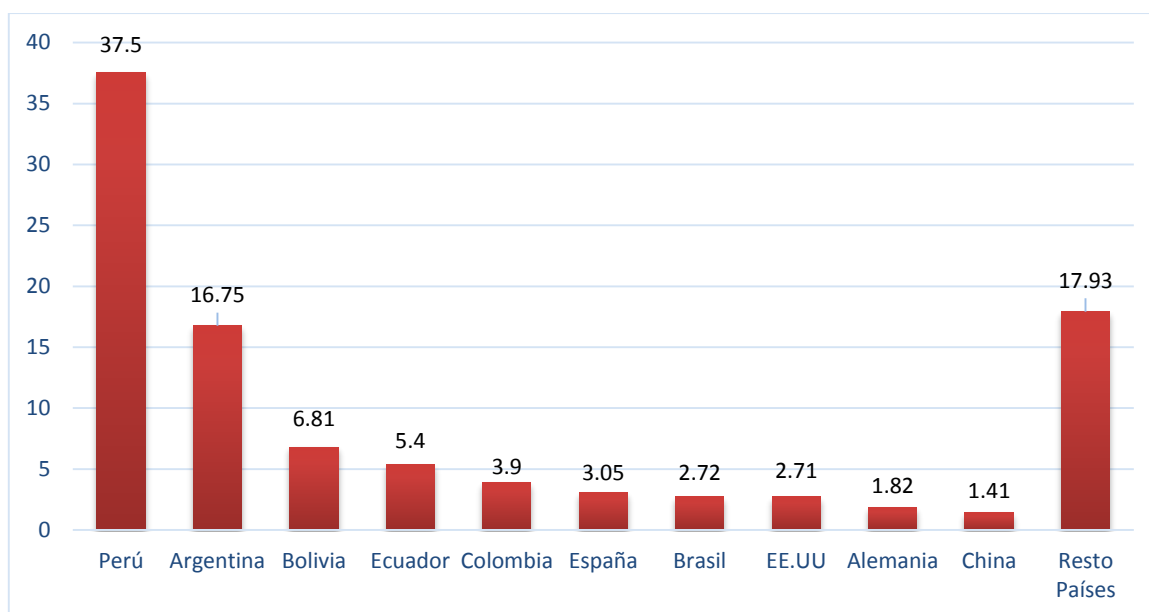
Cuadro N°2: País de Origen de Población Extranjera en Chile

País	Estimación 2010	%
Perú	138.525	37,50%
Argentina	61.873	16,75%
Bolivia	25.143	6,81%
Ecuador	19.963	5,40%
Colombia	14.401	3,90%
España	11.286	3,05%

Brasil	10.065	2,72%
Estados Unidos	10.019	2,71%
Alemania	6.714	1,82%
China	5.208	1,41%
Resto de Países	66.239	17,93%
Total Nacional	369.436	100,00%

Fuente: INE/ Departamento de Extranjería y Migración (Noviembre, 2011)

Gráfico N°2: Países de origen de los inmigrantes en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a datos de INE/ Departamento de Extranjería y Migración (Noviembre, 2011)

Como se puede apreciar en el gráfico N°2, la población inmigrante peruana es la que tiene una mayor presencia en Chile (37,5%). La comuna de Santiago es la que concentra la mayor cantidad de esta población, en cierta paridad entre hombres y mujeres (Araujo et al, 2008). Las mujeres peruanas se concentran mayormente en comunas del sector oriente de Santiago, lo que es posible de explicar por el trabajo doméstico que realizan en este sector de la capital. Por otra parte los hombres residen en comunas más céntricas y también más populares como Estación Central, Recoleta e Independencia. (Araujo et al, 2008).

La migración, como se mencionó, puede corresponder a una situación que se da en forma individual, pero para que tenga importancia sobre los habitantes de otra región o país, tienen que tener cierta tendencia y continuidad, y que los flujos de

personas que se movilizan, sean masivos. Tal como ocurre en el caso de las migraciones peruanas en el país.

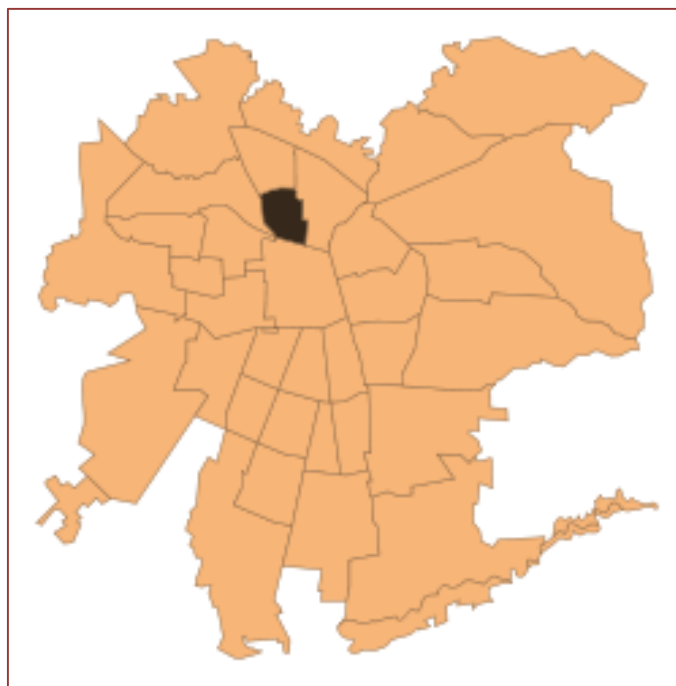
A partir de la llegada masiva de inmigrantes, algunas comunas de la ciudad de Santiago han experimentado transformaciones urbanas y barriales importantes. Lugares en los que se ha producido cambios en las áreas centrales de la capital, modificando el territorio, evolución y distribución espacial, también cambios en la morfología y estructura del mismo. Esto se explica a partir del hecho de que muchos de los inmigrantes peruanos tienden a concentrarse en polos, produciendo entre otras cosas, condiciones de hacinamiento en estos sectores (Torres, 2008). Este fenómeno también es conocido como cadenas migratorias, que hace referencia al traspaso de información y apoyos materiales que familiares, amigos u otras personas de su mismo origen a veces, ofrecen al futuro inmigrante, para decidir su viaje. Les facilitan el proceso de salida y de llegada: pueden financiar en parte el viaje, gestionar documentación y empleo, conseguir el alquiler de la vivienda, etc. También son fuente de comunicación de los cambios económicos, sociales y políticos que se producen en la sociedad receptora, que puede afectar a los que quieren migrar. Las cadenas tienden a suavizar el aterrizaje de los inmigrantes pero, en algunos casos, la existencia de cadenas muy estructuradas, como correlato de una fuerte presencia del grupo étnico-cultural en el país, también puede indicar que los recién llegados dispondrán de menores oportunidades de movilidad social real, que los que han llegado en años anteriores y que han constituido la cadena (Malgesini et al., 2000).

Además de los cambios socio-espaciales, el comportamiento de la población, los cambios en la estructura y morfología del territorio y los procesos de segregación social, los inmigrantes se empiezan a apropiarse de ciertos sectores de la ciudad y del espacio llevando toda su historia personal y expectativas de vida. Estas dimensiones y de la forma en que estos inmigrantes perciben su vida, ayuda a comprender el fenómeno migratorio, la ocupación del barrio, pero también cómo el barrio empieza a ser transformado de forma de asemejarse a su tierra natal, para también volcar

sus costumbres y cultura en ese lugar (Torres, 2008). Es decir hay tanto transformaciones de típico física, como también subjetivas en lo concerniente al barrio y las identidades que se conforman.

Ante lo anterior, la presente investigación se enmarcará en uno de los polos de concentración de la capital, en este caso en la comuna de Independencia, debido a su alta concentración de población peruana según se afirmó con anterioridad:

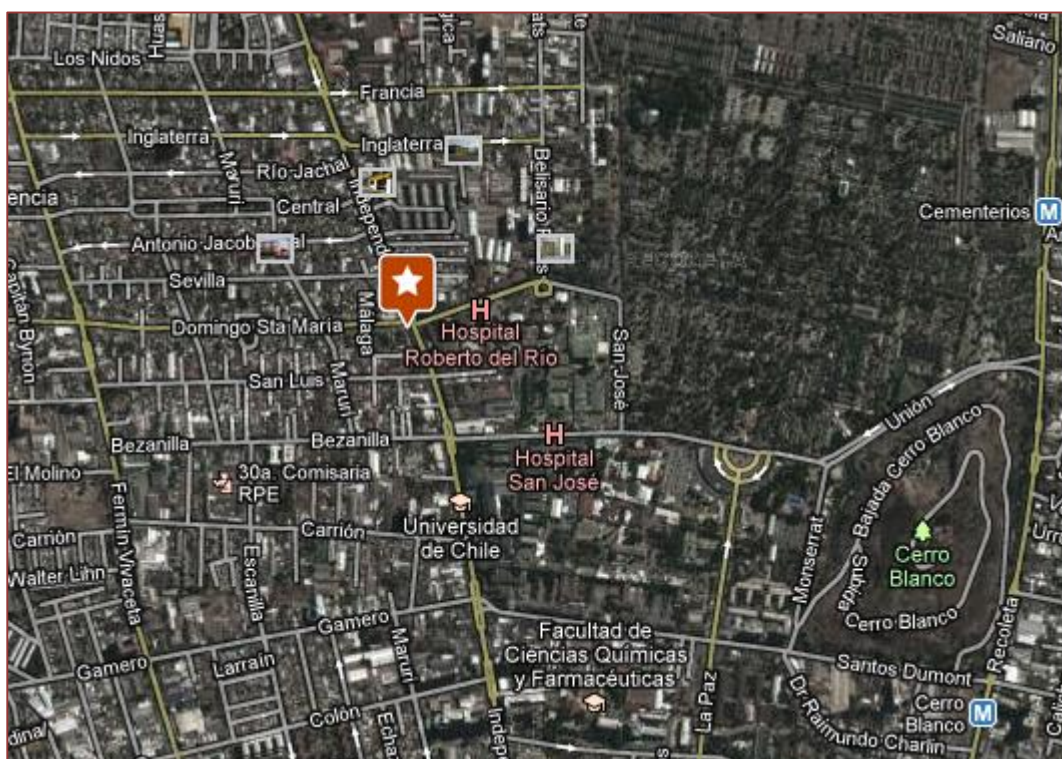
Figura N°1: Mapa de la Comuna de Independencia de Santiago de Chile



Fuente: Elaboración propia, 2012

Pero no es un barrio de la comuna de Independencia el protagonista de la presente investigación, sino un consultorio municipalizado. Dada las características de la migración peruana en el país, esta lleva un tiempo asentado y hay nuevas relaciones sociales que se están generando a partir de estas características. Es por eso la elección de un consultorio, porque los inmigrantes comienzan a relacionarse con el Estado a partir de ciertos servicios públicos y uno de tipo relevante es la salud. ¿Cuáles son las características de este tipo de relaciones? ¿Cuán integrados o no están los inmigrantes peruanos en estos espacios? ¿Existen las condiciones para recibir a los inmigrantes y sus particulares contextos? Son preguntas que se tratarán de dilucidar en la presente investigación.

Figura N°2: Mapa Ubicación Consultorio Dr. Agustín Cruz Melo, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.



Fuente: Elaboración propia, 2012, en base a *Mapcity.com*

El Consultorio Dr. Agustín Cruz Melo, de la comuna de Independencia, es de tipo CESFAM –Centro de Salud Familiar- el objetivo del caso de estudio es dar a conocer la realidad de las prácticas en este centro de salud. Analizar las prácticas se torna relevante cuando lo que se observa son prácticas que tengan aplicación general. Tienen que ser ámbitos de la sociedad, que permitan iluminar o ver la tensión existente entre los desafíos provenientes de las transformaciones experimentadas por el país, y los obstáculos que se encuentran en la acción concreta (PNUD, 2009).

El informe del PNUD del año 2009, “La manera de hacer las cosas” nos va a plantear como criterio de selección escoger aquellas prácticas que cubren un aspecto importante de la sociedad chilena, ya que la sociedad ha cambiado y se deben de abordar estos cambios en distintos ámbitos, por ejemplo en las políticas públicas, la gestión de las empresas, la coordinación de la vida familiar y la construcción de la vida de las personas. En este caso las prácticas están

siendo observadas en el ámbito del sector público y también desde el punto de vista de la implementación de políticas públicas en salud.

La idea también y lo que pretende esta investigación es que pueda ser representable y de esta forma, la investigación sirva como un reflejo de lo que sucede en un consultorio determinado y pueda ocuparse como modelo a implementar en otros consultorios o espacios públicos que se vean afectados por choques de cultura o temas migratorios, y que finalmente sea útil para la reflexión.

Se pretende dar una mirada integral de las prácticas en salud con migrantes en este CESFAM en particular, exponer los límites y posibilidades que imponen prácticas y políticas públicas.

Considerando que las políticas públicas son instrumentos a través de los cuales el Estado promueve cambios en la sociedad, para potenciar el desarrollo del país y protección de los derechos ciudadanos. Adaptándose a los nuevos desafíos, que en el presente caso es un desafío de integración de los migrantes en cuanto a su llegada al país y más en concreto aún, en la utilización de los servicios públicos.

Estado del Arte sobre migraciones en Chile.

Según el informe de la CEPAL del año 2009 hay cantidad menor de estudios e investigaciones sobre el tema migratorio en el país esto se puede atribuir a la pequeña cantidad de inmigrantes llegados a Chile en las últimas décadas. Las investigaciones cobraron mayor relevancia desde la salida de muchos chilenos al exterior producto del exilio producido en la dictadura militar, este tipo de literatura se caracterizó por su mirada sensible y crítica del tema migratorio. En sus inicios predominaron temas de tipos más bien históricos, posteriormente trabajos de tipos demográficos, antropológicos y finalmente de tipo más sociológico. Los autores de estas investigaciones han sido en muchos

casos descendientes de inmigrantes interesados en el fenómeno, en el último tiempo han existido trabajos más vinculados con la realidad peruana e instituciones internacionales vinculadas al tema, como la CELADE, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) o la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y universidades chilenas interesadas en el tema.

Entre los tópicos más estudiados según este informe tenemos que se han tratado el tema de la inmigración de ultramar y de los casos de distintas colonias de inmigrantes, son de tipo revisiones historiográficas, de estas una de las colonias más estudiadas son los españoles, por otro lado el proceso de abordar las migraciones de ultramar como un fracaso del proyecto emancipador asociado a la colonización, en suma este periodo estudiado se encuentra entre finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX.

Posteriormente los estudios van a estar relacionados con el fenómeno producido a partir de la década de los noventa del siglo pasado, con temas tan diversos como la demografía, la adaptación cultural, la exclusión de los migrantes, la segregación social, segregación residencial y la exclusión laboral en el mercado laboral chileno. A partir del año 2000 uno de los temas más estudiados tiene que ver con la migración de origen peruano.

En el último tiempo las problemáticas más destacadas que se han estudiado tienen que ver con la trata de personas, trabajos relacionados con los niños y niñas inmigrantes o sobre la infancia y la inmigración, el tema de los derechos humanos es otro de los estudiados este último tiempo, temas relacionados con la salud mental y reproductiva.

Según la CEPAL (2009), temas como la utilización de redes no ha sido muy estudiado este último tiempo, el rol de la tecnología de comunicación e información en el proceso migratorio, también son escasos los trabajos que se relacionan con los aportes de los inmigrantes a la sociedad chilena.

De toda esta explicación anterior y buscando un tema menos estudiados en el país, es que la presente investigación va a intentar dar a conocer sobre las prácticas que se producen en un Centro de Salud Familiar en Chile, en la que se considera la mirada de profesionales y técnicos de una institución pública sobre el tema migratorios, como un aspecto relevante por conocer y que no ha sido estudiado con detalle.

La inmigración como fenómeno de estudio

Los movimientos de inmigrantes como fenómeno de estudio, responde a uno de los flujos que genera la globalización, que da continuidad y reproduce, a su vez, una serie de desigualdades económicas y sociales que otorga un ordenamiento a la sociedad mundial (Stefoni, 2011).

La situación en Chile respecto a la inmigración es diferentes que otros países de América Latina, posee un bajo porcentaje de inmigrantes, entre un 1% y un 3% a lo largo de su historia (Stefoni, 2001), por tanto no ha sido un tema de investigación permanente o que haya sido incluido en políticas nacionales.

En el país los estudios se habían concentrado particularmente en las migraciones históricas, como el caso de los inmigrantes ingleses, italianos, palestinos y argentinos, pero hace más de una década la investigación comenzó a perfilarse hacia nuevos escenarios luego de la primera mitad del Siglo XX, bajo el alero de nuevas pautas de las migraciones en Chile (Stefoni, 2011), como la creciente venida de inmigrantes del cono sur de América Latina (Perú, Bolivia, Argentina).

El racismo relacionado al fenómeno migratorio se reproduce en la diferencia entre hombres y mujeres clasificados como superiores e inferiores, individuos mejores que otros, y éstos “otros” representarían un peligro y amenaza (Tijoux, en Stefoni 2011). Es en las instituciones con las que se relacionan, lugares de trabajo, la calle, lugares donde la sociología ha realizado un análisis sobre los modos de vivir

diferentes tipos de rechazos. Según la socióloga chilena María Emilia Tijoux, estudiosa de la inmigración peruana en particular, afirma que existe “un cuadro estremecedor sobre la inmigración peruana y el racismo chileno que astutamente ha incorporado un modo de ser.” (Tijoux, en Stefoni 2011, p. 18).

Otro ejemplo respecto de la discriminación en el país más específicamente en las aulas se manifiesta entre los niños y niñas adolescentes chilenos, ante la pregunta de cuales son para ellos las nacionalidades inferiores, el 46% de los niños respondió que un 32% los peruanos, 30% los bolivianos y la argentina con un 16% (UNICEF, 2004).

El concepto “inmigrante” es utilizado para definir a personas con un estado administrativo semejante, sin embargo, es diferente hablar de inmigrantes argentinos, bolivianos, brasileños, peruanos, y sucesivamente. El estudio de Imagen País (ORPAS-UBO, 2008, citado por Tijoux, en Stefoni 2011, p. 18), dio a conocer que en particular el inmigrante peruano se concibe a partir de significados alusivos a su condición racial, pobreza, desorden, delincuencia y como amenaza para el orden y la seguridad de la sociedad chilena.

Desde la perspectiva de la sociología de la salud, se han realizado análisis internacionales respecto a los conceptos de racismos y minorías étnicas, al respecto se indica que:

“..The term ethnic minority is used to highlight their statistical minority and, for some, disadvantage in terms of institutionalized power relations, helpfully adopts the term racial or ethnic minority to refer to any group of people who are likely to be at risk of unfavourable treatment because of their national origins, shared social histories, or religion (...).ethnicity represent more than social structural location; it`s also represents an identity which is in turn influenced by agency.”
(Nettleton, 2008)¹

¹ Traducción libre del autor: La minoría étnica es un término que se utiliza para destacar la minoría estadística (de este grupo social) y, para algunos (autores), la situación de desventaja en términos de relaciones de poder institucionalizadas, útilmente adopta el término de minoría racial o étnica para referirse a cualquier grupo de personas que puedan estar en riesgo de un trato desfavorable a causa de sus orígenes nacionales, de historias

Pero el flujo migratorio no sólo es un problema local, un aporte interesante es el que entrega el sociólogo argelino experto en migraciones y discípulo de Bourdieu, Abdelmalek Sayad, su visión tiene que ver con cómo es el tránsito de una persona que sale del país de origen, a la llegada al nuevo lugar de residencia. Esto es la conversión desde *emigrante* a *inmigrante*. El tratamiento que propone el autor tiene que ver con una mirada global del fenómeno, investigar las causas de la emigración y posteriormente los problemas que acarrea llegar a un nuevo lugar, sólo mirando el fenómeno de esta forma es que podremos entender la migración y encontrar posibles soluciones.

Desde su perspectiva, los conflictos respecto a los inmigrantes, acontecen cuando no se les consideran desde el punto de vista social y legal, debido a que el fenómeno no se visibiliza, y por tanto, no se aseguran condiciones de políticas públicas que les protejan o resguarden, legalidades, derechos y deberes. Desde este punto de vista los servicios públicos y también otros organismos del Estado empiezan a sufrir las consecuencias de la “no mirada” (Sayad, 2010).

En el caso de los inmigrantes peruanos en Chile, Tijoux (en Stefoni, 2011) asegura que las instituciones ponen obstáculos a estos inmigrantes por medio de distintas normativas como la convalidación de títulos, otorgamiento de visas de residencia, el acceso a la salud y a la educación, el inmigrante peruano tendría otro trato, distinto al de otros extranjeros, su permanencia por tanto levanta suspicacias o en palabras de la autora es “sospechosa”.

Al respecto Sayad (2010), indica que por lo general los inmigrantes vienen, muchas veces, escapando de situaciones difíciles y lo más probable es que lleguen al nuevo lugar en condiciones o se transformen en un tiempo en indocumentados, desde este momento en que empiezan a reñir los inmigrantes con la legalidad, lo que dificulta su contacto con los servicios públicos y las autoridades del país anfitrión,

sociales compartidas, o religión (...). etnia representan más que la ubicación social estructural, también representa una identidad, la cual a su vez está influenciadas por las instituciones.

hay un miedo a ser denunciados. Pero, aunque esta situación se regularice y se pierda el temor a la expulsión, esta imagen primera es fuerte y el paso al reconocimiento del otro -en este caso de los residentes del país huésped- es lo más difícil, pues se trata, como ya se mencionó con anterioridad, de una mirada en general discriminatoria, transmitida históricamente, que genera un modo de ver, de hacer y de construir al inmigrante, por tanto es reproducida y aceptada como verdad por muchos. Para el autor sólo aquellos que conocen el problema de cerca y pueden interactuar con los inmigrantes pueden revertir su visión.

Entonces haciendo el vínculo con el caso en estudio, se podría inferir que en lugares de constante contacto con inmigrantes, es posible encontrar visiones que se alejen de la mirada discriminatoria o de las imágenes a las que se hacía mención con anterioridad respecto a los inmigrantes peruanos, de allí la relevancia de concentrarnos en el consultorio Cruz Melo, centro de salud que atiende a una amplia población de estas características.

Para Abdelmalek Sayad (2010) el tema principal radica en que para tratar de hacer una sociología de la inmigración es necesario realizar una sociología de la emigración, ya que tanto la inmigración e emigración serían las dos caras de una misma moneda:

”Estas dos dimensiones del mismo fenómeno no están separadas ni autonomizadas más que de manera determinativa, al venir esta cesura en sí misma impuesta por la división de las competencias, de los intereses y de apuestas políticas entre interlocutores políticos situados, uno por lo que respecta al otro, en una relación fundamentalmente disimétrica: emigración, por un lado, como hay países, sociedades y economías de emigración y como hay o debiera haber una potencia (política) , un Estado y una política (la del Estado) de emigración y, también, y por qué no, una ciencia de la emigración; e, inmigración, por el otro, como hay también sociedades y economías de inmigración, políticas de inmigración seguramente y , solidaria con todo esto, una ciencia de la inmigración”(Sayad, 2010, p. 19).

Desde este punto de vista la construcción de la imagen del inmigrante peruano tiene una raíz histórica en Chile, por una parte, debido a un discurso nacionalista que

niega a otro indígena, en oposición a la blancura imaginada de Chile (Larraín, 2001). Dentro de esta “otredad” estarían países denominados como América Indígena como Perú y Bolivia:

“(…) las representaciones de inmigrantes peruanos reconstruyen una posición de dominio chileno, que permite, a su vez, reconstruir la identidad nacional que ha tendido a ser en términos de superioridad frente a nuevos vecinos, en especial luego de la Guerra del Pacífico. En este sentido la reconstrucción del nacionalismo chileno forma parte de un instrumento político utilizado para consolidación de una idea de nación (Quevedo y Zúñiga, 1999, citado por Tijoux, en Stefoni 2011)

Al mismo tiempo, respecto al inmigrado, cómo se habla de él, es la manera de cómo se lo ha constituido o lo que se piensa de él, puesto que están presentes de manera permanente, los inmigrados se han hecho presente en todo y en todas partes. El tema relevante ahora, es transformar los diferentes discursos en un problema sociológico y un estudio científico:

“El discurso sobre el objeto al formar parte del objeto de estudio y pedir ser tomado como objeto de estudio, necesita romper con la fenomenología habitual para transformar en problema sociológico lo que no era más que un problema social propicio para provocar la indignación o el escándalo antes que el estudio científico” (Sayad, 2010, p.253)

Por lo mismo se hace necesaria la pregunta sobre la génesis del problema y de la idea o representación que tenemos de los mismos, debido que para el mismo autor, el discurso regula un fenómeno que corre peligro de perturbar el orden público, social, político, moral, entre otros, además enmascara, de modo paradójal, la inmigración, neutralizando lo que es el inmigrado y la inmigración (Sayad, 2010).

La propuesta de Sayad en términos conceptuales y de paradigma resultan interesantes para analizar la presente investigación, aunque cabe aclarar que no se realizará un análisis del emigrado, y a su vez, el objeto de análisis serán aquellos que trabajan y dialogan constantemente con el inmigrante, puesto que la inmigración peruana está en un estado de constante avance en Chile y no es un fenómeno que

esté en su génesis, por lo que las relaciones sociales que se pueden dar aquí no son de conocimiento, sino de consolidación.

Se puede decir entonces, que el inmigrante peruano es producto de una construcción social y política, arraigada en términos negativos más que positivos, por parte de los chilenos, lo que puede afectar colectivamente a un grupo de inmigrantes, con una historia de emigrado por detrás, que arrastra una condición de vulnerabilidad, generalmente.

Pregunta de Investigación

A partir de los antecedentes descritos, la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las prácticas de profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención en salud de la población inmigrante peruana?

Objetivos

General

Conocer las prácticas de profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención en salud de la población inmigrante peruana.

Específicos

- 1) **Caracterizar las prácticas institucionales** que estructuran las prácticas de profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención a la población inmigrante
- 2) **Caracterizar las subjetividades** existentes en profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención a la población inmigrante.

- 3) **Caracterizar el conocimiento práctico** instalado en las prácticas de profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención a la población inmigrante
- 4) **Identificar las posibles tensiones entre las fuerzas estructurantes de las prácticas** de profesionales y técnicos que trabajan en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia de la Región Metropolitana, en relación con la atención a la población inmigrante

Relevancias

En estos momentos en que las migraciones están siendo más investigadas por distintas instituciones académicas y organismos públicos en general, donde por lo general el estudio ha estado marcado por el impacto que se produce sobre los inmigrantes y la mirada que tienen ellos del país se hace interesante estudiarlas desde otro enfoque que es la visión que tienen los organismos públicos que están en contacto con ellos y en este caso un consultorio que justamente está enclavado en una de las comunas que ha atraído más cantidad de inmigrantes peruanos en la comuna de Santiago.

Investigar la subjetividad de los trabajadores del consultorio y cómo se relacionan con los inmigrantes, nos puede servir para conocer cómo se produce este acercamiento y qué tan preparados están los servicios públicos del país para actuar en nuevos contextos culturales. En definitiva cómo se materializa la norma y las políticas en la realidad.

Las conclusiones podrán servir para identificar factores de cómo están funcionando los consultorios y de qué forma acercarlos a interactuar dentro de un choque cultural y de migraciones, un aporte para generar nuevas intervenciones, medidas de distinta índole y dejar de lado las improvisaciones en un terreno donde cada vez se tiene que tratar más con el tema, la migración seguirá existiendo y hasta

el momento ha ido en aumento. De esta forma se pueden generar nuevos programas duraderos junto con las autoridades y que se visibilicen las problemáticas de la inmigración.

Capítulo dos: Marco Teórico

En este capítulo se revisarán las definiciones, los alcances de los conceptos sociológicos, la importancia de analizar las migraciones desde este punto de vista conceptual. Además de profundizar en el término de prácticas enfocadas desde el ámbito de la salud y los profesionales, técnicos, que trabajan con inmigrantes en su labor cotidiana.

2.1. Políticas de migración internacional en Chile y sus modelos históricos internacionales de tipos de integración.

Como se ha tratado anteriormente es necesario que a raíz de las cifras y del alza que han tenido las cifras en relación a los inmigrantes que llegan al país se enfoque el tema de mejor forma y a través de una política migratoria, hasta el momento sigue funcionando la Ley de Extranjería del gobierno militar y solo se han generado distintos procesos de mejoras parciales ya sea en salud, educación y refugiados, pero no se ha adoptado una política global.

Según Lelio Mármora (2002) el objetivo principal de las políticas para incorporar a los migrantes tienen que incluir: “Las políticas de incorporación de los inmigrantes tienen como objetivo principal la activa participación de éstos en las áreas social, cultural política y económica de la sociedad receptora” (Mármora, 2002, p.325). Para el autor Torres Pérez (2004) todas estas formas de integración habría que entenderlas como un conjunto de ideologías:

“Todas ellas, tanto la asimilación como el multiculturalismo, hay que entenderlas como un conjunto de ideologías, políticas y prácticas, que muestren y expresan el tipo de cohesión social, las tradiciones políticas y los mitos identitarios, pero también las formas de relación desigual, los equilibrios y ajustes, entre grupos culturalmente diferentes y jerarquizados”.(Torres Pérez, 2004, p.62)

En relación a la teoría y distintos modelos de inserción o integración de los inmigrantes estos tienen su nacimiento en distintas etapas históricas, ocurridas en

distintos países y que tienen que ver con momentos de colonizaciones o simplemente movimientos migratorios, para este mismo autor existe una definición en cuanto a la inserción del inmigrante y que se ubicaría en una dicotomía de participación-marginalidad. La participación sería la materialización de la relación social y esto se podría observar a partir del contacto de tipo económico, cultural, ecológico, que establece el migrante con el medio y sus modalidades. (Mármora, 2002).

La marginalidad, estaría compuesta o definida por la negativa, resultaría de una “no participación”, apareciendo el concepto de marginalidad como una falta de contactos y, por tanto, de participación del individuo o grupo respecto a uno o más sectores de la sociedad” (Mármora, 2002). La participación puede aparecer como activa o pasiva. La participación activa, implica un contacto social donde el inmigrante puede controlar y crear el producto de la relación social, y respecto a su futuro. En cambio, la participación pasiva, es totalmente contraria, no hay posibilidad de control ni de creación de la relación. Por su parte la participación activa, puede desembocar en la conquista o la integración.

La integración activa implica un consumo del producto de las relaciones sociales, pero a través de modalidades compartidas. Si se quiere, y en forma muy general, sería la situación de la gran masa de inmigrantes europeos que llegó a América a principios de siglo, que si bien en principio no tenían otro camino que el de “consumir” una situación ya dada (económica, cultural, social), fueron introduciendo sus modalidades y costumbres en el consumo, modificando a causa de su número y facilidad de integración al medio una situación social dada hasta llegar, finalmente , a través de la integración individual o grupal en términos de clase, a producir efectos que pueden ser considerados de integración activa (Mármora,2002).

También va a agregar, que la asimilación responde al último punto de esta graduación de formas de participación, y aparece en aquellos casos donde el

inmigrante asume las modalidades de consumo del medio receptor en su totalidad, o bien participa de ellas sin influir en absoluto en su producción.

Para Torres Pérez (2004) la asimilación se va a caracterizar cuando un grupo o persona adopta como propia la cultura dominante:

“La asimilación es el proceso por el que una persona o grupo adopta como propia la cultura dominante en la sociedad, al mismo tiempo que va abandonando su identidad cultural diferenciada. Los países tradicionalmente receptores de inmigrantes, como los EE.UU., Canadá, Australia, Francia, esperaban que los inmigrantes abandonaran progresivamente su herencia cultural y se asimilaran a los patrones culturales del país de acogida. No cabe extrañarse por ello.”(Torres Pérez 2004, p.62)

El mismo autor Torres Pérez (2004) va a agregar con respecto a la asimilación y con respecto a la homogenización que sería una de las características de esta tendencia: “La asimilación de los inmigrantes constituyó un aspecto más de la fuerte tendencia a la homogenización que caracterizó el proceso de construcción de los Estados-nación. La extensión de la escolarización obligatoria, de la administración pública, de la movilidad interna y el crecimiento urbano favorecía la construcción de unidades políticas basadas en una lengua, una cultura y una identidad nacional” (Torres Pérez, 2004, p.62).

Cuando se habla de proceso de asimilación no cabe pensar necesariamente, en medidas de coerción explícita. Aunque estas no faltaron, el éxito del proceso de asimilación se basaba en las dinámicas sociales y la acción de las instituciones, con sus exigencias explícitas, aprendizaje de la lengua, e implícitas, adaptación a las costumbres. Este proceso de asimilación adoptó unas formas u otras según la distinta tradición política e identitaria, las diferentes formas con que se interrelacionaban el Estado, la mayoría social y las minorías, y el tipo de cohesión social que caracterizaba a cada uno de los países.(Torres Pérez 2004, p.63)

A partir de los años ´60 y ´70, la acción combinada de tres tipos de factores empezó a cuestionar seriamente las distintas formas del paradigma asimilacionista.

Por un lado, las exigencias y dinámicas sociales generadas por los grupos minoritarios, minorías nacionales en unos casos, grupos etnoculturales surgido de la inmigración en otros. Por otro, las dificultades y problemas crecientes en el proceso de inserción social de los inmigrantes asociados, entre otros factores, a los fenómenos de dualización y al ocaso de una sociedad industrial tradicional. (Torres Pérez, 2004)

Tanto el modelo republicano Francés como el *meeting pot* norteamericano ofrecían al inmigrante, a cambio de su aculturación y su identificación con Francia o los Estados Unidos, la promesa de una plena integración social y económica. Esta promesa de movilidad social ascendente ya no se puede mantener. Se hace más difícil y selectiva en una sociedad más desigual y fragmentada, (Torres Pérez 2004, p.68)

En el inicio de los años 70, Canadá adoptó el término multicultural para designar su nueva política. Estados Unidos, sin hacer suya la denominación empezó a adoptar medidas de este tipo. El entonces ministro británico también se sumaría a las mismas iniciativas (Torres Pérez 2004).

Podemos hablar de un cambio desde un paradigma asimilacionista “clásico”, marcado por lo homogeneidad, a un paradigma pluralista que adopta, según los países, diversas fórmulas y denominaciones: Multiculturalismo canadiense interculturalidad Québec, políticas de minorías en los Países Bajos, integración a la francesa.

De acuerdo con la asimilación la igualdad de trato prometida tenían que comportar la homogeneización sobre la base de la cultura dominante. Según el nuevo pluralismo la renuncia a la cultura propia no puede imponerse como condición para participar, como uno más, en la vida social. Si bien las viejas inercias y dinámicas sociales y políticas no desaparecieron, el término asimilación se convirtió en tabú (Torres Pérez, 2004, p.70)

El multiculturalismo mantenía el objetivo de la integración de los inmigrantes, si bien la Declaración de 1971 cambio sus términos al afirmar la naturaleza pluralista de la sociedad canadiense definida como bilingüe y multicultural, en cuyo marco se deberían preservar las diversas culturas de origen, obviamente “acomodadas”. (Torres Pérez, 2004, p.71)

Cuando los países bajos asumieron como fenómeno permanente la presencia de los inmigrantes y sus familias, se formuló la Política de Minorías con los objetivos de contrarrestar la exclusión de determinados grupos de inmigrantes y estimular la idea de una sociedad tolerante y multicultural. (Torres Pérez 2004, p.73)

El termino multiculturalismo se utiliza en diversos sentidos. Multiculturalismo como hecho, constatación empírica del creciente pluralismo cultural de nuestras sociedades. En otros casos, multiculturalismo designa las políticas aplicadas por gobiernos y administraciones. En tercer lugar, multiculturalismo hace referencia a un proyecto normativo que considere “el pluralismo cultural como principio jurídico y político (de Lucas, 2003).

Es muy difícil encontrar en la realidad este tipo de modalidades en forma pura según el autor, unas se darán en forma predominante sobre otras .Y que las modalidades descritas: asimilación, la integración pasiva y la conquista son sólo categorías en que el migrante podrá o no participar en forma total o exclusiva.

Otro aspecto importante tratado por el mismo autor se relaciona con lo que él va a llamar los sectores institucionales de participación de los inmigrantes, va a distinguir el sector social, cultural, económico, ecológico y político.

En el sector social la participación se daría a través de la relación del inmigrante con los individuos -en términos de actor social- y grupos sociales del medio receptor. Y sus presupuestos implican un primer paso de aceptación de la existencia social mutua, un segundo paso de contactos interpersonales y por último,

una integración en grupos primarios (por ejemplo inter-casamientos (Mármora, 2002).

En la participación en el sector cultural se define en la relación del inmigrante con los productos culturales de su medio. Sus presupuestos determinan una secuencia cuyas etapas serían las siguientes: aceptación de los valores generales de la comunidad receptora por parte de los migrantes; aceptación de las normas derivables de esos valores (visualización del sistema de status sociales, que puede ser crítica o no); elaboración de cierto tipo de creencias en base a estas normas y valores; elaboración de actitudes congruentes.

La participación económica se efectuaría en relación con las estrategias económicas reflejadas en el mercado de trabajo. Y sus presupuestos implican una inserción gradual en dicho mercado que puede ser clandestina en un principio, legal pero estacional en un segundo momento y permanentemente en un tercer lugar.

La participación ecológica basada en la relación física – espacial de los inmigrantes con la comunidad receptora definiría sus presupuestos por su inserción física a la comunidad receptora.

Y la participación política, se manifiesta a través de la relación del migrante, con instituciones, grupos, de la sociedad receptora. He aquí, el punto que se destacará en la presente tesis.

2.2. Legalidad y políticas públicas migratorias en Chile.

La importancia de la lectura respecto a las políticas radica en que las políticas públicas construyen mecanismos de regulación y de reproducción social, si se considera qué procesos son considerados como relevantes y serán reconocidos (Ramírez, 2007).

Por su parte, ya se ha señalado que la migración de países de América Latina a Chile ya no es un fenómeno nuevo, todo lo contrario se ha transformado en un nuevo

fenómeno migratorio, las cifras muestran que cada vez llega una mayor cantidad de inmigrantes a Chile, pero en lo que respecta a la legalidad para tratar dicho fenómeno el país se encuentra atrasado ya que continúa rigiendo un Decreto Ley N°1.094 de 1975. Este decreto no tiene los estándares mínimos de las tendencias migratorias actuales, la ley sólo trata temas de entrada y salida de extranjeros al país, pero no se muestra como una normativa acorde a los tiempos actuales en los que se integre aspectos sociales, culturales y de integración de estos grupos:

“La temática a nivel interno se regula por el Decreto Ley 1.094, dictado en el gobierno del General Pinochet en 1975, es conocido como la Ley de extranjería. Esta norma fue reglamentada por el Decreto Supremo 597 de 1984, y posteriormente en el año 1996 fue modificada por la ley 19.476, que introduce cambios en lo referente a los refugiados. Estas normas rigen el ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, el egreso, el reingreso, la expulsión y el control de los extranjeros, la ley de extranjería sería un reflejo de la ideología de seguridad que se promovió durante el régimen de Pinochet, esta norma es selectiva en lo que se refiere a la admisión de los extranjeros y muy rigurosa en el control de las entradas y salidas de estos” (CEPAL, 2009, p.50).

En esta misma idea es en la que concuerda la socióloga chilena Carolina Stefoni, quien indica que la legislación de 1975 consolida al extranjero como una amenaza al Estado-Nación. Con respecto a la legislación anterior no se produce una ruptura total, sino una consolidación con ciertos elementos que venían gestándose desde fines del siglo XIX y principios del XX especialmente en la idea de migrantes libres y espontáneos, en oposición a la de colonizadores. La dictadura habría radicalizado estos elementos, utilizando una semántica política que permitió asociar la amenaza con ideologías de izquierda. Esta ley reemplazó el uso de la categoría migrante por la de extranjero, lo que puede interpretarse como un esfuerzo por alejarse del significado tradicional de migrante, asociados a los procesos de colonización y poblamiento en el sur del país e instalar un nuevo referente que reforzara la idea de peligro (Stefoni, 2011).

Esta ley más que políticas de ayuda, estaría relacionada, más bien, con la ley de seguridad: “La actual Ley de migración fue formulada durante el régimen militar por lo que se encuentra inspirada en el principio de seguridad nacional, lo que se tradujo, entre otras cosas, en la definición de una serie de criterios que impiden el ingreso de diversos extranjeros al territorio nacional” (Stefoni, 2011, p.80). En resumen la actual Ley no cumple con las expectativas necesarias para asegurar la correcta protección de los migrantes y aunque posteriormente en los gobiernos de la Concertación se ha intentado hacer modificaciones importantes, éstas no cumplen con lo esencial que es eliminar la legislación existente y crear una acorde a los nuevos tiempos y necesidades respecto a este ámbito. Ante esto agrega la socióloga:

“Posteriormente en el proceso de democratización que se desarrolla a partir de 1990, lejos de resolver estas tensiones, continúa operando en ellas. Lo que se observa es que durante los gobiernos de la concertación el acento estuvo puesto en modernizar la gestión administrativa de la migración y suscribir acuerdos internacionales de protección de derechos humanos. Va a ser durante el gobierno de Ricardo Lagos, (2000-2006) que se ratifica la Convención y los protocolos de Palermo sobre trata y tráfico, y es en la administración de Bachelet (2006-2010) que los principios de estos acuerdos se incorporan como fundamentos de programas y propuestas de políticas migratoria. Pero pese a ello, el Estado no abandona los principios de seguridad que están presentes en la actual legislación (Stefoni, 2011, p. 80).

De esta forma los distintos programas e iniciativas trataron de solucionar los problemas que genera una ley antigua, restrictiva y lejos de la protección de los derechos humanos, pero estas iniciativas no terminan con una nueva propuesta que es lo fundamental. Al mismo tiempo, Chile ha ratificado una serie de tratados internacionales que recomiendan una serie de conductas a nivel interno, aunque de carácter no vinculante, y que por ese motivo no se cumplen a cabalidad, entre estos tratados, los siguientes:

- 1) La convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias (firmada en 1993 y ratificada en marzo de 2005).
- 2) El pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, y su protocolo adicional.
- 3) Convención contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)
- 4) El pacto internacional de derechos civiles y políticos y sus protocolos facultativos.
- 5) Convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- 6) La convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- 7) Protocolo opcional a la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- 8) La convención sobre los derechos del niño y sus protocolos adicionales.

Todos estos instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos y ratificados por un Estado le suponen obligaciones. Una de ellas es proteger y garantizar los derechos de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción, sin distinción alguna con fundamento de su nacionalidad o condición migratoria. Esta obligación se encuentra establecida en los tratados generales sobre derechos humanos y se conoce como el derecho a la no discriminación. Esta protección y garantía está condicionada a la existencia de una autorización para permanecer en el país, es decir una visa. Como lo establecen los instrumentos internacionales de derechos humanos, la libertad de circulación incluye el derecho de las personas de salir de cualquier país, incluso del propio y el derecho a ingresar a este último sin restricción alguna. Por otra parte los Estados pueden establecer requisitos y restricciones para el ingreso de extranjeros al territorio nacional, fundados en la

seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicos, y en los derechos y libertades de terceros. La única excepción son las personas que al momento de solicitar su ingreso a un tercer país expresan que son refugiadas, pues a ellas siempre debe permitírseles el ingreso, de acuerdo a la Convención sobre el Estatuto de los refugiados (UDP, 2010).

Además, hay que agregar, que a una persona extranjera a quién se le ha autorizado el ingreso y la permanencia en un Estado tiene derecho a un debido proceso administrativo. Es decir, solamente una autoridad competente puede revocar su visa y dictar una orden de expulsión en su contra, mediante una resolución adoptada conforme a derecho, y frente a la cuál puede ejercer los recursos administrativos y judiciales disponibles para solicitar su revisión. (UDP, 2010).

Además es necesario dejar en claro que si bien los extranjeros tienen los mismos derechos de los nacionales, el ejercicio de los derechos políticos está condicionado en muchos Estados a la nacionalidad. Concretamente, se trata del derecho a participar en asuntos públicos, a elegir y ser elegido en elecciones, y a ejercer funciones públicas (UDP, 2010).

Hay que agregar además, la posición que ocupan los tratados internacionales en el ordenamiento jurídico chileno ha sido objeto de debate constitucional y como notan algunos autores:

“A pesar del planteamiento doctrinario de que los derechos esenciales reconocidos por la normativa internacional obligan a todo órgano estatal, en cuanto debe respetarlos y promoverlos ha prevalecido la posición de que mientras no se adecúe el orden constitucional y legal, las normas internas mantendrán su vigencia y prevalecerán frente a la perspectiva internacional, descartándose así su derogación tácita (Martínez 2011, p.135 citando a Pfeffer Urquiaga).

De todos estos instrumentos el de mayor importancia suscrito por el Gobierno de Chile es la *Convención internacional sobre la Protección de los Derechos de*

todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias, es considerada una base mínima a partir de la cual trabajar con los migrantes, de esta manera cualquier política y regulación legal vinculadas a los migrantes debe ser pensada desde el respeto de los derechos humanos más básicos: el derecho a la libre movilidad (dejar el país de origen y volver a él libremente), a la justicia social y laboral en igualdad de condiciones que los nacionales, y finalmente el derecho a la conservación de la identidad cultural. La Convención además establece dos categorías de derecho: la primera corresponde al conjunto de derechos humanos mínimos al que tiene acceso todo tipo de persona migrante, sea de tipo regular o no, y la segunda se entiende como una serie de derechos extraordinarios a los que puede acceder un inmigrante en una condición regular (Cano, Soffia y Martínez , 2009).

Por otra parte en el Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2010, de la Universidad Diego Portales cita la misma convención diciendo:

“En el desarrollo del derecho internacional aplicable a los extranjeros destaca la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, un instrumento internacional ratificado el 21 de marzo de 2005 que enumera los derechos de los trabajadores migratorios, diferenciando entre los derechos de trabajadores autorizados de aquellos que se encuentran en situación irregular. Este instrumento pone el acento en aquellos derechos más relevantes para los trabajadores migratorios, que son los derechos económicos, sociales y culturales” (UDP, 2010)

En resumen, respecto a las políticas en materia migratoria se puede decir que Chile no tiene una política migratoria. Las leyes existentes se preocupan más bien de las entradas y salida de los extranjeros del país, pero no de los derechos y libertades de los migrantes.

En el Gobierno de la Concertación, específicamente de la Presidenta Bachelet, hubo un acercamiento al tema de las migraciones integrándolo en su programa presidencial, un ejemplo es el Instructivo Presidencial N° 9 del 2 de Septiembre de 2008 planteó ejes de la acción gubernamental sobre estas materias:

- 1) Chile país de acogida, adecuadamente abierto a las migraciones.
- 2) Integración de los migrantes, con respeto a la especificidad cultural e incorporación de los migrantes en la estructura económica, social y política de Chile.
- 3) Tratamiento Internacional de la Temática Migratoria. Principio de responsabilidad compartida.
- 4) Capacidad de regulación y administración del fenómeno por parte de los agentes estatales.

Ejes de análisis que quedan en el discurso sin hacerse visible en las prácticas cotidianas, sociales, políticas, culturales, económicas, de los inmigrantes:

“La ausencia de política migratoria es un aspecto que debía haberse resuelto con el Consejo de Política Migratoria creado por la administración Bachelet mediante el Instructivo Presidencial creado por la administración Bachelet mediante el Instructivo Presidencial, del 2 de Septiembre de 2008. Sin embargo, el Consejo nunca sesionó y se perdió la valiosa oportunidad de crear una instancia de discusión y definición de la política migratoria, y de coordinación entre entes públicos cuya población objeto incluye a personas migrantes. Esto redundaba en requisitos para acudir a los servicios públicos y ejercer sus derechos que los extranjeros no pueden cumplir, con lo cual en la práctica el Estado viola sus derechos en diversos ámbitos” (UDP, 2010,p. 242).

2.3. Regulaciones en materia de Salud para los migrantes.

Como se dijo anteriormente Chile ha ratificado una serie de instrumentos de derecho internacional que regulan el derecho de los inmigrantes, sin embargo no son vinculantes, y así ocurre también con las políticas en materias de salud con los migrantes.

El derecho de los inmigrantes a la salud está consagrado en instrumentos de derecho internacional, los cuales emanan de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De acuerdo a la Convención de Viena de 1963, los tratados internacionales tienen un carácter consuetudinario, lo que significa que los países

firmantes están obligados a cumplirlos. Sin embargo, no existe un organismo que tenga la facultad de ejercer la coerción o fiscalice para que cumplan dichos acuerdos. Adicionalmente, en Mayo del 2006, Chile firma la Declaración de Asunción, en la Sexta Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. En este documento se reafirma el importante aporte de los inmigrantes, como también la necesidad de fomentar en los países de recepción programas que faciliten su integración, con respecto a sus identidades culturales, previniendo por esta vía actos discriminatorios por razones nacionales, éticas o raciales. (Agar, 2010).

Respecto de los mayores avances que se conocen hasta el momento en materia legal y que favorece en la atención a los inmigrantes tenemos que el Ordinario 3229 es uno de los que aporta mayor protección a la comunidad de inmigrantes:

“El ordinario de 3229 del 11 de Junio 2008 del Ministerio de Salud, es el documento que ha aportado mayor avance en la protección de la población vulnerable, a través de políticas públicas coordinadas entre las autoridades sanitarias y políticas. De esta forma, y en virtud de un convenio entre El Ministerio de Salud y el Ministerio del interior, se acordó proporcionar a todos los niños y niñas menores de 18 años extranjeros atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos. Lo anterior es válido para todos los menores de 18 años, independiente de su situación migratoria en Chile, la de sus padres, tutores o representantes legales. Y se especifica que para dar cumplimiento a esta medida, será necesario inscribir a los niños y niñas menores de 18 años que se encuentre en situación migratoria irregular en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio. Con fundamento en esta inscripción – o en el certificado del médico tratante, que acredite la atención en alguno de los centros de la red pública de salud- el menor podrá solicitar ante la autoridad migratoria que corresponda a su domicilio un permiso de residencia temporaria, en caso de no asistir a un establecimiento educacional. Si se encuentra matriculado en un establecimiento educacional reconocido por el Estado, entonces podrá solicitar un permiso de residencia de estudiante.(Agar, 2010, p. 57).

Además en el mismo documento se adoptó una medida en el 2003 de mucha importancia, respecto de las mujeres embarazadas en situación irregular. El acuerdo en que se llegó entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud, otorga una visa de residencia temporaria a la mujer que se encuentra en estado de embarazo y que se controla regularmente en el consultorio que corresponde a su domicilio. Así este grupo inmigrante tiene la posibilidad de regularizar su situación migratoria de forma expedita, con el fin de poder ser atendida por la red asistencial en igual condiciones que las mujeres chilenas. (Agar,2010, p.57)

Sin embargo para otros autores, este paso que dio el Estado, no significa necesariamente el reconocimiento de las mujeres migrantes como sujetos de derecho, sino que esto se funda en el rol de la protección de los niños, quienes al nacer en territorio nacional, son reconocidos como chilenos (Núñez, en Stefoni 2011).

Otro aspecto de importancia en este documento es que ratifica la atención de urgencia y acceso a bienes públicos en salud (por ejemplo campañas de vacunación) para todas las personas, independientes de su condición migratoria. Al mismo tiempo, se enfatiza que todas las personas que habitan tierra chilena, independiente de su condición jurídica, tienen derecho a la atención de urgencia (Agar, 2010).

Para remediar un vacío existente en la normativa migratoria y el acceso a la salud de los inmigrantes, se instruye con el ordinario 2552 del 16 de junio de 2009 del Ministerio de Salud, que se debe mantener la atención en la red pública de salud a los inmigrantes con credencial de FONASA, que se encuentren tramitando su permiso de residencia y no tengan vigente su cédula de identidad.

La importancia respecto a la revisión de estas normativas, es porque se relacionan estrechamente a las prácticas institucionales y cómo son llevadas a cabo en el hacer del equipo de salud.

2.4. El inmigrante y la salud

Frente al nuevo fenómeno migratorio del cual se está dando cuenta el Estado Chileno no ha hecho modificaciones radicales a su política migratoria, aunque sí reconoce la necesidad de asistir a los migrantes en condiciones de vulnerabilidad social. De este modo se otorga el derecho a la atención gratuita en salud a las mujeres extranjeras embarazadas, tanto para aquellas de situación regular como irregular. Además, últimamente, este derecho se ha extendido a los menores de 18 años, hijos de padres inmigrantes sin importar su estatus legal (Núñez, en Stefoni, 2011). Según la misma autora, las demandas por atención en salud en las distintas instituciones del sistema público fue sorpresivo y la respuesta de instituciones reactiva, sin un sustento de políticas que den cuenta de los diferentes contextos de migración.

Estamos frente a un fenómeno en el que se comienza a concentrar el número de población extranjera, y que requiere atención en salud. La importancia de este tipo de demandas en los inmigrantes, radica en que el inmigrado se encuentra en otro país con un equilibrio aparente, que al encontrarse enfermo pierde momentáneamente ese estado, y necesita volver a su estado anterior, circunstancia que le obliga a enfrentarse con las instituciones del país que lo cobija:

”Como si, en otras difíciles, el trabajador inmigrado enfermo hubiera sido desprovisto por la enfermedad del estatuto que tienen en la inmigración y del equilibrio que le es correlativo, es conducido a esperar de la institución médica y de la curación que ella puede aportarle que le restituyan como de manera mágica su identidad de inmigrado y un equilibrio desaparecido, imposible de recobrar. Asimismo, lo inclina a vincularse con frenesí a la institución médica y, por consiguiente, a la enfermedad que lo une a esta institución.”(Sayad, 2010, p. 258)

El inmigrante entra en una institución que no conoce, pero que además debe adaptarse a sus reglas y modos de comportamiento, donde el enfermo debe confrontarse a la tarea de crear el modelo de comportamiento, de pensamientos,

que le permitan adaptarse a una nueva situación creada por la enfermedad que padece. El inmigrante enfermo buscará que la institución médica le reestablezca su equilibrio de la forma más rápida posible, para continuar con la búsqueda de sus objetivos personales, pero por el contrario, mientras más se demora esta institución en curarlo, más se volverá en contra de esta institución, y la tendrá como responsable de su estado, invirtiendo tiempo, incriminando a la enfermedad, los médicos, el centro de salud, incrementado por el nivel de la enfermedad y desorden que le signifique (Sayad, 2010).

Además el mismo autor indica que el diálogo entre el inmigrado y la institución médica, es mutuamente difuso, marcada por una mutua incompreensión:

"Como espera del poder médico (poder estrictamente técnico pero también poder social, político e incluso mágico de los médicos) algo distinto de lo que está objetivamente contenido en la lógica y la finalidad de este poder puesto que no "habla" correctamente la "lengua" (cultural y funcional) de la institución médica, el inmigrado enfermo está obligado a un diálogo marcado por una mutua incompreensión. Y semejante diálogo se vuelve rápidamente hacia la violencia" (Sayad, 2010, p. 261).

Es relevante tener conocimiento de los procesos que acontecen entre la interacción de quienes atienden a los inmigrantes tanto como enfermos o como usuarios de un servicio de salud, dado que refleja la relación con un "otro" y qué valores son los asociados a la diversidad cultural.

Entre la institución médica y el enfermo que está con la enfermedad se necesita volver a un equilibrio, como se mencionó anteriormente, pero también debe existir una reivindicación entre la institución y el enfermo, re-establecer la relación, se debe aclarar la génesis misma de la relación, en algunas ocasiones ajustada, y en otras, en completa desarmonía, donde se encontrarán en relación estructuras objetivas entendidas como la economía y la medicina y los *habitus* producidos por cada una de las partes de estas estructuras, necesarios para el funcionamiento de las mismas.

En el caso de esta investigación, se escogió un consultorio de la Región Metropolitana, caracterizado por un intensivo número de población extranjera que allí recibe, en su amplia mayoría de origen peruano. De esta manera se pudo dar cuenta de la construcción del "paciente peruano", distinto al "paciente chileno".

Sayad (2010), advierte, que habrá discordancia entre ambas partes debido a que sus intereses no coinciden y fundamentalmente, porque sus respectivas concepciones del cuerpo son diferentes, en cuanto a su función económica, pero sobre todo en su significado social, y por lo tanto, de las consecuencias de todo lo que afecta (enfermedad o accidente). Se dirá del inmigrado, que es aquel que está incapacitado, accidentado o enfermo el que va a tratar de obtener una indemnización más ventajosa, pero esto no es visto como anormal por el autor, debido a que complementaría con cierta actitud de negación y cuestionamiento de la medicina misma y de las instituciones que en ese momento ejercen sus funciones. El vínculo, por cierto, dista de la confianza entre ambas partes, más bien van a existir desconfianzas y dudas.

“Aquí, para aquel que no está nunca seguro de lo que le corresponde y de lo que puede exigir y, por consiguiente, que no sabe hasta dónde ir en sus "reivindicaciones", y que tampoco sabe si se ha hecho justicia a sus pretensiones (alberga siempre en sí la vaga sospecha de que ha sido perjudicado o, más aún, que cualquiera diferente a él, esto es, que cualquier otro socialmente mejor situado que él, habría obtenido más de lo que él ha obtenido), la mejor estrategia parece ser la de nunca "transigir" con la parte adversa: puesto que no tiene nada que perder yendo hasta el extremo límite del proceso emprendido y puesto que no tiene nada que ganar negociando "amistosamente", el débil ¿no tiene interés en continuar apareciendo como una víctima obligada a contentarse muy a pesar suyo con lo que se le ofrece?(Sayad 2010, p. 267).

En general el autor nos va a decir que el inmigrado va a tener una desconfianza fundada en su experiencia, que lo hace pensar que todos son cómplices y existe un deseo en perjudicarlos. Desde el punto de vista del personal -entiéndase médicos, enfermeros, paramédicos, asistentes sociales, psicólogos y

todo aquel que se relacione con los inmigrantes en la práctica médica- "debería" existir una especie de neutralidad, pero que en general se contamina, el postulado de curar como prioridad se contamina con el juzgar al "otro", en particular cuando posee una posición desventajosa o de inferioridad. La sensación que predomina en el inmigrante. Bajo estos parámetros, sería la sensación de ser vigilado, ser distinto, en cada uno de los lugares en los que se encuentre. Como también mencionaba Tijoux (en Stefoni, 2011), el inmigrado es el eterno sospechoso, en el que cada uno de sus hechos, sus gestos, son objeto de acusación: en la calle, en las tiendas para comprar, en sus hogares, en los servicios públicos, en el trabajo.

Esta sensación es mucho más fácil de encontrar en aquellos países en donde no hay costumbre de la inmigración, como es el caso de Chile, sumado a aquellos inmigrantes que ya cargan en sí una serie de imágenes negativas.

No sólo existe una difusa comunicación por la diferencia de intereses de ambas partes, también se suma al "diálogo de sordos" que el inmigrado no se comunica bien verbalmente o de la manera que espera el profesional, ante esto y muchas veces el idioma distinto manejado hace que el inmigrante prefiera utilizar su cuerpo antes de comunicarse de manera oral. Debido a que su lengua es semánticamente pobre, o no posee todos los términos adecuados para la atención.

En estos espacios se articulan una serie de condiciones y prácticas, donde se construyen los procesos de salud, enfermedad y atención (Ramírez, 2007).

El relativo equilibrio que menciona Sayad (2010) para el inmigrante sobre su estado de salud y por tanto su capacidad de participar socialmente, se vincula a la importancia de la salud que indica Parsons (1966), en este espacio según el autor están organizadas pautas de rol y orientaciones de valores. La enfermedad es una incapacitante para poder desempeñar los roles sociales, y de ahí que la salud sea un pre requisito para ser funcional al sistema social. No se trata de una lectura biológica de la enfermedad, sino, social.

Una característica importante se refiere a la neutralidad afectiva esta parte del rol de médico y su actividad como ciencia aplicada. Por ello se espera de que él se ocupe de un problema objetivo en términos objetivos, científicamente justificables. Por ejemplo, se supone que es irrelevante que al médico le guste o le disguste el enfermo concreto como persona; en la mayoría de los casos el problema puramente objetivo consiste en tratar con una enfermedad particular (Parsons, 1966).

Por otro lado se ha discutido si el “estar enfermo”, constituye un rol social, no es solo una cuestión de hecho o de una condición en particular, hay por lo pronto una serie de expectativas institucionalizadas y del correspondiente sentimiento y sanciones. Además, el autor agrega respecto del rol del enfermo, en el que habrían cuatro aspectos del sistema de expectativas institucionales respecto de su rol (Parsons, 1966):

- 1) Primero habría una excepción de las responsabilidades normales del rol social, en la relación a la naturaleza y gravedad de la enfermedad, esta legitimación del médico le sirve al enfermo para eludir todo tipo de responsabilidades y por otro lado, a favor de quienes requieren de sus servicios de toda especie, como una protección contra enfermos imaginarios,
- 2) El segundo, es que la persona no se va a recuperar por un simple acto de decisión o deseo, por esto también estaría eximida de responsabilidad, está en una condición que hay que “cuidar”. Hay que cambiar su condición no solamente su actitud, el proceso de recuperación puede ser espontáneo, pero mientras dure la enfermedad, el enfermo no puede intervenir en ella,
- 3) El tercer elemento lo constituye la definición del estado de enfermo como indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar. Los dos primeros elementos de legitimación del rol de enfermo son, pues, condicionales en un sentido muy importante. Se trata de una legitimación

relativa, mientras dure este estado desafortunado, el enfermo como el espera que será superado por el procedimiento lo más rápido posible.

- 4) Finalmente el cuarto elemento consiste en la obligación- en proporción a la gravedad del caso, desde luego- de buscar ayuda técnicamente competente; es decir, en la mayoría de los casos, la ayuda de un médico, y cooperar con él en el proceso de sanar. Aquí, el rol de la persona enferma como paciente se articula con el rol del médico en una estructura de rol complementaria.

Es necesario señalar que en todos los casos el médico es señalado como una autoridad institucionalizada. De esta forma la relación médico-paciente tiene que implicar necesariamente una relación que involucre un elemento de autoridad, a la obligación del doctor de utilizar su autoridad “responsablemente” en interés del paciente, se corresponde la obligación del paciente de aceptar fielmente las implicaciones del hecho de que se trata de un “paciente del Doctor X” y mientras permanezca en ese status tiene que “hacer de su parte” en la empresa común que es la búsqueda de su recuperación de salud.

La complejidad de estar en un estado de enfermedad para el inmigrante, impide que pueda "asumir" un rol del enfermo, sumado a las dificultades sociales y culturales ya descritas en el encuentro con el personal médico (en este caso, más allá de la figura del médico), hacen de este proceso un escenario complejo, pero necesario de analizar, en la búsqueda de mejoras en la planificación y ejecución de programas de salud dirigidos a este colectivo.

Otro autor que va a tratar la práctica médica y la importancia de la medicina a nivel histórico en las sociedades es Michel Foucault, quien apunta al surgimiento de la práctica médica, pero también a su vinculación al sistema económico de tipo capitalista y al control social.

Para él la medicina como práctica siempre se debe mirar desde un punto de vista social, en cuanto a su importancia, éste se inicia desde el siglo XVIII en adelante:

“En cierto sentido la “medicina social” no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión. De esta manera, si en verdad la medicina es social, por lo menos desde que cobró su gran impulso en el siglo XVIII, la crisis actual no es realmente actual, sino que sus raíces históricas deben buscarse en la práctica social de la medicina” (Foucault, 1996, p.70).

La medicina estaría dotada de una intervención autoritaria en un campo cada vez mayor que va más allá de la existencia individual o colectiva, el poder de la medicina estaría vinculado con funciones normalizadoras más allá de la existencia de las enfermedades y las demandas del enfermo.

De esta forma con la base misma del hospital y en todos los controles sociales existentes, la medicina fue cobrando otro impulso, adquiriendo nuevas dimensiones, todo esto a medida que esta práctica dejó de ser una profesión individual para transformarse en una práctica social, se abrieron las puertas de la medicina patológica y la gran medicina hospitalaria, con todo lo que significaría más adelante (Foucault, 1996).

Al mismo tiempo, la medicina está vinculada a la economía capitalista, pues su objeto de análisis es el cuerpo, necesario como fuerza laboral y productiva:

“¿La medicina moderna, en la medida en que está vinculada con una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignora la dimensión global, colectiva, de la sociedad?

La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social,

y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes de nada. El cuerpo una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1996, p. 87)

El cuerpo es algo propio, que no se puede cambiar, que sufre de dolores físicos y/o psíquicos, en el cuerpo es posible comprender la experiencia del "otro", con lo cual se puede repensar la relación sujeto/objeto, conciencia/cuerpo. El cuerpo, es el que da las posibilidades de poder relacionarse con los individuos y con los grupos, por medio de él se entra al espacio de la vida, en él se encarna una clase social, un modo de hablar, gestos, formas, marcas y movimientos, en consecuencia, cada clase social tendrá su propio cuerpo, color, barrio, países, regiones, diferencias. El inmigrante tiene un cuerpo diferente, esta extrañeza se traduce en el rechazo de alguien distinto, y más aún, cuando se trata de un inmigrante "negativo". El individuo requiere de un cuerpo que eficaz y eficiente, aceptado para estar en el mundo y participar el él (Tijoux, en Stefoni 2011).

Siguiendo con la medicina social, la medicina está ordenada respecto a sus saberes, existe una normalización de la profesión médica, al mismo tiempo, el hospital tiene su importancia, debido a que es considerado como el lugar para curar al enfermo:

“El Hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVII. Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo, idea que se refleja en una práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales [...] Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre,

como tal, necesitaba asistencia y, como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de éstas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital".(Foucault, 1996, p.107-109)

En cuanto a la práctica médica misma ninguno de los elementos, la predestinaban para ser una medicina hospitalaria, según el autor la medicina medieval era de tipo individualista y el médico se preocupaba más de una cooperación en la entrega de recetas, la experiencia hospitalaria no se incluía en la formación del médico. Solo la entrega de recetas, pero no se compartirán las experiencias médicas, que en algún momento hubiera asimilado o integrado (Foucault, 1996).

Así mismo entre la práctica médica no se vinculaba con los conocimientos hospitalarios, ni tampoco el hospital dejaba que se vincularan la medicina y el hospital se consideraban campos diferentes, la forma en que estos se llegaron a unir no fue tratar de solucionar los problemas del enfermo, sino tratar de anular los efectos nocivos del hospital:

¿Cómo se produjo la transformación, es decir, cómo se "medicalizó" el hospital y cómo se llegó a la medicina hospitalaria?

El factor principal de transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad sino la anulación de los efectos negativos del hospital. No se trató primero de medicalizar al hospital sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba. Y en este caso se entiende por desorden las enfermedades que esta institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era un foco perpetuo" (Foucault, 1996, p.111).

La mezcla y el ajuste de estos dos procesos, la aplicación de la medicina en el espacio hospitalario, es donde se va a encontrar el origen del hospital médico, estos dos elementos: hospital y medicina se ajustan a la disciplina hospitalaria cuya función va a ser garantizar, la vigilancia, la aplicación de la medicina en el mundo de

los enfermos y de la enfermedad y transformar las condiciones del medio que rodeaban a los enfermos:

“Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos de saber y de la intervención de la medicina. La redistribución de esas dos medicinas será un fenómeno propio del siglo XIX. La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población”. (Foucault, 1996, p.120)

La inmigración genera tensiones entre visiones del migrante como aquel que padece dolencias definidas en términos universales y a su vez, es definido en términos étnicos y culturales específicos. Un tratamiento con equidad queda en pausa, tras las diferencias con este grupo que sostiene la población residente, el sistema de salud como representante institucional de las relaciones entre los inmigrantes, refleja el lugar incierto de los migrantes en la sociedad chilena (Núñez, en Stefoni 2011)

2.5. Las Prácticas Sociales

Para Bourdieu en el libro “El sentido práctico” (2007), el mundo social es parte de una representación en el que las prácticas sociales son comparables a obras teatrales, en relación con que las prácticas sociales tienden a ser parte de las representaciones o de la experiencia que tenemos de alguien o de una actividad determinada, en cada práctica es considerada como un papel teatral, como ejecuciones de partituras o aplicaciones de planes.

Desde este punto de vista los objetivos de conocimiento son construidos, se construye un sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes que se constituye en la práctica. El mundo práctico se forma en la relación con el *habitus*, como un sistema de estructuras cognitivas y motivadoras, se define por el autor como modos de procedimientos a seguir, como regularidades, surgen como necesarias e incluso naturales, debido a que están en el principio de los esquemas de percepción y de apreciación a través de los cuales son aprehendidas.

¿Por qué sería importante estudiar actualmente las prácticas sociales? Según el sociólogo chileno Pedro Güell et al. (Güell, Frei, Palestini, 2009) el enfoque de las prácticas es relevante, debido al cambio de las problemáticas que Chile tiene actualmente, según los autores, los problemas de “antes” del país tenían relación con el diseño de políticas públicas que ayudaran a mejorar problemáticas a niveles institucionales y de infraestructura, en cambio hoy, los problemas del país se vinculan con conflictos a nivel de coordinación de personas y grupos. Este enfoque permite analizar la calidad de implementación, gestión, procedimientos en los derechos de los servicios públicos, innovaciones a empresas, entre otras.

Para el caso de investigación, esta mirada es pertinente porque el fenómeno de migración tiene nuevos ribetes, en los que destaca un nuevo tipo de convivencia derivado de los espacios que hoy ocupan, siendo mayoría en algunos barrios de Santiago, ocupando cotidianamente vínculos institucionales con escuelas, trabajos, servicios de salud, que se consideró en el presente análisis. Hay nuevos tipos de relaciones sociales, coordinaciones y conflictos asociados, de allí su importancia.

Siguiendo con Bourdieu, el *habitus* origina prácticas de tipo individual y colectivos y por ende historia, serían esquemas engendrados por la historia; es el *habitus* el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas, registradas en cada organismo a través de percepciones, pensamientos y acciones, que tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo.

La migración es un fenómeno fuertemente relacionado a problemas de pobreza, de exclusión e injusticias sociales, particularmente en sociedades modernas en las que se ha dejado atrás procesos de industrialización, que generaban empleos estables y relativamente bien remunerados, dando paso a un sector terciario de la economía que predomina, y que requiere de capital financiero y ofrece empleo a la fuerza de trabajo con mayor calificación, como contraparte se tiene a un amplio conjunto de trabajadores con baja calificación expuestos a actividades propias de la

economía informal, como el comercio ambulante o callejero, la economía del delito, como el tráfico de drogas, mercancías ilícitas (Ziccardi, 2009).

Gunter Wallraff (1987) alemán, durante dos años cambió su identidad, usando lentes ópticos oscuros, usando peluca, bigote y hablando un alemán básico, se transformó en un inmigrante turco dispuesto a hacer los trabajos que nadie quiere hacer: trabajos duros, insalubres, peligrosos. Esta experiencia es plasmada en *Cabeza de Turco*, en la que describe situaciones como la siguiente:

“...Una señora vestida con un elegante traje de noche preguntó con una despectiva mirada de soslayo: -¿qué busca éste aquí?...” (Wallraff, 1994, p.14).

Por tanto respecto a las migraciones se construye historia, un *habitus*, según los conceptos usados por Bourdieu, en el trato, en la manera de hacer las cosas con “ellos”. Desde este punto de vista, se intentará por medio del caso de los migrantes peruanos que se atienden en el Consultorio Cruz Melo de Independencia, indagar sobre las percepciones, pensamientos, acciones que garantizan prácticas a este grupo específico.

Es así, que existe un principio generador instalado, incluso, en las improvisaciones, éstas también estarían reguladas por el *habitus* en su sentido práctico, que está plasmado en las instituciones. Hay un trabajo de inculcación, de apropiación que es necesario para que los productos de una historia colectiva sean estructuras objetivas que se reproduzcan en disposiciones duraderas y ajustadas al funcionamiento de tales instituciones.

El *habitus* se incorpora con una lógica propia, a través de esta lógica los agentes participan de la historia que ha sido objetivada por las instituciones y es lo que permite poder habitar las instituciones y apropiárselas de manera práctica, y mantenerlas con vida, pero al mismo tiempo, se le impone una revisión, transformaciones, como contraparte y condición de reactivación. Debido a que la sociedad no es estática, y por tanto estos *habitus* también están sujetos a cambios.

En Chile, el informe del PNUD ha desarrollado un importante aporte desde la perspectiva del estudio de las prácticas, el año 2009 se publicó el estudio: *La manera de hacer las cosas*, el cual argumenta que en la forma en “cómo” se hacen las cosas, se pone en juego a su vez, el desarrollo humano. Hay que tener en cuenta que no se trata de estudiar cualquier manera *de hacer las cosas*, sino de la reflexión respecto cómo la sociedad puede mejorar en su conjunto y cómo un individuo puede transformar las oportunidades en parte de sus proyectos de vida.

Las prácticas son consideradas como una complementariedad entre las necesidades objetivas de la sociedad, entendidas como: el crecimiento económico, la regulación institucional, la democracia y las necesidades propias de la subjetividad, como la identidad, autonomía y la dignidad social. Para los autores, las prácticas serían modos de actuar y de relacionarse entre las personas, en espacios concretos de acción. Es en el ámbito de las prácticas que se encontrarán las articulaciones entre las orientaciones y normas generales de la sociedad, en conjunto con las instituciones, organizaciones, motivaciones y anhelos propios de cada individuo (PNUD, 2009).

En el estudio del PNUD se identificaron tres aspectos definidos como fuerzas de las prácticas (PNUD, 2009, p.50-55):

- 1) La primera fuerza que articula a las prácticas tiene que ver con las **instituciones** estas son definidas como: “El conjunto de reglas formales que definen lo que se debe o no hacer en un espacio de prácticas. Las instituciones asignan y distribuyen recursos entre los actores de un práctica, establecen sus roles, generan incentivos para promover ciertos fines y definen mecanismos de exigibilidad para garantizar los cumplimientos”
- 2) Otra parte que articula estas prácticas y su segunda fuerza está constituida por la **subjetividad**, definidas como: “El conjunto de motivaciones, preferencias, aspiraciones y expectativas con las que cada actor encara una práctica específica. La subjetividad no es una estructura enclavada de una

vez y para siempre en la personalidad o identidad de los individuos, sino una construcción constante que se realiza en las interacciones en que los individuos participan en el curso e sus vidas”.

- 3) Por último tenemos el **conocimiento práctico**, como la tercera fuerza de las prácticas: “se expresa en mapas que guían los cursos de las acciones individuales. Algunos de estos mapas son conscientes y plenamente reflexivos, mientras que otros están profundamente inscritos en las mentes y en los cuerpos de las personas. A través del conocimiento práctico, los modos de hacer las cosas se convierten en rutinas, en un “saber hacer”, basado en la confianza que suscita el que “las cosas se han hecho siempre de este modo”.

Estos elementos por separado no hacen la práctica, sino la manera cómo se combinan unos con otros, cada uno de estos elementos va variando sus fuerzas, protagonismos y se transforman a lo largo del tiempo. La manera en cómo estos procesos se van dando en la realidad, genera los denominados juegos prácticos según lo dicho por los autores. Al respecto los autores han definido los siguientes juegos prácticos (PNUD, 2009, p.57-61):

- 1) **Juegos de identidad**: son las interacciones a través de las cuales los actores negocian, adecúan o resisten desde sus identidades subjetivas los roles que las instituciones les imponen o que los otros esperan de ellos. En la práctica las personas no actúan como dicta el organigrama formal de una organización o exactamente como los demás esperan, pero tampoco lo hacen sólo en función de cómo ellas quisieran ser o comportarse. El modo en que los actores se perciben a sí mismos y a su entorno, y definen cómo actuar en cada ámbito de prácticas.
- 2) **Juegos de poder**: son las interacciones a través de las cuales los actores movilizan sus recursos institucionales y sus soportes subjetivos para influir en el comportamiento de los demás actores inmersos en la práctica, o para

resistir dicha influencia. El poder, tanto en su vertiente institucional como subjetiva, está desigualmente distribuido entre los actores de una práctica, lo que repercute en la capacidad de influir o de resistir en relaciones diferenciadas y asimétricas.

- 3) **Juegos de intercambio:** son las interacciones a través de las cuales los actores transan bienes reales o simbólicos que implican un beneficio mutuo en el contexto de una práctica específica. Los juegos de intercambio obedecen a un principio de reciprocidad: dar, recibir y devolver, que pueden establecer tanto un vínculo afectivo entre las partes como un vínculo de dependencia. En buena medida los pactos, las complicidades, las confianzas y las exigencias recíprocas son resultado de los juegos de intercambio.
- 4) **Juegos de información:** son las interacciones a través de las cuales se canaliza la información necesaria para desenvolverse en un ámbito de prácticas. Por diversas razones la información no fluye libremente en estas; información de mayor sofisticación técnica puede estar concentrada en el saber experto de ciertos actores, mientras que en otros casos puede ser retenida u obstruida con fines estratégicos por actores individuales u organizacionales, generándose asimetrías de información. Los modos concretos en que los actores utilizan, concentran o distribuyen la información son resultado de los juegos de información.

Para la presente investigación, el objetivo es indagar en el concepto de práctica que aquí se definió, en la búsqueda de los procedimientos de profesionales y técnicos del consultorio Cruz Melo de la comuna de Independencia, que determinen regularidades, necesidades definidas como naturales, qué prácticas individuales y colectivas existen, estructuradas dentro del espacio institucional del consultorio, cuáles son las subjetividades de los trabajadores que interactúan cotidianamente con pacientes inmigrantes peruanos, donde se produce el intercambio de

conocimiento práctico, transformaciones de las prácticas, del conocimiento y las formas de adaptación en la práctica enfrentadas a la cultura nueva.

.

Capítulo tres: Marco Metodológico

3.1. Tipo de Estudio

La investigación se realizó dentro de lo que se conoce como un estudio de caso. Cuando se habla de caso, se entiende como la unidad básica de la investigación y puede tratarse de una persona, una pareja, una familia, un objeto, un sistema ya sea terapéutico educativo, de trabajo social, una organización (hospital, fábrica), una comunidad, un municipio, un departamento o estado, una nación, entre otros (Hernández, Fernández, 2003).

El propósito principal de tomar un caso de investigación, es indagar en la particularidad y complejidad de un lugar singular. El caso de la comuna de Independencia resulta de interés para la investigación, si se considera que en la Región Metropolitana de Santiago tiene su propio comportamiento en cuanto a la distribución espacial de los inmigrantes peruanos. El patrón de concentración de ellos es mayor en el centro y en el sector oriente de la capital. La comuna de Santiago se caracteriza principalmente por su grado de influencia del sector de servicios. En ella residen más de 5.500 peruanos y las comunas vecinas, como es el caso de Recoleta e Independencia, concentrando entre 1.300 y 3.500 peruanos. Sin embargo, en el sector oriente también se puede observar una masiva presencia de estos inmigrantes, lo que tiene un origen principalmente de tipo laboral en el servicio doméstico y en la construcción; comunas que se destacan por la gran necesidad de mano de obra, tal es el caso como Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea, entre otras (Torres, 2009).

En este sentido los principales factores de localización de los inmigrantes peruanos son la centralidad, el acceso a servicios y la tipología de mercados, lo que estas comunas constituyen un importante polo de atracción para la concentración de ellos.

En la comuna de Independencia se observa la presencia de 1.303 inmigrantes peruanos los que residen en ella y con un 1.89% de peruanos con respecto al total de habitantes. Por lo que ambos datos dan cuenta la importancia que tiene la presencia de peruanos en este municipio ya que es una gran cantidad de población flotante. Del total de estos peruanos, el 49.57% está representado por hombres y un 50.42% caracterizado por mujeres (Torres, 2009).

Sumado a lo anteriores datos dados a conocer, la experiencia personal como investigador y voluntario en el Área Comunitaria del Servicio Jesuita Migrante, actualmente denominado como Ciudadano Global, permitieron un acercamiento a la particular realidad de esta comuna y a sus residentes, tanto chilenos e inmigrantes.

La presente investigación de tipo *descriptivo*, debido a los objetivos planteados, se pretende describir situaciones, eventos, hechos, es decir específicamente se busca especificar propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno de análisis, siendo éste el valor máximo de la investigación (Hernández et. al., 2003)

En términos concretos se pretende describir prácticas institucionales, subjetividades, conocimiento práctico e identificar las posibles tensiones entre fuerzas estructurantes de tales prácticas.

En resumen, el estudio de caso consiste en un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo (Denny, en Rodríguez et al., 1999).

Por otro lado, tenemos que el caso puede ser el estudio de una persona, una organización, un programa de enseñanza, una colección, un acontecimiento particular o un simple depósito de documentos. Lo que importa es que posea algún límite físico o social que le confiera entidad. Podría estudiarse el entorno educativo de un alumno, un profesor, una clase, un claustro, un centro, un proyecto curricular,

la práctica de un profesor, una determinada política educativa, todos ellos pueden constituir casos potenciales de objeto de estudio (Rodríguez et al., 1999).

La presente investigación consideró a un consultorio de una comuna del Gran Santiago y que tiene la particularidad de tener un número importante de habitantes inmigrantes y es en este escenario donde las relaciones sociales se enfrentan con determinadas políticas que intentan tratar el tema migratorio.

Lo que va a caracterizar a los estudio de casos es el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, más que tratar de verificar hipótesis previamente establecidas. De esta forma el estudio de caso va a facilitar a quien lo lee el descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o ayudar a confirmar lo que sabe. En el caso concreto de la presente investigación la novedad y las interrelaciones entre los trabajadores de un servicio público enfrentada en sus prácticas a la población inmigrante. (Rodríguez et al., 1999)

En relación a lo investigado, y de acuerdo a las definiciones antes descritas, se puede afirmar decir que un estudio de caso no está compuesto solo del caso en sí, sino que es un complemento de varios factores que se entrelazan en la investigación misma, por ejemplo para poder estudiar las prácticas en el consultorio Cruz Melo, se realizaron varias actividades que complementan la investigación, que van desde la elección misma del contexto que se va a investigar y por qué resulta interesante de hacerlo, hasta el momento que se realiza la entrevista y el análisis .La revisión de las fichas, las observaciones del consultorio y todo esto da como resultado entender y justificar las prácticas existentes y todo esto a la vez constituye el estudio de caso.

La investigación también al centrarse en un servicio público y tratar el tema migratorio quiere dar a conocer un fenómeno no muy apreciado hasta el momento y cómo desde este servicio público atendido por la población chilena, se pueden conocer una serie de prácticas no descritas en su totalidad hasta el momento.

3.2. Tipo de Diseño de Investigación

El punto anterior permite introducir sobre el tipo de diseño de la presente investigación, se asume en este sentido que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado, en la cual, los valores median o influyen la generación del conocimiento; lo que hace necesario introducirse en la realidad que es objeto de análisis, para poder comprenderla tanto en su lógica interna como en su especificidad. La subjetividad y la intersubjetividad están concebidos, como los medios e instrumentos para conocer las realidades humanas (Álvarez-Gayou, 2003).

Se trata ésta de una investigación de tipo cualitativa, en la que se busca explorar y describir desde la perspectiva de los propios sujetos, profesionales y técnicos del Centro de Salud Familiar Dr. Agustín Cruz Melo, las prácticas con inmigrantes peruanos de la comuna de Independencia.

El tipo de diseño es no experimental, no se construyen situaciones, se observan situaciones que ya existen y no provocadas intencionalmente por el investigador, las variables independientes ya se produjeron y no se pueden manipular (Hernández et al, 2004).

También esta investigación es de carácter proyectado, ya que la mayoría de los estudios, se deben de realizar en un plazo corto de tiempo. El investigador no suele partir de cero, por ejemplo conoce la literatura o el estado de la cuestión, cuenta con interrogantes que le mueven a investigar, y le atraen unas perspectivas teóricas más que otras (Valles, 1997). Este estudio será de carácter transversal, ya que se realizará en un plazo determinado.

3.3. Universo y Muestra

Universo:

Profesionales, Técnicos y Administrativos del Centro de Salud Familiar Dr. Agustín Cruz Melo, de la Comuna de Independencia de Santiago de Chile.

Muestra:

La muestra es no probabilística y dirigida ya que se van a seleccionar sólo aquellas personas, que a juicio del investigador, son representativas, para lograr los objetivos de la que la presente investigación persigue.

Para el muestreo, se consideraron dos criterios, el primero de ellos, el de tipo *casos extremos* según Sandoval (2002), se focaliza sobre aquellos casos que son ricos en información a causa de que son inusuales o especiales en alguna forma. La lógica de este tipo de muestreo está en que del análisis de las condiciones inusuales se pueden derivar aprendizajes útiles para comprender aspectos ocultos en las situaciones regulares.

Para el caso de estudio del Centro de Salud Dr. Agustín Cruz Melo, se trata de trabajadores de un centro de salud de atención primaria caracterizado por un amplio número de usuarios peruanos, donde la convivencia cotidiana es permanente, por tanto dotados de una subjetividad que puede ser un referente para la comprensión de nuevos aspectos relacionados con el fenómeno de la inmigración en Chile.

También se consideró el muestreo por conveniencia, el cual tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las que se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados Sandoval (2002). Como se mencionó con anterioridad, existe una cercanía por parte del investigador

al barrio independencia, debido a los trabajos voluntarios y académicos realizados con anterioridad.

Por su parte se define al tamaño muestral bajo dos criterios, uno por medio de la saturación de la información recogida y por criterios prácticos, debido al tiempo que se va emplear para la realización de este estudio.

Cuadro N°3: Tamaño de la Muestra

Centro de Salud Dr. Agustín Cruz Melo	Profesionales	Médicos	2
		Psicólogo/a	2
		Matronas	2
		Asistentes Sociales	2
	Técnicos	Técnico Enfermería	1
		Tecnólogo Médico	1
		Técnico Paramédico	1
		Paramédico	1
	Administrativos	Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME)	1
		Informaciones	1
Total Entrevistados		14	

Fuente: Elaboración propia, 2012.

3.4. Técnica de producción de datos

Para la producción de datos se realizaron 14 entrevistas semi-estructuradas, cuyo guión de temas contempló las siguientes dimensiones:

- 1) Experiencia en el sector público de la salud.
- 2) Diferencias entre un consultorio y un centro de salud familiar.
- 3) Visión de los inmigrantes: antes y después de trabajar con ellos.
- 4) Caracterización del Centro de Salud Dr. Agustín Cruz Melo y los inmigrantes.
- 5) Relación institucional, profesional y subjetiva con los inmigrantes.

- 6) Necesidades respecto a información legal sobre el trato en salud a los inmigrantes.
- 7) Diferencias y semejanzas entre usuarios chilenos e inmigrantes.
- 8) Visión de los profesionales, técnicos y administrativos sobre el usuario inmigrante y el médico extranjero.
- 9) Cambios epidemiológicos.

3.5. Técnicas de Análisis de Datos

Después de realizar el trabajo de campo, lo que corresponde, es el análisis de los datos recogidos, en la investigación se usará el análisis de contenido cualitativo. Entendida como una técnica de interpretación de textos, en este caso escritos interesantes debido a su capacidad de albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social.

Como instrumento de recogida de información, lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y válida. Todo contenido de un texto o una imagen pueden ser interpretado de una forma

La búsqueda del texto se concentró en aquellos directos, manifiestos y además su contenido latente.

Tanto los datos expresos (lo que el autor dice) como los latentes (lo que dice sin pretenderlo) cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto. 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 el texto. Texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenido.

El discurso de profesionales, técnicos y administrativos del Centro de Salud Familiar Cruz Melo, están circunscritos dentro de un contexto: una comuna particular

de Santiago de Chile, un centro de atención de salud pública, con usuarios mayoritariamente inmigrantes peruanos. Esto hace que sus discursos hablen del “decir del hacer” (Alonso, 1996), prácticas revistas de juicios sociales, maneras de hacer, y actuar frente a este tipo de personas y que lo largo de la investigación se trató de develar.

3.6. Calidad del Diseño

Los criterios para revisar la calidad del presente estudio, son los de transferibilidad entendida como la validez interna de la investigación, para este caso se utilizaron técnicas de recolección de datos de modo adecuado es decir, la extensión de las entrevistas, en este caso las entrevistas tuvieron una duración de una hora. Se realizaron fundamentalmente en su lugar de trabajo.

Otro criterio es la dependibilidad que se hace operativa mediante una suerte de auditoría externa, de esta forma el investigador cualitativo, deberá facilitar la documentación que haga posible tal inspección: como guiones de entrevistas, transcripciones y todo tipo de documentos en los que se pueda seguir el rastreo del trabajo intelectual. El otro tipo de criterio de calidad consiste, en el esfuerzo del investigador en mantener unas relaciones negociadas y renegociables durante la investigación, que sean favorables a los contextos y personas estudiadas. (Valles, 1997).

3.7. Condiciones Éticas

Cada participante fue informado en detalle de los términos de su participación en la investigación, ellos autorizaron la grabación en audio de cada una de las entrevistas y la publicación de los resultados, manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Capítulo cuatro: Resultados

4.1. Contexto: El CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo

Para comenzar la presentación de los resultados de la presente investigación, se cree necesario introducir respecto a las particularidades del centro de atención primaria en salud: Centro de Salud Familiar (CESFAM) y en particular el Centro Salud Familiar Dr. Agustín Cruz Melo.

Los CESFAM, están basados en un nuevo enfoque de salud originado en los drásticos cambios demográficos y epidemiológicos registrados en los últimos años, de los cuales da cuenta la última encuesta nacional de salud 2009 – 2010, cuyas conclusiones señalan la predominancia absoluta de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cánceres, diabetes mellitus, obesidad y accidentes, cuyo enfrentamiento tiene relación con cambios de estilos de vida y acciones fundamentalmente del ámbito de la promoción y prevención de la salud (MINSAL, 2008).

Los CESFAM corresponden a establecimientos o recintos municipales de atención primaria de salud: los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro.

Según su constitución, lo que se pretende lograr es introducir cambios radicales al sistema de salud chileno. Reconociendo el derecho a las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa.

Este nuevo modelo de atención, va a ser de carácter familiar y comunitario, tomando en consideración las demandas ciudadanas. Además entendiendo la salud como un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. En la promoción de estilos de vida

saludables, fomentando la acción multisectorial y en el fortalecimiento de la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud (MINSAL, 2008).

En teoría, uno de los elementos fundamentales en la relación que se quiere consolidar, es una relación que ponga al usuario en el centro del quehacer, con respeto, empatía y compromiso entre usuarios e integrantes del equipo de salud. Para ello se debe tratar que el ejercicio de los derechos y deberes de cada usuario como pilar para el cambio cultural que se quiere impulsar.

Para ello lo que se quiere lograr es potenciar las capacidades de la Atención Primaria, llevar los servicios lo más cercano a las personas, mejorar la calidad de la prestación es completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir espacios a la participación ciudadana y establecer la promoción de la salud en las políticas locales.

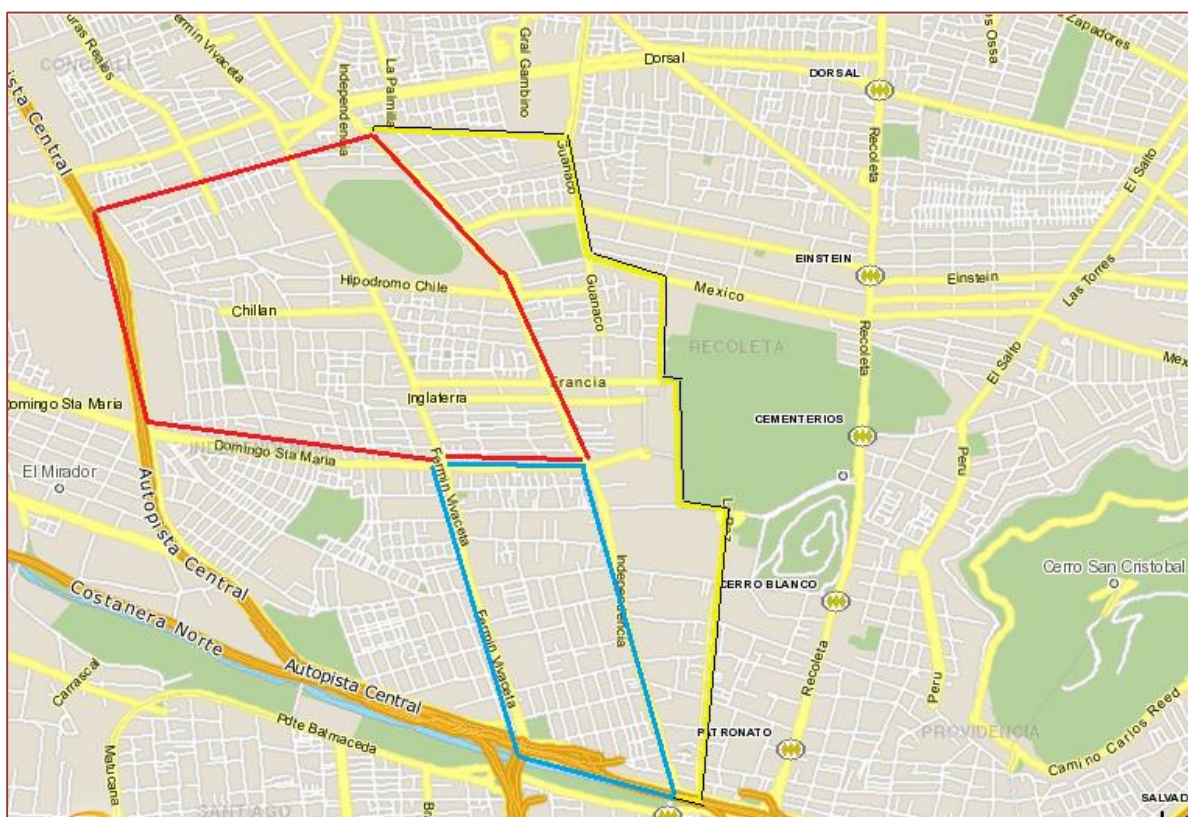
La necesidad partió desde la idea del rol de la familia cada vez más presente desde los comienzos de la década del noventa. Es en ese entonces que el ministerio de salud se va a sumar a la iniciativa de la Universidad de Chile, de formar médicos especialistas en Medicina Familiar.

Pasar de Consultorio a Centro de Salud implica mantener médicos y distintos tipos de profesionales de la salud que se comprometan no sólo en atender a personas, sino, en la preocupación constante de las familias y por ello también es que a partir del cambio producido se fueron sectorizando las comunas y dividiendo a los consultorios en colores como pasa en el CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, dependiente del financiamiento municipal, como se puede apreciar en la Figura N°3, éste está dividido en tres sectores:

- Rojo,
- Amarillo (contorno en negro en la figura),
- y Celeste

Es en este último sector, el celeste, donde se ha concentrado la investigación, debido a que es el sector geográfico en el que se concentran la mayor cantidad de inmigrantes peruanos en el centro de salud, según se pudo definir dada la caracterización que funcionarios y profesionales realizaron de este CESFAM.

Figura N°3: Mapa de los Sectores que incluyen el Consultorio Dr. Agustín Cruz Melo



Fuente: Elaboración propia, 2012.

En este modelo de atención a lo que más se le da importancia es a la familia y a la enfermedad de sus miembros, considerando que la familia puede tener factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones de salud, además de preocuparse de cómo se organiza el funcionamiento de la familia en el trato con la enfermedad.

Este modelo de salud, implicaría para los funcionarios las siguientes labores (MINSAL, 2008)

- 1) Una forma distinta de analizar el proceso salud enfermedad. Desde una secuencia causa- efecto (pensamiento lineal) hacia una manera circular de comprensión de los fenómenos socio psico-biológicos (pensamiento sistémico).

- 2) Una forma distinta de relación con las personas, familias y comunidad, en la que su participación pasa a ser relevante en la promoción y prevención. En materia curativa la perspectiva del usuario es fundamental en el diagnóstico, en las intervenciones y en el seguimiento. Todo lo anterior implica también, una forma relacional diferente, entre los miembros del equipo de salud.
- 3) Una forma distinta de hacer salud, tanto en el diseño de las intervenciones (más participativa) como en el tipo de respuestas que se implementa. Estos cambios introducen exigencias de adaptación a los equipos de salud, en cuanto competencias técnicas y relacionales.
- 4) Desarrollo de una actitud de profundo respeto por Aceptación del otro como un ser distinto, único y autónomo
- 5) Mejor entendimiento del contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.
- 6) Interés por la persona, su historia, sus temores y expectativas
- 7) Compromiso por el otro como ser social, aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.
- 8) Reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.
- 9) Explicar lo que el otro necesita saber. Informar con honestidad, siempre en sintonía con las necesidades de las personas y familias.
- 10) Continuidad en el vínculo que se manifiesta en el cuidado durante la vida y en ayudarlo a bien morir.

Las expectativas que se poseen sobre los Centro de Salud Familiar son muy altas y exigentes. Se trata de un modelo de salud que apela a un tiempo sustantivo de atención con un usuario, tiempos que en la práctica se ven reducidos por el número de personas que se deben atender en los centros de salud pública.

Hay que sumar a la dificultad que en sí mismo implica llevar a cabo con éxito un CESFAM, el contexto de atender población inmigrante, debido a que se trata de una población que no tiene un proyecto migratorio claro, lo que significa que aunque salieron de su país no tienen la seguridad de que volverán o se quedarán en Chile.

A su vez, existe un contexto psico-social que se desconoce y no se visibiliza en tres niveles: sociedad en general, las instituciones (instituciones públicas) y los mismos trabajadores de los consultorios, donde existen dificultades en la comprensión mutua, no sólo por el lenguaje, sino más bien, por elementos de tipo social como el rechazo y la violencia en el trato.

“E: Se dividió [el consultorio] porque esta era una cosa que, vino del Ministerio y que todos los consultorios tenían que pasar a ser Centros de Salud Familiar, como sea, o sea acá no está la infraestructura para ser un Centro de Salud Familiar, o sea de la noche a la mañana nos tuvimos que ver todos dividiendo tarjeteros, dividiendo poblaciones, o sea, cambiándonos de box para poder funcionar así.

F: ¿Cuál es la diferencia de lo que era antes, al ser hoy un CESFAM?

E: O sea atender una población determinada y lo que trajo por ejemplo es hacer estudios de familia, las reuniones de sector y ese tipo de cosas , porque antes cuando estábamos juntos por ejemplo la “X” que es otra colega del Chile Crece Contigo y ella era como la única que salía a hacer visitas se preocupaba de los talleres y después cuando nos dividimos todas nos tuvimos que hacer cargo, entonces ya nos empezamos a dividir los talleres que las visitas , yo antes no salía a hacer ninguna visita, un taller, ¡en mi vida había hecho un taller!, entonces fue como obligación para todas en realidad y uno preocuparse de su sector de cómo lleva sus metas sus indicadores, qué estrategias va a hacer de su sector po`, cosas que antes yo, yo atendía no más.” (Entrevista 9, profesional)

La situación que se vivió en el Consultorio Cruz Melo, fue una imposición de una nueva política centrada en la población de la comuna. Sin considerar un tiempo de adaptación, aprendizaje del sentido de estos cambios. Las formas de actuar de las personas que trabajan en este consultorio estaban enmarcadas en una lógica anterior, ya que las prácticas no son espontáneas, aunque tengan un grado de autonomía, se forman a raíz de las instituciones, las normas que la cobijan (Güell et al., 2009).

Sumado a lo anterior, tenemos que el contexto de la comuna de Independencia, relacionada a fenómenos de las migraciones, es una de las comunas de Santiago con mayor cantidad de inmigrantes. Se trata de un municipio cercano al centro de la capital, que facilita el acceso de esta población a las fuentes de trabajo. Por tanto, si ya había una adaptación primera a una nueva política de

salud, mayor desajuste hubo al atender a una población que no estaba prevista como la principal, como ocurre en el caso del sector celeste de este mismo consultorio.

“[...] yo, diría que un 90% que yo veo son extranjeros, peruanos. Hoy en día me llegan igual ecuatorianos, de República Dominicana, eh, Colombia, Haití, me está llegando de todo eso. Pero el 90% es peruano, pero este sector es más encima geográficamente el sector de los peruanos. (Entrevista 2, administrativo)”

Se presenta por tanto un escenario empírico de tensiones, entre la realidad de la salud pública del país, con escasos recursos, con un alta demanda, sumado a una realidad de inmigrantes que comienza a relacionarse con el sistema de salud de Chile, por tanto con instituciones y también con personas, trabajadores que ven en jaque su conocimiento práctico, sin prácticas institucionales claras y subjetividades que dan cuenta de la poca preparación que tiene el país para acoger e integrar a inmigrantes. Hecho que, hasta el momento, se ha mostrado sostenido, sin ánimos de decrecer.

[...]¿Existe diferencia entre atender a un nacional y un extranjero?

E: Sí, eh, uno se desgasta harto...porque hay que explicarles 10 veces las cosas, y no terminas de explicarle y “¿cómo dijo señorita?” tienes que explicarle los hábitos higiénicos, la mitad tiene malos hábitos higiénicos, por la atención los tratamientos que los cumplen, son poli consultantes, quiero decir que consultan a cada rato” (Entrevista 8, profesional)

Según el PNUD las instituciones son el conjunto de reglas formales que definen lo que se debe o no hacer en un espacio de prácticas. Su principal aporte es proveer un marco general de orientaciones y recursos relativamente estables que permita a las personas y la sociedad obtener resultados predecibles (PNUD, 2009).

En relación al centro de salud familiar, se puede decir que aunque éste se ha manejado con un reglamento y existen disposiciones que provienen desde el Ministerio de Salud (MINSAL), por medio de los denominados protocolos, es necesario que cada cierto tiempo se constate si existe o no coherencia entre lo que

la ley dice y las nuevas realidades que se puedan ir gestando en la sociedad. En este caso tenemos la llegada de una gran cantidad de inmigrantes peruanos a la comuna de Independencia, que cambian la realidad misma del territorio y del consultorio, produciendo un desajuste con las normas establecidas históricamente. De esta forma va a ser necesario un ordenamiento y adecuar la institución a su nueva realidad, para que sus resultados sean más predecibles de lo que actualmente son.

“Lo normal es que el marco institucional de una práctica esté compuesto por señales con algún grado de contradicción entre las instituciones que influyen en ella. Además, al interior de cada institución no siempre hay coherencia entre las normas dictadas y los recursos asignados” (PNUD, 2009, p.52).

Lo que se va a buscar en definitiva en toda institución y para que se mantenga en el tiempo es que existan una serie de regularidades, estas regularidades se rompen en situaciones extremas por lo general todas las instituciones van a funcionar con problemas más o menos abordables. En el caso del centro de salud existía un orden conocido, hasta la llegada masiva de inmigrantes al sector, sumado a que el mismo consultorio se transformó de consultorio a CESFAM, donde toda armonía cambió la orientación al trato de los problemas de salud desde un punto de vista familiar.

Por otro lado las instituciones sirven como mecanismos de reproducción y de orden, pueden ordenar tanto etnias, estratos sociales, elites o masas. En el caso de cualquier institución y referente a esta investigación en particular, la institución médica ha ayudado a estructurar prácticas, ya que entrega derechos a quienes participan de ella en su rol de usuarios o de trabajadores del mismo y por otro lado también establece roles para los mismos actores descritos anteriormente. Otra de las particularidades de las instituciones es que ayudan a imponer incentivos a quienes participan de ellas, aunque desde la llegada de los inmigrantes al consultorio, muchos de los trabajadores dan a conocer en las entrevistas un hastío en la atención de la nueva población inmigrante, los incentivos que pueden ser por

una parte superación jerárquica dentro de la institución o premios de incentivo al cumplimiento de ciertos objetivos sanitarios , hacen que los mismos trabajadores vean la realidad de otra forma y busquen soluciones para superar los problemas.

Hay que agregar que no todas las prácticas una vez que se solidifican en el tiempo van a poseer una estructura más rígida, mucho del cumplimiento de estas reglas va a depender de cada persona y de su subjetividad, es por esto mismo que van a existir cambios que muchos trabajadores del consultorio tratan de imponer a su manera para mejorar la atención. Ante el desfase producido por la llegada de los inmigrantes y la falta de un ordenamiento claro irán aumentando las ambivalencias y tensiones en el marco de una institución de esta forma mientras más caótico sea el escenario mayor deben de ser las articulaciones, interacciones y las prácticas de las personas para solucionar los problemas.

Como se puede apreciar, una antigua visión del modelo de desarrollo del país tenía que ver con una forma lineal y jerárquica de ver la sociedad, este era un modelo que se preocupaba de mejorar los problemas del entorno, como por ejemplo infraestructura, problemas de recursos en general; pero actualmente la sociedad enfrenta otros problemas, ya no se pueden comprender en este tipo de lógicas de causa-efecto, sino que tienen que ser visto a través de las lógicas de acción, en particular el foco está en las relaciones humanas, problemas que pueden estar tanto en el historia como en la cultura de la sociedad chilena. Este tipo de problemas son mucho más complejos y de significación social, es decir, problemas que tienen relación con la educación, segregación, cultura, discriminación y salud, últimos puntos que esta investigación aborda.

La importancia de abordar este tipo de problemáticas, es que su inicio está en las acciones concretas de las personas, tanto de su realidad social, las leyes, su ideología y estructuras. Es aquí donde este enfoque es relevante porque engloba todas estas dimensiones de análisis (Güel et al., 2009)

En este sentido no hay coherencia entre los recursos asignados al centro de salud, la infraestructura para la cantidad de personas que atiende, la manera en cómo se mide el éxito de los profesionales, técnicos y administrativos que aquí trabajan, pero por sobre todo el contexto en el cual se insertan, mayoritariamente de usuarios peruanos. Las metas de esta institución para lograr un saldo positivo en sus objetivos de salud, se tornan difíciles de ajustar a la realidad actual de los inmigrantes en Chile, sobre todo los peruanos, esto suma para que exista un desajuste entre la nueva mirada de salud y la empírea, aún hace falta considerar problemas de normativas y subjetividades que aquí suceden.

Desde la llegada sostenida de inmigrantes al consultorio Cruz Melo, los trabajadores, en general, se han visto afectados, sin saber qué acciones en concreto tomar, qué medidas objetivas respecto a temas legales y también subjetivas relacionadas a la identidad profesional.

En relación a los términos legales, hay ciertos reglamentos que se deben cumplir, por ejemplo: la inscripción en el consultorio, que consiste simplemente en llenar una ficha por usuario. Para llevar a cabo el trámite se solicita la documentación de la persona, en este caso, el carnet de identidad. A partir de este trámite es que se pueden comenzar a manifestar problemas, dado que un número importante de inmigrantes peruanos no tienen cédula de identidad y la identificación legal de los usuarios es el requerimiento mínimo para la entrega de la atención en salud, según Lorena Núñez, en su estudio sobre la migración femenina peruana y la salud, el problema es que los migrantes no le otorgan el mismo valor a la legalidad que se le otorga en Chile y éstas prácticas tensionan los modos regulares de registro e identificación que son necesarios para poder atender a los usuarios de los servicios de salud (Núñez, en Stefoni, 2011). Pedir la identificación a los usuarios para recibir atención en salud, es un ejemplo de una práctica, ya que por un lado existe como costumbre y a su vez como legalidad al servir como identificación, para ser ingresados como usuarios del consultorio, y en definitiva para ser atendidos.

Los inmigrantes no acostumbran a portar los documentos identificatorios, adicionalmente los inmigrantes en condición de ilegalidad ni siquiera los poseen.

Estos problemas cotidianos en la atención de salud, en un comienzo resultaban novedosos para los profesionales y técnicos del consultorio Cruz Melo, hoy dan cuenta de un problema de salud pública, que nadie sabe cómo solucionar:

“[Hace] Falta capacitación e información sobre la condición de los migrantes en la salud pública, a nosotros como funcionarios, no sé a qué nivel de dirección se manejan esas políticas, las políticas de inclusión, hay reglas, no se atiende a cualquier persona, hay reglas, igual la gente tiene que cumplir requisitos, un adulto que no tiene FONASA, o no tiene su carnet, que no tenga su visa, etc. No se le va a atender, tanto chileno como extranjero, tampoco si viene de urgencia, este no es un centro de urgencia, tampoco existe esa política de inclusión absoluta, como en los hospitales, de niños, aquí el Roberto del Río, llega cualquier persona y tienen que atenderlo primero lo atienden y luego le preguntan acá no po`, hay requisitos. Formalmente mi equipo y yo, con la gente que trabajo nadie ha recibido capacitación, sobre el tema migración, hace falta, es muy necesario”. (Entrevista 6, Profesional).

El desconocimiento es generalizado en el consultorio Cruz Melo y los funcionarios se ven constantemente obligados a preguntar a sus superiores acerca de qué decisión es la más indicada para tomar respecto a la atención de inmigrantes, lo que provoca que el sistema sea más lento e ineficiente.

En este ejemplo se evidencia que la Ley de Extranjería, que actualmente rige la convivencia con inmigrantes en Chile, no es suficiente para ajustarse por sí misma a la realidad, debido a que sólo considera las formas de entrada y de salida de los extranjeros, pero no de solucionar los problemas que se producen una vez que el inmigrante se encuentra ya establecido en el territorio nacional. El informe sobre Derechos Humanos del año 2011 del Instituto Nacional de Derechos Humanos y en el capítulo que aborda el problema migratorio da cuenta de este déficit:

“En Chile, la legislación de extranjería es antigua, por tanto no da cuenta de las nuevas tendencias migratorias, y presenta déficits

importantes frente a los estándares de derechos humanos. El país carece de un cuerpo normativo único y claro para todas las personas. La reglamentación vigente está compuesta por la Constitución Política, la ley de Extranjería de 1975 y su reglamento, el decreto que fija normas sobre la nacionalización de extranjeros y el instructivo presidencial nº 9 de septiembre de 2008, que fija la política nacional migratoria, entre otras disposiciones” (INDH, 2011, p. 205-206)

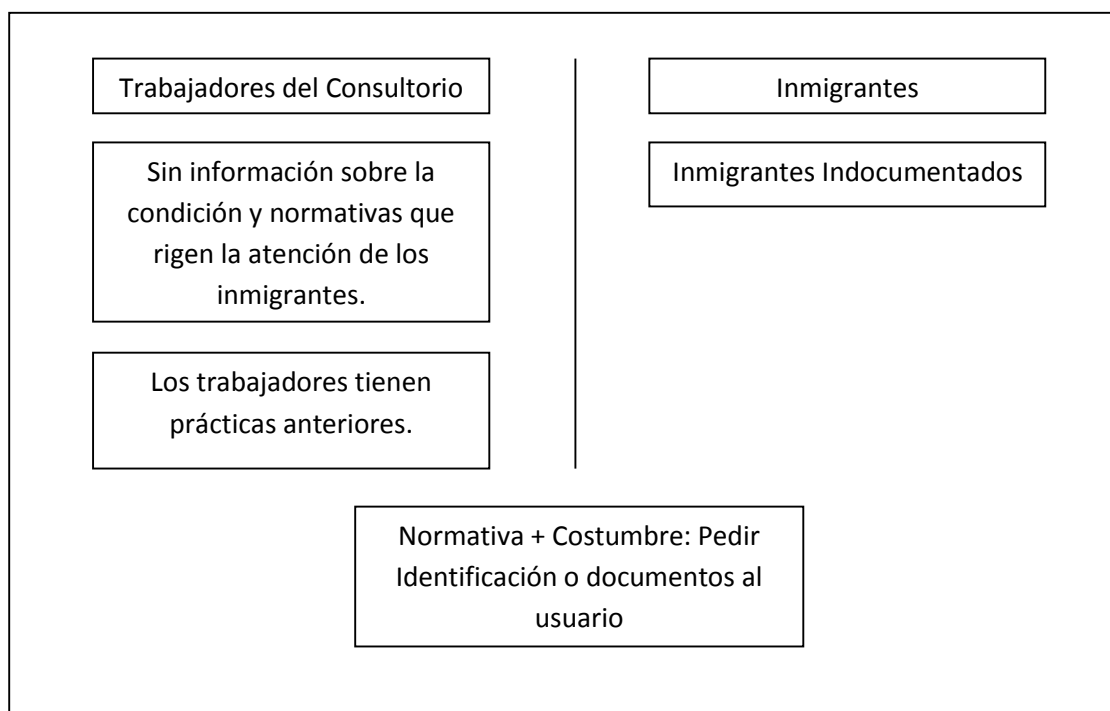
Como se mencionó anteriormente, sí existen reglamentos relacionados a la atención en salud de los migrantes, particularmente los/las migrantes que tienen un trabajo formal y sus familiares directos (cónyuges, hijo/a y otros reconocidos como cargas familiares) tienen acceso a salud a través de FONASA, o a través de instituciones de salud previsional como las ISAPRES en el sistema privado. Sin embargo, esta no es la realidad de toda la población migrante. Además en casos de urgencia, con riesgo de perder la vida, la persona migrante tiene derecho a una atención de salud en cualquier centro médico, sin importar su situación migratoria. También, niños, niñas y adolescentes, como las mujeres embarazadas, si no tienen su situación migratoria regularizada y no cotizan, cuentan con una protección especial en el sistema público de salud. (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2011).

Pero como se mencionó, estas condiciones no son conocidas por los profesionales y técnicos de este consultorio:

“Yo creo porque nosotros no tenemos idea finalmente qué derechos tienen ellos, por ejemplo por decirte ellos vienen con un papel de esos de inmigrantes, pero está vencido, *no es que mi visa me la van a renovar en [un tiempo determinado]*, entonces nosotros no tenemos conocimiento de eso, nosotros lo que hacemos llamamos a nuestro jefe que se supone que está más informado que nosotros respecto de los derechos de ellos o la asistente social y ellos como que nos orientan, sí , sí puedes inscribirlo o sí puedes darle una hora con ese papel, porque a veces vienen con la fecha y la fecha ya viene vencida y ellos están volviendo a hacer el trámite y nosotros no sabemos cuánto se demora eso o qué tiempo de legalidad tienen y esas cosas, esas cosas yo por lo menos creo que casi todos lo desconocen [...]”(Entrevista 1, Administrativo)

Esta sensación de ilegalidad existente, sumada a no saber qué hacer y a la llegada masiva de los inmigrantes al consultorio, produce confusiones entre los funcionarios, pero también un desorden en la entrega de los recursos, siendo económicamente perjudicial al mismo consultorio.

Figura 4: Ejemplo de prácticas en el Consultorio Cruz Melo



Fuente: Elaboración propia, 2013.

La figura anterior, representa cómo funcionan las prácticas en el consultorio, en particular pedir identificación a sus usuarios, esto es una normativa y una costumbre a la vez, pero tenemos un usuario particular de este consultorio, una persona en condición de inmigrante, muchas veces indocumentado, por tanto se produce un choque entre la práctica y la realidad, entre la costumbre y las normativas, sin que pueda existir un diálogo entre ambas partes, o que éste se haga sumamente difícil.

4.2. Metas de evaluación del Consultorio.

Estas metas de evaluación son comúnmente puestas en todas las instituciones, son formas de incentivos lo que buscan en definitiva es motivar a los actores a determinados fines o comportamientos, estos incentivos como se explicó anteriormente también pueden ayudar a definir la orientación de una práctica, pero

como también se ha expresado las prácticas son siempre una totalidad de factores para su formación en ellas interviene el factor institucional, las subjetividades, el conocimiento práctico entre otras y todas ellas ayudan a formar y a cambiar una práctica.

En el caso del CESFAM, los que realizan las visitas domiciliarias poseen un conocimiento práctico, pero también responden a una institución y a su marco legal, ellos al realizar las visitas realizan una práctica cotidiana pero que debe de adaptarse a la cultura de un inmigrante que no está habituado a estas visitas y no sabe de qué forma reaccionar, de esta forma empieza la negociación entre el trabajador del consultorio que desea cumplir sus objetivos y el paciente que en este caso que debe de aprender y realizar lo que se le pide en determinado momento.

Es necesario agregar que estas visitas son difíciles de completar por varios factores uno de ellos es que por lo general los padres de los niños a esa hora están trabajando y llegan tarde a sus hogares, dejando sus hijos con vecinos o personas que se dedican a cuidar niños. Esto último lo pude comprobar al caminar por la comuna de Independencia donde es común apreciar como en algunas casas del sector se ofrece con carteles la posibilidad de cuidar niños, esto beneficia mucho a los padres de los niños producto que en muchos casos son mujeres solas con hijos, la parte negativa es que los niños están más expuestos a contagiarse con enfermedades al estar en contacto con muchos de ellos.

El otro factor que dificulta las visitas se produce por el proyecto del inmigrante, por lo general se muda muchas veces de hogar buscando lugares más confortables, evitando lugares donde conviven con mucha gente en hacinamiento. Por último su proyecto migratorio siempre va a estar en constante revisión con posibilidad de volver a su país cuando las condiciones mejoren.

Las metas de evaluación del consultorio, son medidas o indicadores que mes a mes evalúan el cumplimiento de objetivos a los que debe llegar un centro de

atención primaria. La inyección de recursos a un consultorio o un centro de salud, depende del cumplimiento de estas metas.

En el caso del centro asistencial Dr. Agustín Cruz Melo, éstas se ven mermadas por la inestabilidad y la no periodicidad de las visitas al centro de salud que realizan los inmigrantes a controles como: Control del Niño Sano, Control del Embarazo antes de las 14 semanas, Control de los Recién Nacidos antes de los 10 días. Se trata de una serie de requerimientos propios de un centro de salud familiar y de prácticas institucionalizadas, que no se pueden llevar a cabo dada la realidad social del inmigrante. En términos concretos esto implica una merma económica en los recursos asignados para el centro asistencial, perjudicando tanto a los trabajadores, como a los usuarios.

Por lo general el inmigrante no tiene un lugar definido para alojar, siempre se van agrupando en sectores donde se sientan más cercanos a su tierra por ello que se van juntando en determinados barrios, donde por lo general hay muchas cabinas telefónicas desde las que se conectan con su país y familiares, adicionalmente existen almacenes donde venden productos que vienen directamente de su tierra. Es por este motivo que después se identifican como determinados barrios de inmigrantes.

Al respecto González y Álvarez (2005) nos hablan de cómo se comportan en relación a su incorporación en diferentes barrios y ciudades:

“Los inmigrantes tienden a concentrarse espacialmente en unas pocas zonas geográficas, por lo que la desproporción entre municipios y ciudades es notoria, agudiza aún más si se desciende a la escala del barrio de asentamiento, hecho que ha sido constatado en países con fuertes movimientos migratorios en el pasado y cuyos efectos son visibles en las grandes urbes de nuestro entorno. Por tanto, la percepción que los autóctonos tengan de los inmigrantes puede variar considerablemente según su mayor o menor proximidad con ellos, toda vez que la desigualdad en su distribución es la norma y la homogeneidad la excepción, siendo para unos pocos un hecho

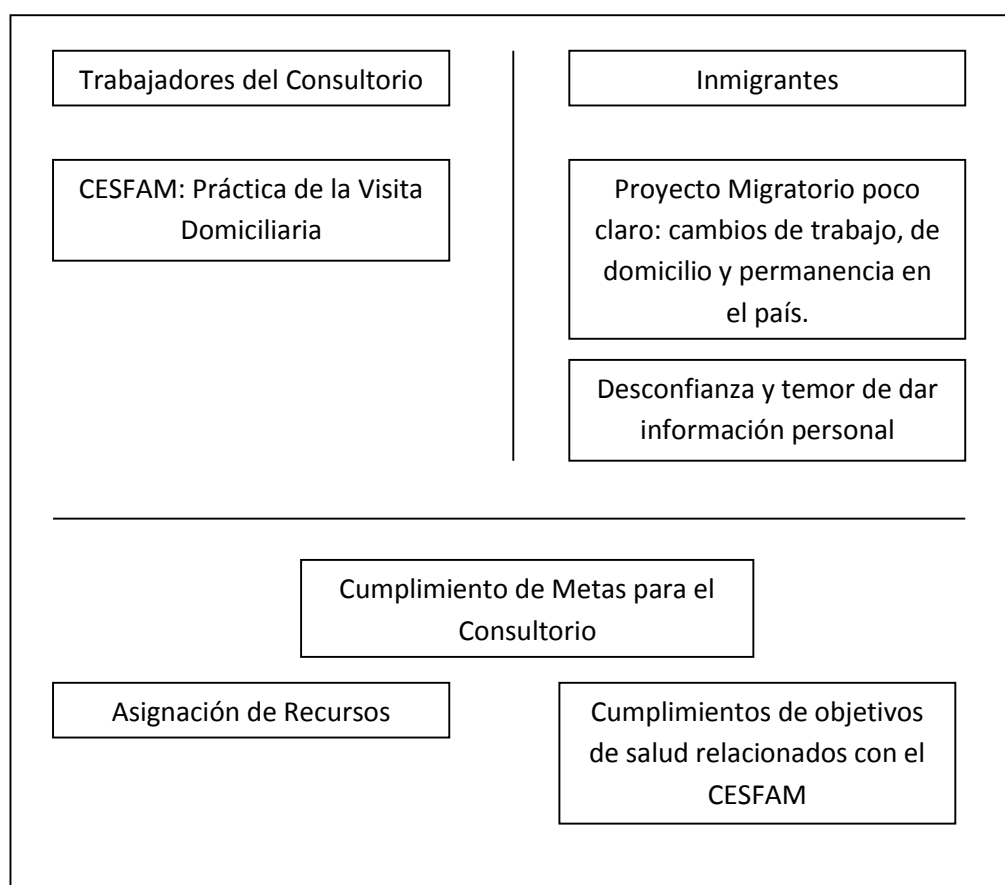
próximo y cotidiano, mientras que para la mayoría es algo lejana o poco numerosa” (González y Álvarez, 2005, p.7)

No saben por un lado cuánto tiempo van a estar en el país, cuánto va durar o no un trabajo, considerando que están sin contratos de trabajo y/o buscando mejores condiciones laborales, lo que los hace constantemente cambiar su domicilio. Esto choca con uno de los objetivos del CESFAM, debido a que el sistema de salud de Chile, incorpora mecanismos para dar seguimiento de la atención de sus usuarios, entre los que destacan la notificación domiciliaria de los pacientes de su salud, para asegurar que el tratamiento será iniciado y completado, pero es difícil la notificación, porque la dirección dada es falsa, por cambios de domicilio. La sensación de ilegalidad y no pertenencia, ayuda a generar prácticas donde otros migrantes colaboran a ocultar a la persona buscada y no dan información cuando los trabajadores del centro de salud lo solicitan. Esta desconfianza, choca claramente con los objetivos de prevención de salud (Núñez, en Stefoni, 2011).

Este es uno de los problemas claros de la falta de respuestas institucionales que comprendan el contexto en el cual se insertan las políticas públicas, los procesos de "notificación" poseen otro carácter en el caso de la población migrante, debido a que en general los inmigrantes, muchas veces, están en una situación en la que escapan de circunstancias difíciles y lo más probable es que lleguen a nuevos lugares, como indocumentados, luchando con la ilegalidad, que dificulta, como podemos apreciar en el caso de estudio, el contacto con los servicios públicos y las autoridades del país, particularmente por el miedo de ser denunciados.

Lo relevante y preocupante, a su vez, es que aunque esta situación se regularice con el paso del tiempo, y el temor a ser expulsado se pierda, la imagen de "ilegal" es más fuerte, haciendo que los residentes del país "huésped" posean una mirada discriminatoria arraigada en un *habitus*, que es reproducida y aceptada. Esta imagen también es asimilada y por lo menos percibida por los inmigrantes, por lo que establecer grados de confianza en estas circunstancias con los residentes es bastante difícil (Sayad, 2010).

Figura N°5: Ejemplo de práctica: Visitas Domiciliarias.



Fuente: Elaboración propia, 2013.

Otra de las prácticas identificadas y que choca con la realidad de los inmigrantes en el Consultorio Cruz Melo, dice relación con las Visitas Domiciliarias, debido a que los inmigrantes no poseen un proyecto migratorio claro, lo que significa constantes cambios de trabajo, de casa e incluso cuestionamiento sobre su estadía en el país en el que son inmigrante. Sumado, a la imagen de ilegalidad del cual hacían mención los autores con anterioridad.

Lo anterior choca con el cumplimiento de las metas del Consultorio, lo que disminuye la asignación de nuevos recursos y los objetivos institucionales de salud relacionado con este tipo de recinto asistencial.

Esto suma al desgaste del trabajador, que muchas veces sale sin saber con qué se va a encontrar. Al respecto un profesional nos va a explicar que:

“La otra que igual que nos cuesta [hablando sobre las metas del consultorio] e igual estamos intentando cumplirlas son las de las visitas, que hacemos cuando presentan un factor de riesgo, tenemos que ir a visitarlos a las casas porque tenemos muchos que por el hecho

de ser arrendatarios se cambian mucho de domicilio entonces, claro ingresa ya perfecto tiene algún riesgo ingreso tardío, adolescente lo que fuere, tenemos que ir a verlas y resulta que al mes se cambian de casa y se va a otra comuna u otro lugar, donde ya no le corresponde este sector, entonces el problema es que claro tenemos un riesgo más, que no lo podemos sacar porque ya ingresó [al consultorio], pero a la hora de ir a hacerle la visita tenemos a esa persona menos, por lo tanto las visitas tenemos que ir acomodándolas en las horas que nos quedan, lo estamos intentando cumplir, pero hace un tiempo atrás igual, no lo cumplíamos y tuvimos que ver varias cosas como para poder acomodarnos, aumentar las visitas en algunas que tienen riesgo, a lo mejor no hacer dos hacer tres visitas, ir viendo eso porque es la única forma porque tenemos [porque] mucha gente que se traslada” (Entrevista 4, profesional).

El fallo en el cumplimiento de las metas está otras veces relacionado con que realmente los extranjeros no entienden bien las indicaciones que tienen que seguir para cumplir con los controles y por ello que no asisten a los mismos. Por este motivo los trabajadores del consultorio han tenido que protocolizar diferentes prácticas para poder lograr que entiendan y ordenar las atenciones, es una forma de educar y poner normas que ellos mismos instalan como una necesidad dentro del consultorio, esto es una forma de tratar de cumplir con las metas de no darse por vencido ante el no saber qué hacer al respecto, esto se puede verificar en la siguiente cita:

“O sea más que nada en el tema de las embarazadas que tuvimos que hacer un instructivo escrito, con todas las indicaciones, porque si uno se las daba verbalmente no...aparte que son muchas, entonces, tiene que ir primero acá, luego acá, así como todo paso por paso, para que pudieran entender o sino después venía el próximo control y no traían los exámenes, no habían ido a dental, porque no habían entendido nada” (Entrevista 9, Técnico)

Para contrastar la percepción que tienen los trabajadores del consultorio, en un estudio realizado por la Fundación Instituto de la Mujer, apoyados por el Fondo de la Población de las Naciones Unidas, realizó un estudio cualitativo durante el año 2007, a mujeres inmigrantes de nacionalidad peruana sobre Salud Reproductiva. Una de las temáticas destacadas, también fue las barreras de entendimiento, lo

denominamos de tal manera debido a que la incomprensión es de ambas veredas de esta realidad:

"...Consultadas si al ser sometidas a algún procedimiento el personal de salud le informa adecuadamente respecto de él, la mayoría señala que no recibe información o que ella es escasa y que tampoco se les entrega material educativo al respecto. Sienten que cuando requieren información del personal que las atiende, no logran, por lo general, obtener una respuesta adecuada ni satisfactoria. Las dudas no les son aclaradas y el lenguaje que se utiliza es difícil y muchas veces incomprensible. Perciben que el sistema de salud no las reconoce como personas adultas y con derechos. "(Núñez, Torres, 2007)

Las formas de comunicación entre ambos grupos (inmigrantes peruanos y trabajadores del consultorio) son diferentes, aunque sea un mismo idioma, son diferentes las palabras que cotidianamente utilizamos. Por otro lado tenemos el desgaste y la frustración para los profesionales, los que pierden la paciencia y están altamente irritables, sumado al temor de los inmigrantes al rechazo, produce y reproduce las barreras de entendimiento entre ambos grupos.

4.3. Barreras de Entendimiento.

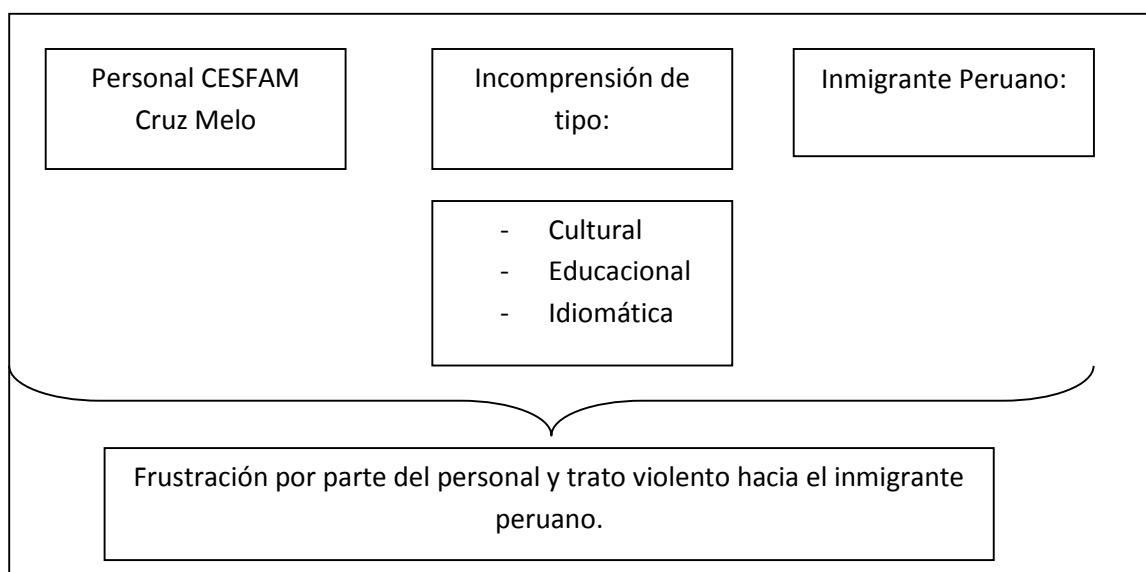
Las barreras de entendimiento son todos aquellos conflictos derivados de la mala comunicación que se produce entre los inmigrantes y trabajadores del CESFAM, muchas veces son producto del choque cultural y de las diferencias educacionales de unos y otros.

Hay momentos en que el trabajador del consultorio debe de variar sus prácticas comunicacionales con los inmigrantes con el objetivo de que le entiendan lo que quiere decir , una estrategia es explicarles varias veces algo, por ejemplo lo que dice una receta o en qué consisten los siguientes controles para su hijo, otra acción para solucionar los problemas comunicacionales consiste en hablarles en forma mucho más pausada para que reciban mejor la información, pero esta incomprensión produce frustración y cansancio en los distintos trabajadores, es por

esto que se hace necesario, que todos estos problemas debieran de ser solucionados a nivel más institucional y no en prácticas aisladas en una determinada consulta o institución, hacer un plan de trabajo o protocolos de atención cuando estos problemas se repitan. Según Sayad (2010), el inmigrado enfermo está obligado a un diálogo marcado por una mutua incomprensión, que desemboca fácilmente hacia una violencia manifiesta como simbólica.

“Uno les puede decir tres veces la misma cosa y ellos no, no te captan, no te entienden, te vuelven a preguntar lo mismo y te vuelven a preguntar lo mismo, ocupan como mucho tiempo en una hora médica, porqué a nosotros nos piden acá en el consultorio la rapidez que ojalá no haya cola en ninguna hora del día, [por ejemplo] ya tiene hora a las ocho...a qué hora señorita?, dónde? Aquí al lado y con quién?, entonces te quitan mucho tiempo tienes que explicarles una y otra vez, la misma cosa yo no sé si será su forma o no sé” (Entrevista 1, Administrativo)

Figura N6: Barreras de Entendimiento entre Personal e Inmigrantes



Fuente: Elaboración propia, 2013.

4.4. Imagen del paciente peruano

La subjetividad según el informe del PNUD, se refiere a la perspectiva desde cada cual organiza e interpreta el mundo, dotándolo de un sentido personal. Esta subjetividad va a nacer de las relaciones que a lo largo de la vida va manteniendo con otros (PNUD, 2009).

Trabajar con usuarios peruanos, no es un tema agradable para los trabajadores, según se pudo apreciar en las entrevistas, se alude a un peso y una condena por la división geográfica que se produce en el consultorio. Es imposible la rotación de profesionales y técnicos por los diferentes sectores del consultorio, debido que la idea de CESFAM se distingue por tener profesionales anclados en los consultorios que hacen seguimiento a las familias y a sus enfermedades. Se trata por tanto de un grupo que convive constantemente, y de allí la necesidad de preocuparse de esta tensión que se produce entre ellos:

“Una estadística...esta no es la más fidedigna, pero todo eso que tiene (...) significa tenemos que agruparlo por nacionalidad, por lo menos yo, diría que un 90% que yo veo son extranjeros, peruanos. Hoy en día me llegan igual ecuatorianos, de República Dominicana, eh, Colombia, Haití, me está llegando de todo eso. Pero el 90% es peruano, pero este sector es más encima geográficamente el sector de los peruanos” (Entrevista 8, Profesional).

“[...] Los ingresos de embarazos en el celeste (sector), vienen hoy día y hay hora para dos o tres semanas más, porque es tanta la demanda, y a veces tienen que estar pidiendo horas de otros sectores, por ejemplo el amarillo, el amarillo acá básicamente es como el sector ABC1 de Independencia, son todos chilenos, son muy pocos los peruanos [...]” (Entrevista 13, Técnico)

Existe una construcción social del paciente peruano, como una nueva categoría social, similar a ser de un grupo económico bajo. El estudio de Imagen País (ORPAS-UBO, 2008, citado por (Tijoux, en Stefoni 2011, p. 18), dio a conocer que en particular el inmigrante peruano se concibe a partir de significados alusivos a su condición racial, pobreza, desorden, delincuencia y como amenaza para el orden y

la seguridad de la sociedad chilena, por tanto es diferente hablar de inmigrante peruano o de algún inmigrante proveniente de países europeos o en desarrollo.

El *habitus* que experimentaban profesionales, técnicos y administrativos del CESFAL Cruz Melo, se caracterizó por largo tiempo en la costumbre de atender a usuarios nacionales, sin grandes conflictos culturales ni legales, los mismos trabajadores que llegaban de otros consultorios u hospitales experimentaban sólo cambios respecto con la infraestructura física, más que su manera de proceder en sus prácticas profesionales. El contacto con los inmigrantes empieza a producir problemas, se rompe la costumbre con el contacto diario, lo que hace en cierta forma que se produzca un choque cultural entre ambas sociedades y sus particularidades:

“La subjetividad no nace con el individuo; surge de las relaciones que a lo largo de la vida va manteniendo con otros. Por lo mismo, es posible distinguir diversas etapas en su desarrollo, según las interacciones en las que vaya participando”.
(PNUD, 2009, p.53)

“¿Antes de trabajar acá?, la verdad yo no pensaba que la gente es tan racista, tengo una visión súper negativa en cuanto a cómo funciona el sistema respecto al inmigrante, no es bien acogido, en general por todos los que estamos aquí adentro. Pasa que yo pensé que los iban a tratar mejor, yo tengo la experiencia de la otra cara de la moneda, viví en otro país. Tengo amigas muy cercanas que migraron aquí y a ellas no se las recibió como yo pensé que las iban a recibir. (...)”
(Entrevista 14, Administrativo)

La construcción de la imagen del inmigrante peruano tiene una raíz histórica en Chile, debido a un discurso nacionalista que niega a otro indígena, en oposición a la blancura imaginada de Chile (Larraín, 2001). Dentro de esta “otredad” estarían países denominados como América Indígena como Perú y Bolivia. Se puede decir entonces, que el inmigrante peruano es producto de una construcción social y política, arraigada en términos negativos por parte de los chilenos, lo que puede afectar colectivamente a un grupo de inmigrantes, con una historia de emigrado por detrás, que arrastra una condición de pobreza, generalmente.

Por tanto, la mirada discriminatoria se transmite históricamente, genera un modo de ver, de hacer y de construir al inmigrante, por tanto es reproducida y aceptada como verdad por muchos. Para Sayad (2010) sólo aquellos que conocen el problema de cerca y pueden interactuar con los inmigrantes pueden revertir su visión. Tal como ocurre con la cita expuesta, la entrevistada posee otra visión luego de haber vivido una experiencia semejante al de ser un inmigrante y conocer historias cercanas que tienen relación con su "yo", y no se trata sólo de visiones de "otros".

Al consultar a los entrevistados acerca de qué pensaban ellos cuando se habla de la palabra inmigrante, es su mayoría coincidían con nombrar al inmigrante peruano. No se visibilizan otras naciones de manera relevante, como los argentinos por ejemplo, claramente hay que considerar que son el grupo de extranjeros con el que más contacto tienen y han tenido:

“La primera idea es peruano, es peruano la primera idea que tengo, es peruano, sueños mejores expectativas, sufrimiento, discriminación esas son las palabras si tú me preguntas a mí, eso es lo que yo creo”
(Entrevista 2, Profesional).

Las características del antiguo inmigrante, el extranjero europeo que viene a colonizar Chile, ricos en cultura y educación, admirados por sus rasgos físicos, queda atrás con la llegada del inmigrante sudamericano, que masivamente se hace presente a partir de la década de los noventa. Este extranjero es mirado como a un inferior, con una escala básica de educación, sin trabajo, que además vienen a tomar trabajos de nacionales, más que un aporte al país son vistos como un problema. Barrios de la ciudad que son tomados por ellos, por el fenómeno de la cadena migratoria (Malgesini y Giménez, 2000), estos barrios luego son convertidos en enclaves, lugares peligrosos de la ciudad, y cuando las diferentes instituciones públicas se empiezan a hacer cargo de ellos son un problema desde el punto de vista legal y cultural:

“Por ejemplo en las condiciones higiénicas que vienen de repente, o sea francamente a veces nos hemos negado a atender a algunas,

porque vienen impresentables, no entienden las indicaciones, los niñitos vienen todos cochinos, esa es como la mirada general de todos, sobre todo el tema de que no entienden lo que uno les dice, es por eso que el nivel educacional es súper malo, uno les repite veinte veces y uno los ve después afuera preguntando la misma cosa, es como eso..."(Entrevista 4, Profesional).

Las visitas domiciliarias permiten a los entrevistados conocer las condiciones de vida de los inmigrantes, es su mayoría condiciones de vida muy básicas, de hacinamiento y sin entender en realidad por qué alguien puede elegir vivir de esa manera.

Estas subjetividades en relación a las prácticas, tienen que ver en cierta forma con la formación de identidad, en ellas un individuo en particular tiene la capacidad de interpretar, comunicarse y definir sus intereses con los demás, es por ello que el juego de interacción es fundamental para redefinir las identidades, en este caso entre los trabajadores y de los inmigrantes, en el momento que ellos tienen la posibilidad de interactuar más seguido se redefine la percepción que uno tiene del otro y la percepción podría cambiar de forma positiva reinterpretando al otro y produciendo un entendimiento más cercano por ejemplo a sus actuales condiciones de vida o del proyecto migratorio que tiene el inmigrante.

Por lo general en nuestro país la gente no estaba acostumbrada a tratar con inmigrantes de origen latinoamericano, en estos últimos años ellos se fueron haciendo más visibles, los que eran más fáciles de identificar eran aquellos que descendían de los colonos europeos llegados a finales del 1800 o extranjeros que venían de paso a Chile, de esta forma se fue creando una imagen positiva a este tipo de inmigración, esta visión positiva se fue rompiendo una vez que llegó el inmigrante sudamericano, por los distintos estereotipos que se tienen de este último y además por la discriminación existente a su persona, podemos afirmar esto producto de la última encuesta nacional de la juventud de enero del 2013, que trata de las experiencias y percepciones en torno a la discriminación. Esta fue realizada a jóvenes entre 15 y 29 años de edad, donde se afirma ante la pregunta: ¿A quiénes

no te gustaría tener como vecinos?, primero decir que al 56% de los encuestados les era indiferente quien era su vecino pero al 44% que contesto si les era importante la pregunta y los resultados fueron los siguientes: al 25% no le gustaría tener como vecinos a gitanos, al 22% personas con un enfermedad mental, al 16% homosexuales y lesbianas, al 12% bolivianos y peruanos, el 4% a los mapuches y por último el 1% a personas con discapacidad. Pero a raíz de los datos mostrados podemos ver que la discriminación es una constante en el país a ciertos grupos por lo general minorías y en relación a los inmigrantes a aquellos que se han hecho más visibles en el último tiempo como son los peruanos. (INJUV, 2013).

Otra de las posturas respecto a los inmigrantes, dice relación con las mujeres. Hay un número relevante de mujeres atendidas en programas de salud pública vinculados al embarazo, se habla de ellas como mujeres que se embarazan en Chile para poder conseguir papeles. Los niños son caracterizados como inquietos, sus madres no los saben educar, la higiene de ellas como la de sus niños es deplorable, por lo que también han tenido que llamarles la atención por eso, antes de poder ser atendidos en centro de salud.

La realidad de la gestación de los hijos de inmigrantes incluye un bajísimo control de natalidad, así como bajo uso de métodos anticonceptivos, un alto número de hijos. Esta realidad no es ajena al CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, y es uno de los grupos de la población inmigrante peruana, con las que más se trabaja.

“Cada vez es más frecuente la atención médica de niños nacidos en el extranjero o hijos de padres inmigrantes con condiciones de salud y costumbres diferentes. Los pediatras y médicos que atendemos a menores, tenemos la obligación de modificar nuestro entender y actuar, así como adaptarnos a patologías nuevas o poco conocidas. Estas abarcan un amplio abanico de trastornos, muchos de ellos relacionados con la precaria situación en que generalmente han vivido y que en muchos casos se prolongan cuando llegan a país destino”.
(Agar 2010, p.31)

La maternidad por tanto está cuestionada, debido a que poseen un comportamiento reproductivo de la paciente peruana que no se ajusta a patrones conocidos, por lo que es visto como indisciplinado e irracional (Núñez, en Stefoni, 2010). Nuevamente nos encontramos con prejuicios dados por la falta de conocimiento respecto a la condición con la que llega el inmigrante y la falta de reconocimiento de su propio modo de hacer las cosas.

Inmigrar es llegar a residir a un lugar con una historia detrás, donde la inmigración forma parte de esta misma historia, a eso se suman las tradiciones de un pueblo, una maneras de vivir, de sentir, de actuar y de pensar, con una lengua, una religión así como todas las demás estructuras sociales, políticas y mentales de su sociedad de origen. Esto es previsible desde el primer acto de inmigración, y es da tal manera desde la primera inmigración (Sayad, 2010).

Además el mismo autor señala, que la única manera de saber del fenómeno migratorio es a través de situarse en el lugar del otro, pero también entendiendo a la migración como algo global que está compuesto de la vida del emigrante y el inmigrante. Es muy difícil que un residente o un trabajador del centro de salud pueda llegar a comprender en la globalidad de este fenómeno que se invisibiliza desde del Estado, las instituciones, bajo una noción de equidad, donde toda la población debe tener un mismo tratamiento, independiente de sus particularidades o necesidades específicas, que a la larga puede perjudicar la salud de este grupo de la sociedad, sin ser reconocidos como sujetos de derecho.

En el trabajo de campo se pudo constatar, que era difícil para los trabajadores del consultorio comprender las condiciones de vida que los inmigrantes peruanos tienen en el país, cuáles son sus motivaciones para viajar a un país que no les trata bien y más aún, es discriminatorio, donde a los niños les cuesta adaptarse, debido a la dicotomía que viven: no pertenecen a esta tierra y cuando van de visita a su país de origen, tampoco se sienten parte ya que son vistos por sus pares como chilenos.

Quizás el mayor acercamiento es cuando hacen sus rondas de visitas domiciliarias y también cuando comienzan a tener mayor contacto con la población inmigrante y empiezan como con un paciente cualquiera de a poco a conversar y saber de las razones de su salida del país de origen, sólo así se podría saber algo más, de otra forma se convierte en un proceso que no se entiende, implica un sacrificio importante difícil de justificar desde este lado de la realidad: dejar hijos, aguantar malos tratos en un país ajeno, en el que es necesario que pase un tiempo importante antes de tener condiciones legales y mucho más en tener una leve integración y sentirse familiarizados con esta realidad:

“Aquí ellos uno los atiende superficialmente, pero cuando uno va a sus casas uno se cuestiona, uno dice qué les instó para venirse para acá, pero ellos dicen que tienen trabajo, tienen plata, pero tienen la mitad de los hijos allá y acá tienen otros hijos más, yo digo la mujer chilena de 40 años quiere tener hijos, pero por ellas no aumenta la población, pero con las extranjeras no se de 17 años ya tienen hijos y bonitas, uno dice y de las mayores tienen 2 hijos allá y dos acá. Por ejemplo a mí me marcó mucho una señora que tenía dos hijos allá en el Perú y dos hijos acá, en una cama de una plaza y media, dormían dos para arriba y otro para abajo, y una cama de dos plaza ella con su pareja y con su guatita, o sea esperando guagua, pero ya tenía otros más en Perú. Uno dice pucha, tanto sacrificio y muchas de ellas quedan solas, porque las parejas se les van, o sea el sacrificio, por unas lucas más, a lo mejor tendrían menos pero vivirían psicológicamente mejor, porque tienen un daño sentimental, dejan papás, mamás, hermanos. Y es difícil porque acá tampoco se les ha hecho espacio, encuentro que la gente acá en Chile es un poco marginadora (Entrevista 7, Técnico).

En general la incomunicación cultural que se produce dentro del consultorio se da en parte porque no se ha tenido la oportunidad de conocer qué es lo que significa la inmigración, este desconocimiento no es sólo a nivel de servicios públicos, también de distintas autoridades, en distintos lugares, que no saben cómo deben de afrontar el tema, la única forma de ir más allá es romper con las estructuras conocidas y darse cuenta que el problema es social y digno de investigación y políticas públicas que aborden estos lineamientos.

Como propone Sayad (2010), quizás sea necesario preguntarse sobre el objeto del que se habla, el *inmigrado*, sobre todo, a la manera en la que de él se habla. Quizás no hay un objeto social más fundamentalmente determinado por la percepción que se tiene de él, percepción ella misma determinada por la definición abstracta y *a priori* que se ha dado el objeto, que la población de los inmigrantes. El discurso sobre el objeto al formar parte del objeto de estudio y pedir ser tomado como objeto de estudio, necesita romper con la fenomenología habitual para transformar en problema sociológico lo que no era más que un problema social propicio para provocar la indignación o el escándalo antes que el estudio científico.

“La utilización de los servicios de salud y educación por parte de los extranjeros es, muchas veces, la base de las opiniones negativas frente a la inmigración, de los prejuicios que se forman alrededor de estas opiniones y de determinadas políticas anti migratorias” (Mármora, 2002, p. 159)

“E: Si creo que estoy muy enojona debo reconocer eso , trato de a veces de ya bueno ya de hacerme el ánimo, pero igual lo que pasa que pa mí el tema del cambio ya fue algo drástico, porque yo no lo pedí me lo designaron y tuve que acatarlo entonces yo ya venía con una disposición de , pucha porque me tuvieron que cambiar pa`aca más encima, este sector no tiene luz natural , no sé si tú lo has comparado con otros sectores , este sector no tiene ventanas que den a la calle , esta todo encerrado aquí se pone hediondísimo la sala de espera porque no sé si la gente viene mal oliente, más encima tenemos los baños ahí, o sea ya llegai´ con una mala disposición o sea yaaa, y yo cuando estuve esto era crónicos antes era toda esta oficina y nosotros teníamos un ventanal que daba a afuera , entonces tú ya teniai luz natural podiai ventilar y te llegaba aire de la calle acá no pos esta todo viciado y solamente con luz artificial (Entrevista 1, Profesional)”

4.5. Aprendizaje Migratorio.

El aprendizaje migratorio va a estar constituido por todo aquello que se hace necesario conocer por parte del personal que trabaja en el CESFAM, para mejorar la atención al inmigrante en este caso temas legales, culturales, idioma, entre otros.

Parte de este aprendizaje también lo van a constituir, los distintos problemas que se van presentando a los trabajadores al tratar con esta población.

Según el PNUD el conocimiento práctico es lo que las personas hacen y ponen en juego en una práctica y se transforma con el paso del tiempo en un conocimiento práctico acumulado que cada participante lleva consigo y que tiende a estabilizarse. Serían de cierta forma mapas que guían a las personas en una ciudad y estos mapas estaría a su vez inscritos en planos de la conciencia individual (PNUD, 2009).

Después de cierto tiempo transcurrido el conocimiento que tienen los profesionales del CESFAM, tiende a estabilizarse, pero con respecto al conocimiento que han ido adquiriendo después de la llegada de los inmigrantes este tipo de conocimiento que se había estabilizado, tiende a hacerse difuso y se impone a la nueva población que llega a la comuna.

El conocimiento se improvisa y se resume en una serie de prácticas en que cada sector (según su color y particularidades) va a tratar de solucionar de mejor forma los problemas cotidianos que allí acontecen. Sumado al conocimiento difuso de lo que tienen o no que hacer el ámbito legal, por ejemplo ellos empiezan a realizar una serie de prácticas para tratar de que se cumplan las metas establecidas para el CESFAM. Hay que clarificar que no es sólo el cumplimiento de las metas para responder a la institución que los acoge, es también una forma de cumplir sus expectativas como profesionales, su éxito es medido en estos términos.

El cambio de consultorio a CESFAM en la comuna de Independencia, podría haber significado la implementación de una serie de prácticas innovadores, en cambio la presión, la falta de herramientas para comunicarse con el inmigrante, la saturación del consultorio y la poca comunicación entre las mismas áreas del Centro de Salud Familiar, han provocado la frustración de no poder realizar sus funciones de la forma más adecuada, acudiendo siempre a la improvisación:

! “[...] lo que hicimos fue crear una encuesta anónima en donde cuando vienen a los ingresos de embarazo le hacemos, que si tienen más de catorce semanas, cuando ingresan y es el primer control, les hacemos que la lean y que marquen por qué no vino antes al ingreso de embarazo y uno de los puntos que tenemos enumerados porque tenemos hartos puntos y aparte damos un espacio para que ellas nombren, cuál podría ser una causal que no está enumerada, tenemos dentro de esos es que afuera no les hayan dado horas y cuando ves que está una persona y muchas, muchas no te podría decir cuántas porque todavía no hemos calculado, porque estamos implementando la encuesta dicen que es porque afuera no les querían dar hora porque no traían los documentos, sabiendo afuera que nosotros les dijimos que no traigan los documentos igual deben darles hora
“(Entrevista 3, Profesional)

Como nos indica el PNUD, el conocimiento práctico sedimenta en “maneras de hacer las cosas”, vuelve inerciales conductas y acciones. Su vigencia y efectividad no responden a su coherencia lógica, a su verdad científica o a su corrección moral, sino al hecho de ser el sedimento organizado de acciones y disposiciones que resultan significativas para los actores, sea por razones pragmáticas, simbólicas o simplemente rutinarias. La autoridad de un conocimiento práctico es reflejo de la eficacia de la práctica misma y no al revés. Hay quienes “saben” cómo se hacen las cosas y por ello pueden operar de modo eficaz en una situación práctica, mientras que los que no disponen de este conocimiento fallarán irremediablemente ante la misma situación (PNUD, 2009).

Con respecto al conocimiento y a su aprendizaje algunos ante una situación nueva buscan la innovación y hacer un tipo de cambio para que no los afecte en su desempeño profesional, pero otros no harán el más mínimo esfuerzo y tendrán que adaptarse a las prácticas de otros o en definitiva frustrarse ante las nuevas situaciones. La manera de hacer las cosas en el CESFAM respecto con los inmigrantes, no hace más que perpetuar una mirada negativa hacia los inmigrantes peruanos, sin reflejo de cambio si no se toman medidas al respecto.

Considerando “que los mapas de conocimiento práctico son muy resistentes al cambio porque proveen de un mundo seguro por el cual transitar, es decir son reductores de incertidumbre. El conocimiento práctico permite desarrollar expectativas ante los otros y sus posibles conductas, o anticipar qué ocurrirá en una situación específica.” (PNUD, 2009, p.54)

Lo interesante es que en el caso del CESFAM, Agustín Cruz Melo el conocimiento adquirido que se va a tener a partir de la llegada de la población inmigrante, puede servir para intercambiar prácticas con otros servicios de salud, ya que muchas veces los procesos migratorios que parten en una determinada época no paran hasta después de bastante tiempo lo que hace que otros sectores de las ciudades afronten problemáticas similares.

Esto es claro desde el punto de vista que la práctica ha nacido después de bastante tiempo y por eso mismo para su cambio y estabilizarse tendrá que pasar otro tiempo más, es por esto que a veces puede generar rechazos al principio pensando en el tiempo de adaptación de la misma.

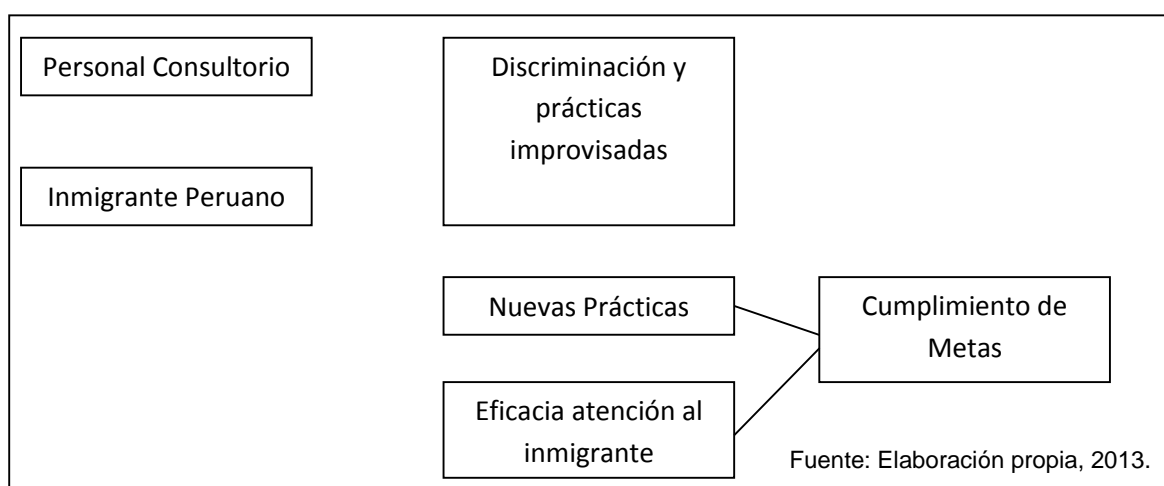
El conocimiento práctico va a ser el reflejo de la eficacia de la práctica misma , de esta forma las practicas antiguas que tenían eficacia en la atención a las personas nacionales van a tener que ser transformadas al atender a esta nueva población y la eficacia de la interacción de esta nueva practica podrá perdurar o no en el tiempo de esta forma la práctica misma y el conocimiento que va adquiriendo el trabajador del consultorio va a ser una nueva forma de atender a esta cultura y un conocimiento que podrá ser traspasado entre sus pares.

Hay que agregar que según el sociólogo Pedro Güell, (Güell, et al., 2009) ,los mapas de conocimiento son difíciles de cambiar, entregan de cierta forma una manera segura de hacer las cosas y reducen las incertidumbres. Así los cambios en el mapa de conocimiento práctico van a ser constantemente desafiados por los cambios que se desarrollan en las sociedades. Todas las rutinas y los nuevos

conocimientos van a tender a estabilizarse en algún momento y por ende va a producir una nueva práctica

Las instituciones y legalidades existentes si no se acercan a las nuevas realidades y cambios estructurales que se producen en la sociedad, las prácticas serán difíciles que cambien y la población quedara estancada y en conflictos permanentes.

Figura N.7: Aprendizaje Migratorio



4.6. Saber-hacer de los profesionales y técnicos en el consultorio Cruz Melo: Neutralidad afectiva (Parsons).

Parte del saber-hacer, es el conocimiento práctico que tienen los médicos, según Parsons la proposición de que una serie principal de significaciones funcionales de la combinación de universalismo, especificidad funcional y neutralidad afectiva le capacita al médico para enterarse suficientemente de los asuntos privados, o los “nexos particulares” de sus pacientes para realizar su función. Al definir su rol de esta manera es posible superar o minimizar las resistencias que, de otro modo, pudieran ser fatales para la posibilidad de realizar su trabajo (Parsons, 1966).

“[...] ahora ya como profesional es igual para mí, no hay mayor cambio, quizás el hecho de que tu decís pero tanta gente pero, bueno y qué importa y si yo me voy a otro país voy a atender a toda la gente que a lo mejor tiene costumbres distintas a mí y por eso me voy a venir, no, no tengo porque venirme si al final o sea es lo que te tocó y no tiene nada de malo y no es un pecado y nada o sea de hecho yo creo que es mejor el hecho de que tú te estés relacionando con gente que tiene

otra cultura, otra no se forma de pensar, otras costumbres te sirve para entender un poquito más allá de no ser tan cuadrado de no ser tan cerrado y que esto mismo no se haga tan monótono porque si no al final soy tú el que se está aburriendo incluso yo creo que a veces nos puede jugar a nosotros mismos como a favor” (Entrevista 4, Profesional).

De acuerdo a la neutralidad afectiva que tiene que ver con la objetividad que tiene que tener el profesional para desempeñar su labor esto más allá de que le disguste o no el paciente siempre se tiene que regir de una misma forma, esta neutralidad se manifiesta en el CESFAM de forma que muchos dicen no tener mayor diferencia con atender a los inmigrantes, pero están también otros que ante tal nivel de saturación y choque cultural los rechazan y le es ya casi imposible adaptarse aunque en algún momento hayan tratado de cambiar. Por otro lado la neutralidad afectiva, permite no generar lazos con el paciente, no visibilizando problemáticas que ellos arrastran en un país ajeno al suyo, es más fácil, cómodo y rápido trabajar de esta manera.

Como plantea Parsons, el rol del médico no solamente va a consistir en tener una responsabilidad de atender de mejor forma al paciente y velar por su bienestar por otro lado tendrá que ocupar todo su conocimiento y habilidades técnicas para solucionar los problemas que se le presenten.

El rol del médico se centra en su responsabilidad por el bienestar del paciente, en el sentido de facilitar su recuperación de la mejor manera que permita la habilidad del médico. Para cumplir con esta responsabilidad se espera de él que adquiera y utilice una alta competencia técnica en la “ciencia médica” y en las técnicas que se basan en ella. La primera cuestión que plantea acerca de esta situación se refiere, en consecuencia, a la relación de estos instrumentos técnicos con las tareas que el médico ha de realizar y las responsabilidades que se espere que se cumpla (Parsons, 1966).

Hay que aclarar que no son los médicos los encargados de solucionar los problemas que los inmigrantes tengan, el respaldo institucional es necesario para abordar esta problemática en su conjunto, lo que sucede en el CESFAM es un reflejo de la falta de medidas políticas que ayuden a comprender, a ordenar y mejorar la convivencia con otras culturas en el país.

El conocimiento práctico, respecto al trato de inmigrantes, tiende a la improvisación en el trato, a la neutralidad afectiva, y a perpetuar un modo de hacer que no acoge al extranjero.

Por otra parte como se pudo conocer durante las entrevistas que se efectuaron en el CESFAM uno de los problemas más comunes que se van a ir produciendo en el consultorio son de tipo cultural y comunicacional, los profesionales y técnicos que no están acostumbrados a tratar con personas de otros países, les cuesta hacer el esfuerzo de tratar con ellos, no les entienden y después de un tiempo produce saturación. El problema del sector céntrico del centro de salud familiar es que con la sectorización y por ubicación geográfica la gente fue obligada a tratar con los extranjeros lo que hace que los profesionales de otros sectores se sientan privilegiados al no tratar con esta población:

“Cuando yo sabía que venía para acá dije ¡oh, qué lata!, qué lata porque lo que yo vi en el rojo con pacientes inmigrantes fue muy poco y lo que hay, yo ya pasaba un poco de rabia porque, hay que tener mucha paciencia y acá como que ya me acostumbre, pero era el tema de la tolerancia a que te pregunten más de tres veces, a que tú les des indicaciones no las entienden y las tengas que volver a decir eso como que me saturaba un poco, fue eso de sentir lata como de venir por ese motivo, porque sé que este es el sector que tiene más población infantil, porque tú sabes que la población inmigrante tiene muchos hijos y el nivel de educación que tienen es súper básico el de las inmigrantes y por eso yo creo lo del entendimiento de que tú les explicas y te quedan con cara de pregunta y les vuelves a decir , señora ya mejor siéntese otra vez más, eso me paso.” (Entrevista1, Profesional)

Por lo general el contacto con la población inmigrante por parte de los trabajadores del CESFAM ha hecho que se tengan constantemente problemas, pero que en definitiva este poco entendimiento produce una serie de frustraciones que hace que los intereses de unos y otros sean cada vez más diversos.

Profesionales, técnicos y administrativos no se entienden con el usuario inmigrante. Por su parte, el inmigrante frente a este rechazo trata de exigir cada vez más y de buscar algún tipo de compensación por parte del centro de salud.

Estos problemas y conflictos que se van presentando entre los pacientes inmigrantes, profesionales y técnicos del consultorio, se pueden relacionar con los juegos de las prácticas uno de ellos tienen que ver con los juegos de identidades, se presentan como una relación de negociación y conflicto entre diversas identidades presentes en un determinado espacio de prácticas que en este caso es el CESFAM, van a existir ciertos roles que van a cumplir los actores: por un lado están los roles que deben de cumplir los trabajadores del consultorio que tienen una autoridad y son roles formales entregados por la institución misma o por el carácter de la ocupación que desempeñan en la institución determinada y las identidades y roles que debe de acatar el paciente.

Los roles de las organizaciones e instituciones van a entregar las acciones que debe de tomar cada uno, no debiera existir problemas en el cumplimiento de los roles por parte de los trabajadores y los pacientes, pero esta no es la realidad en todos los lugares y relaciones sociales, se presentan tipos de ambivalencias y desajustes y por otro lado todos los tipos de roles deben de ser acatados por personas reales que también portan su subjetividad y manera de hacer las cosas, todo esto abre el espacio para que se produzcan espacios de negociación entre los actores. Por ejemplo los distintos funcionarios que a veces rechazaban al inmigrante de a poco han tenido que empezar a negociar con ellos. Por una parte esto da cuenta de un reconocimiento que la inmigración ya está instalada y por otro lado que lo mejor es no desconocer los fenómenos y buscar soluciones.

En distintos lugares de la ciudad es el inmigrante el discriminado, y está la necesidad de una reivindicación de sus derechos, de allí que se muestren demandantes y exigentes con respecto a lo que les corresponde como pacientes. Es generalizada la postura de los participantes de la investigación que el usuario peruano en general, es muy demandante y exigente, al punto de amenazar con acusar a los jefes de aquellos que no les han respondido según sus demandas:

“Que al trabajador inmigrado incapacitado, accidentado o enfermo trate de obtener la indemnización más ventajosa para él, que intente sacar la mayor cantidad posible de dinero por el perjuicio que ha sufrido, en ello no hay nada de anormal; por otra parte, ¿no está previsto a este efecto, institucionalmente, es decir; de la manera más legal, toda una serie de procedimientos para imponer recursos ante tribunales e instancias jurídico- médico?”. (Sayad, 2010, p.264)

“E: No pensé que iban a haber tantos, o sea yo cuando empecé acá, era la mayoría gente chilena, no se hace cinco seis años no tengo el conocimiento bien, empezaron a llegar, primero fueron poquitos, como bien humildes, como bien tímidos y después no, se empezaron a interiorizar en las redes, en los derechos que tenían todo en realidad ellos son demasiado exigentes, yo les doy hora y ellos te exigen horas, no es que usted me tiene que atender no sé po´ ¿cachai? y exigen demasiado, exigen todo tipo de cosas, que los remedios, que curaciones, que los embarazos que todo, o sea eso se hace acá gratuitamente, los menores de diez y ocho y las embarazadas se atienden en forma gratuita, pero hay gente adultos que vienen y también quieren exigir esa garantía y supuestamente, por lo que nos han informado no tienen derecho la gente mayor de diez y ocho o que no estén embarazadas y para atenderse sin documentación, entonces es un cambio bien grande porque como te digo, ellos exigen demasiado entonces y no son humildes siempre así como que (...) en todo caso yo encuentro que están bien informados y se pasan el dato como de uno a otro , o alguna información que tendrán de algún lado.”
(Entrevista 2, Administrativa)

“Es que me aburre sinceramente me aburren por lo mismo, por lo que te digo yo o sea , les dices tres veces lo mismo y después más encima van y te reclaman y te acusan , si un poco como que cansan”
(Entrevista 1, Administrativa)

El inmigrante entra en una institución que no conoce, pero que además debe adaptarse a sus reglas y modos de comportamiento, donde el enfermo debe confrontarse a la tarea de crear el modelo de comportamiento, de pensamientos, que le permitan adaptarse a una nueva situación creada por la enfermedad que padece.

Hay que comprender, que los inmigrantes en posición de desventaja, nunca están seguros de lo que les corresponde, qué pueden exigir, y por lo mismo no saben cuál es el límite de sus alegatos y tampoco sabe si se ha hecho justicia de sus pretensiones. Por tanto en él, siempre hay una sospecha de que lo han perjudicado y que cualquier otro en mejor posición social que él, habría obtenido una mejor atención o servicio. De allí una actitud a la defensiva y poco amistosa,

En este tipo de atención y desde que se comenzó con el cambio de simple consultorio a CESFAM, es difícil que los profesionales atiendan o varíen sus atenciones en demasía por lo general a lo que se tiende es a familias completas, con seguimientos a los pacientes durante largos periodos de tiempo, pero de igual forma cuando se habla de un extranjero y de que es muy difícil atenderlos se tiende a generalizar o más bien estigmatizar a toda la población extranjera llegando a pensar que todos actúan de la misma forma y es por ello que en las reuniones entre los trabajadores del centro de salud van a hablar de problemas frecuentes, comunes y que les aquejan a todos de la misma forma, en definitiva que los extranjeros actúan todos iguales.

También como lo plantea Parsons el enfermo es una persona que necesita de ayuda, está en una situación de sufrimiento e incapacidad, pero que no los desvincula de poner de su parte en la solución del caso. Por definición institucional de rol de enfermo, la persona enferma está desamparada y, por ello, en necesidad de ayuda. Si encontrarse enfermo ha de considerarse como “desviación” como en muchos aspectos importantes tiene que serlo, esta “desviación” tiene que distinguirse, según hemos hecho notar, de otros roles desviados por el hecho de

que, precisamente, la persona enferma no se considera “responsable” de su condición. Puede, sin embargo, haberse expuesto por descuido al peligro de un accidente, pero una vez que ha recibido el daño no puede, por ejemplo, componer la pierna fracturada. La persona enferma se encuentra, pues, en un estado de sufrimiento o incapacidad, o ambas cosas y enfrentándose posiblemente con el riesgo (Parsons, 1996)

Esta misma situación de enfermedad los hace quizás muchas veces perder el rumbo y no saber cómo actuar, de un sentido a otro los puede hacer que se transformen en más demandantes y exijan sus derechos ante la búsqueda de soluciones para mejorar su estado de salud.

“Se quejaban porque eran demasiado exigentes, y principalmente, aparte de ser exigentes, uno puede ser exigente, pero de buena forma, la mayoría de ellas eran como medias agresivas y habían compañeras que por su carácter no podían controlar la situación y les salía la agresividad, todo aquí. Hasta que empezó a bajarle el perfil a los mismos funcionarios. Recuerdo 1 o 2 episodios así que tuvieron que aprender, a convivir con ellos.”(Entrevista 2, Técnico).

Por otro lado como dice Mármora es que se piensa que el extranjero se aprovecha de cierta forma del país en que se encuentra en desmedro de la población propia del país: “El argumento, ampliamente difundido, es que el extranjero se aprovecha de servicios públicos muchas veces gratuitos o de bajos costos, ocupando oportunidades que quedan anuladas para los nativos” (Mármora, 2002,pag 159).4.

4.7. Mediación interconsulta

Las mediaciones Interconsulta es el término que se va a utilizar para tratar todas las negociaciones que se deben de producir entre los mismos trabajadores para cumplir sus objetivos, están relacionados con los juegos de poder que se producen en determinadas ocasiones. Por ejemplo van a existir actores que poseen un determinado poder institucional, que van a tratar de imponer una práctica o

acciones tácticas para obtener ciertas ventajas en un determinado espacio de prácticas. Ya sea en una fábrica, un hospital, o un colegio van a estar atravesados por juegos de poder o cualquier otra institución de tipo pública o privada.

En el caso del CESFAM van a existir ciertos funcionarios que dificultan la atención de la población inmigrante pero esto afecta directamente el rol y los objetivos de otros trabajadores del mismo consultorio, de esta forma unos van a estar obligados a imponer su poder y negociación para que los otros cedan en sus actitudes negativas y de esta forma llegar a un acuerdo y cumplir sus obligaciones.

Durante las entrevistas fue posible encontrar que existen profesionales que tratan de solucionar el tema con los migrantes y los problemas que se producen, pero hay otros que instalan una serie de barreras que hacen más difíciles su atención y a veces esto redundaría en el no cumplimiento de sus metas por dejar de atender a esa población es por ello que se presentan casos en que algunos profesionales tienen que mediar en favor de los inmigrantes y en contra de otros compañeros de trabajo que están obstaculizando la atención y en definitiva que se cumplan controles necesarios.

Entre los mismos profesionales se tiene que lidiar con gente del mismo equipo del consultorio para solucionar los problemas y trabas que ponen a inmigrantes para su atención, ejemplo de ello es el caso de las trabajadoras del SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico) encargadas de recibir la documentación necesaria para la atención de los usuarios y dar horas médicas a la población, ellas son las que día a día atienden en primera instancia la llegada de un usuario inmigrante. Al no tener claro qué es lo correcto o incorrecto, legal o ilegal, cuáles son los derechos o no de esta población, se dificulta el cumplimiento de la atención y también de las metas a las cuales el centro de salud debe llegar:

E: Si pos, sobre todo ponte tú cuando vienen a los ingresos de embarazos, se supone que si ella viene embarazada y tiene un pasaporte ponte tú , tienes que ingresarla no más y explicarles que el

día de ingreso tiene que traer un test de embarazo, no pero aquí los molestan y les dicen no usted tiene que traer certificado de residencia y al final qué pasa que esa gestante se pierde y vuelve cuando ella quiere y ya vuelve con tantas semanas de gestación, que a nosotros nos baja todo el indicador de la meta que tenemos que cumplir y nosotros tenemos que hacer los ingresos hasta las catorce semanas y hay muchos que los ingresan con veinte semanas, con veinticinco semanas y a veces hasta con treinta y con suerte se han hecho una ecografía en forma particular y tú les preguntas ¿y por qué no vino antes a controlarse?, no es que en el SOME me estaban pidiendo estos documentos (Entrevista 1, Profesional)

4.8. Discriminación doble de pacientes inmigrantes y de médicos extranjeros.

La discriminación que se produce afecta a los pacientes inmigrantes y por otro lado a los mismos médicos extranjeros que trabajan en el mismo recinto médico, los primeros son discriminados por los trabajadores y los segundos por sus propios compañeros de trabajo tratados como de una categoría profesional inferior.

El choque de culturas, no sólo se debe a problemas estructurales, sino también a barreras culturales de acceso a la salud, las que exceden las dificultades idiomáticas en tanto que incluyen las diferentes concepciones de salud enfermedad (Agar, 2010). Las expectativas frente a los servicios en función de su experiencia previa, la capacidad de movilizarse dentro de la red de sistema de atención, el acceso a la información y las barreras administrativas, pueden transformarse en reales obstáculos. Pareciera que los migrantes se ven enfrentados a una gran incongruencia al acudir a sistemas de salud de países receptores que se sustentan en profesionales migrantes, sin tener que transformarse en un factor que mejore las barreras culturales al acceso (Agar, 2010).

En el caso del CESFAM Dr. Agustín Cruz Melo, un importante número de médicos son extranjeros, debido a que es el centro de salud primaria, no es el preferido por los profesionales nacionales, debido a los sueldos de menor proporción

a otros sectores de la salud, la demanda de trabajo que significa y la distancia de sus hogares. A pesar de su presencia en un lugar caracterizado por una población inmigrante, esto no ha significado un factor que mejore las barreras culturales, como lo mencionaba Agar (2010) anteriormente citado.

A continuación se presenta una cita de un médico cubano, que afirma la idea anterior:

“[...] lo que pasa aquí es que la mayoría de la población es gente de estrato bajo, desde mi punto de vista no le conviene mucho a Chile. Como fuerza laboral es bueno, pero de aporte, a diferencia de cuando uno migra de Europa u otros lados la mayoría de la gente. Bueno hay de todo, yo he estado en España también. A diferencia que acá en Chile es Perú, allá es Ecuador, una cantidad de ecuatorianos horrible, sobre todo en Madrid, horrible, pero eso que es bajo nivel cultural, no llega tanto argentino, tanto cubano, no se gente de otros países que son profesionales, gente que viene que buscando mejoras de vida, no tanto intelectualmente, no se calidad de vida. Porque en su país están mal, tengo gente acá que más o menos viven en la selva po`, así todos acá viven en pésimas condiciones y juran de guata que acá están mucho mejor, entonces no quisiera ver las condiciones en las que vivían allá po`” (Entrevista 8, Profesional)

Esta misma situación de discriminación la podemos apreciar a los mismos médicos extranjeros los que muchas veces se les mira o se habla que están menor preparados que los médicos nacionales, que ellos no atienden bien y que están ocupando esos puestos sólo por el dinero, debido a que los médicos nacionales no trabajan en estos puestos debido a que el dinero es menor a la cantidad de trabajo que realizan.

La mayoría de los profesionales de la salud inmigrantes que trabajan en el sistema de salud chileno, se encuentra en la atención primaria de salud. Esto implica un gran aporte para el país, ya que este es precisamente el nivel de atención que tiene mayor cobertura de atención y que presenta déficit de profesionales, especialmente enfermeras y médicos (Agar, 2010).

Al igual que muchos inmigrantes que ingresan al país, los profesionales extranjeros vienen con altas expectativas de cumplir sueños y mejorar su situación personal: económica, laboral, principalmente. Un número importante de médicos extranjeros trabaja en el sector público de la salud en Chile; a pesar de sus estudios, y estar en una condición diferente del inmigrante que viaja en condiciones de pobreza extrema, de todos modos la discriminación se hace sentir, debido a una falta de confianza en su calidad profesional, sus compañeros de trabajo mencionan una baja preparación. A continuación se da a conocer una cita de una médico colombiana y las difíciles condiciones que debió afrontar para poder llegar a Chile y trabajar en el país:

E: Bueno, yo no conocía mucho Chile, aparte del sistema de educación, y porque Colombia copió el sistema de salud de Chile, es basado en la ley de salud de acá, pero me di cuenta que no, en el papel eran similares, pero en la práctica no era así. Yo llegue acá, porque quede sin trabajo en Colombia, y la única parte donde podía trabajar en Colombia era la zona roja, entonces trabaje un tiempo y fue de verdad muy difícil, entonces comencé a buscar empleo, y buscando empleo en Colombia, encontré un anuncio el cual decía que había trabajo para médicos y enfermeras en Chile. Y me contestó una persona devuelta que era lo que tenía que hacer para poder venir acá, tenía que hacer trámites, papeleo, él solamente se preocupaba de traernos y acá había otro cuento más, él nos prometió el cielo y la tierra, que había trabajo que ganaban un montón de plata, empecé a averiguar, contacté a amigos colombianos que estudiaban o trabajaban aquí, me dijeron que se encontraba trabajo más fácil. Que se ganaba mejor, que la calidad de vida era mejor, pero se gastaba igual harta plata, no era todo lo que nos pintaba el otro señor, demoré 8 meses averiguando y recolectando papeles, luego me demoré tres meses acá, donde migración no fue muy bueno el trato, porque no daban facilidades, la adaptación era mala, tocaba hacer muchas filas ponían problemas siempre. Lo del consultorio fue aparte, se suponía que el intermediario nos daba opciones de trabajo y cuando llegue acá me di cuenta que no era así, el inicio de actividades, pero luego quedamos a la deriva. (Entrevista 7, Profesional)

La inmigración y sus padecimientos, no queda sólo relegado a ciertas clases sociales, también afecta a aquellas de mayor nivel. Aunque estas últimas tienen la seguridad de poder participar en el mercado del trabajo con mejores sueldos.

La distinción entre extranjero y nacional, es un punto a favor en ciertas situaciones a la hora de elegir por parte de los usuarios extranjeros. Ser distinto sensibiliza respecto a los inmigrantes, hay una empatía que hace que éstos usuarios prefieran a profesionales con “similares” condiciones que ellos, donde existe una menos asimetría de poder, y por tanto mayor confianza:

Cuadro N.4: Doble discriminación (Fuente: Elaboración propia, 2013).

(Ver página siguiente)

Profesional Extranjero	<p>“E: Al comienzo yo como también venía nueva aquí, entonces yo también me daba cuenta que a algunos pacientes les preocupa quién los atiende de dónde es quien los atiende. Me he dado cuenta que para los inmigrantes no es lo mismo que yo los atienda a que los atienda un médico chileno, o los chilenos que los atienda un médico extranjero a que los atiendo un médico chileno. Siempre he tratado de empatizar con las personas, y tal vez a entender. Si alcancé a empatizar primero con los chilenos, las costumbres y todo lo demás, porque debía adaptarme de alguna manera, sí debo reconocer que hay más empatía de ambas partes por parte de los extranjeros, tanto como de ellos a mí, como de mí hacia ellos. Se sienten diferentes, porque ellos mismos me lo expresan, “no yo me atiende con este médico, pero no es lo mismo que con Usted” o “Porque Usted me entiende” si es como que te marca un poco la diferencia, pero ya más cuando vas conociendo a la población, ya hay más empatía, pero si es como al comienzo fue como por esa parte, pero yo lo miraba por mi parte como soy extranjera. (Entrevista 7, Profesional)”</p>
Profesional Chileno	<p>“Es que en realidad los médicos extranjeros de este sector no hablan casi nada con nosotros, ponte tu hay una doctora que ella termina de atender y se sienta hasta que se le cumple la hora de almorzar y después vuelve, no hay una mayor comunicación ni en el momento que hacemos actividades porque nosotros los miércoles hacemos actividades, la pausa saludable los jueves hacemos reunión de sector, los que más hablamos somos nosotros, no hablan mucho, (Entrevista 1, Profesional)”</p>
Profesional Extranjero	<p>“A veces cuando estamos en las reuniones, muchos se olvidan que hay extranjeros ahí, y se sienten que están a otro nivel de los extranjeros, y se escuchan cosas como, estos son sucios, llenos de piojos, nos vienen a quitar las horas. Incluso aquí en el consultorio ha habido problemas entre pacientes, donde dicen “porque él entra primero, si él no tiene derechos”, Yo misma me he sentido discriminada con los mismos colegas, dicen cosas pensando que uno es tonta, es un chiste (Entrevista 7, Profesional)”</p>
Administrativo Chileno	<p>“Porque son movidos, ja, ja y no sé qué pasará con los chilenos si les gustara el ritmo del consultorio o sea , por ejemplo la gente a veces vienen chilenos pero no les gusta el sistema o vienen y duran súper poco y se aburren , se les meten muchos cargos y se les meten muchos controles , como que encuentran que es demasiado la pega a lo mejor no sé, los chilenos en realidad duran como poco aquí y los extranjeros se adaptaran más fácil o no sé...en que iré eso aquí la mayoría son extranjeros imagínate hay dos , dos , esté la doctora “X” que es chilena y la “X” [el resto de los médicos son extranjeros] serán unos doce a quince médicos” (Entrevista 3, Administrativo)</p>

Por lo general Chile ha tenido muy poca facilidad para integrarse a otras culturas y es por eso que con la llegada de los inmigrantes al consultorio aparte de adaptar las prácticas ha tenido que empezar un proceso de integración cultural.

Por otro lado cuando los inmigrantes cuando llegan a otro país vienen cargados de sus raíces culturales y acostumbrados a otro tipo de atención y de costumbres médicas.

La cultura es uno de los principales determinantes en la salud de los inmigrantes. Las personas que migran lo hacen empapadas de sus historias de vida, raíces y cultura, las que han ido forjando el concepto de la salud y enfermedad de cada quien. Este es un elemento importante que orienta el comportamiento con respecto a la salud, donde la cultura se manifiesta como uno de sus determinantes. Un claro ejemplo de esto es la forma de interpretar los signos y síntomas, que difiere bastante desde la perspectiva del usuario inmigrante a la que puede tener el equipo de salud que lo atenderá en el país receptor. (Agar, 2010, p.11)

En relación a la cita anterior hay que tener en cuenta que los inmigrantes que llegan al consultorio, provienen de culturas muy distintas, aunque de un momento a otro se visibilice más a la población peruana, la forma de atenderlos en un primer momento va a diferir bastante con el paciente nacional, pero se va a ganar en conocer otra cultura y experimentar de qué forma mejorar las prácticas con esta población.

Lo que se ha intentado hacer con esta investigación, es por una parte dar a conocer el fenómeno migratorio en el país, su estado de desarrollo y su involucramiento en las instituciones públicas. Esta nueva realidad nos muestra que en términos de las inmigraciones, Chile está atrasado desde el punto de vista legal, cultural, políticas públicas e integración. Persiste una mirada discriminatoria respecto a las personas que aquí llegan, además de poco interés y desconocimiento de las autoridades para solucionar estos problemas.

La indiferencia, contribuye a crear sociedades más segregadas, difíciles de mantener en los contextos internacionales de integración y globalización, ya que como nos muestra la experiencia mundial, cada vez el mundo está más intercomunicado y existen dependencias en una parte importante de los ámbitos de la vida. Desde este punto de vista, no mirar los procesos migratorios es una mirada de corto plazo, que no aporta al país, porque se desaprovecha una oportunidad de desarrollo, involucrando a los inmigrantes en la sociedad. De esta forma valorarlos como un aporte y no como una molestia.

Por último, cada vez más los países van a estar compuestos por poblaciones heterogéneas que homogéneas, por tanto lo que se quiso realizar es un aporte con una mirada a futuro, para futuros problemas y que ya se están presentando en la realidad nacional.

Desde el momento en que se empieza a mirar al otro, al otro extraño, es cuando realmente se produce un conocimiento del contexto vivido por estas personas, y es a partir de esta mirada que se puede lograr comprender realidades que no son tan ajenas, como a veces se cree, ya que los procesos migratorios se han dado desde los inicios de las sociedades y no sólo en las actuales sociedades.

Conclusiones

Los nuevos desafíos que enfrenta el país ya no se relacionan con problemas de tipo estructurales o de cómo llevar a cabo políticas a gran escala como en el pasado, hay otro tipo de problemas que enfrentan las sociedades aquellas que se complejizan cada vez más, estos tipos de desafíos que involucran a las mismas personas en sus relaciones diarias y cotidianas sean estas en el trabajo o cuando acuden a una determinada institución. Se hace necesario conocer este tipo de relaciones porque nos dan pistas de cómo se desarrolla un país.

Es en este tipo de espacios que se desarrollan hoy las prácticas, involucrando distintos actores y elementos (instituciones, conocimientos y normas). Es en estos lugares donde se van a presentar una serie de negociaciones y juegos que por un lado van a poner en problemas aquellas instituciones que no se adapten a las nuevas realidades y por otro lado a personas con prácticas antiguas que no se ajusten al dinamismo de la sociedad.

Este es el caso de la presente investigación en el CESFAM Cruz Melo de la comuna de Independencia. Se presenta interesante conocer y visualizar nuevos problemas y dinámicas que se dan en el país radicado en una institución determinada. El fenómeno migratorio es una realidad que se instala cada vez más en nuestra sociedad afectando a sus distintos integrantes, tanto en barrios, instituciones, servicios públicos y los distintos lugares donde se desplazan e interactúan los habitantes. Depende el trato que se dé a la inmigración será su desarrollo en los países transformándose en problema o beneficio. Son realidades que se presentan en los países y es necesario aprender de ellas y buscar la forma que sean un aporte a las sociedades.

La mirada de las prácticas se hace interesante ya que por su composición nos ayuda a enfrentar desafíos y descubrir otras realidades que a veces están ocultas

a las sociedades y que solo se conocen cuando se empiezan a producir distintos tipos de conflictos sociales. Desde este punto de vista tenemos que lo que se ha producido en el CESFAM, sus prácticas investigadas pueden ayudar tanto como un modelo de enfrentar soluciones a problemas parecidos en otros servicios públicos y por otro lado nos visibiliza algo que no ha sido apreciado por las autoridades ni decantado en la normativa existente, esto lo hemos podido ver en los desajustes legales y de atención a los pacientes inmigrantes lo que redundará en el atraso en el país en estos momentos para tratar temas emergentes.

La forma de observar las prácticas nos puede ayudar a entregar marcos conceptuales que ayuden a solucionar distintos problemas como por ejemplo de tipos institucionales o tan distintos como aquellos que involucran a las mismas personas y sus interacciones. El aporte de estudiar las prácticas, es que estas se presentan en todos los lugares que frecuentamos a diario, como mapas de conocimiento que nos ayudan a relacionarnos.

En lo que respecta al CESFAM Cruz Melo se indagaron las distintas prácticas que se producían y se pudieron apreciar la solución de los problemas sin un marco regulatorio claro, donde muchas veces se tuvo que improvisar y de esta forma ir logrando los objetivos sanitarios institucionales. Se empiezan a superar barreras, que se producen en la interacción de las distintas prácticas donde unas prácticas sobrevivirán y otras obligatoriamente tendrán que cambiar para de esta forma adaptarse a las nuevas realidades.

El objetivo de esta investigación ha sido dar a conocer como la migración es un realidad cada vez más instalada en nuestro país y por ello se hace necesario conocer la visión de aquellos que trabajan en servicios públicos que atienden a inmigrantes como la institución investigada, los estudios que se han realizado hasta el momento, en su gran mayoría tratan el tema migratorio desde la mirada y enfoque de los inmigrantes en Chile y la idea fue hacer algo menos tratado, esto es conocer la opinión de quienes por distintos motivos tienen que relacionarse con ellos. Por

otro lado estudiarlo a través de las prácticas es beneficioso, desde el momento que se ocupan de las relaciones e interacciones de las personas en un determinado espacio y como estas a través de distintas negociaciones tratan de superarse y solucionar sus problemas. Las soluciones servirán para producir cambios a nivel de prácticas institucionales, profesionales o simplemente como forma de avanzar ante los cambios y dinámicas sociales.

Los desafíos para el país en términos de inmigración son reconocer la realidad existente, y buscar propuestas e instalar soluciones pero no se trata de soluciones parciales, sino una mirada global y a largo plazo. De esta forma partir por los cambios en las normativas existentes y cumplir con los tratados ratificados por el país.

Es mucho lo que se ha escrito, investigado y prometido respecto a las migraciones, pero este es un tema esencial que no sólo atañe a las culturas, sino a los derechos humanos de las personas.

Bibliografía

- 1) Agar (2010). *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. Santiago de Chile: Editorial Biplano.
- 2) Alonso, L. (1996). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.
- 3) Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Barcelona: Paidós.
- 4) Araujo, K., Zavala, X., Berrios, P., Martínez, J., Herrera, G., Martínez, C., Marco, F., et al. (2008). *Migrantes en Chile Perfiles y Trayectos*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- 5) Bourdieu, P. (2007) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- 6) CEPAL (2009). *Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante el nuevo escenario migratorio*. Santiago. Chile.
- 7) Cordera, R, Ramírez, P, Zicardi, A. (2008). *Pobreza, Desigualdad y Exclusión social en la ciudad del Siglo. XXI*. México: Siglo XXI Editores.
- 8) Delgado, M., Fernández, M., Ferreira, M., Mogollón, A., Vargas, I., Vásquez, M. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- 9) Departamento de Extranjería e Inmigración (2011). INE/Departamento de Extranjería e Inmigración. Recuperado en Noviembre, 2012, de <http://www.extranjeria.gov.cl/>.
- 10) Foucault, M. (1996). *La Vida de Los Hombre Infames*. La Plata: Editorial Altamira.
- 11) González, Álvarez (2005). *Inmigrantes en el barrio, un estudio cualitativo de opinión pública*. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.
- 12) Güell, P, Frei, R, Palestini, S (2009) *El enfoque de las prácticas: un aporte a la teoría del desarrollo*, Revista Polis, revista de la Universidad Bolivariana, Vol, 8,N°23,p 63- 94.

- 13) Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L., (2004). *Metodología de la investigación*, México, Editorial, Mc Graw-Hill.
- 14) Instituto nacional de la juventud (2013). *Experiencias y percepciones en torno a la discriminación*. Recuperado en abril, 2012, de <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2013/02/Presentacion-Discriminacion-7ENJ-INJUV.pdf>
- 15) Instituto Nacional de Derechos Humanos (2011). *Informe Anual 2011: Situación de los Derechos Humanos en Chile*. Santiago: INDH
- 16) Larraín, J. (2001) *Identidad chilena*. Santiago: Editorial: LOM.
- 17) Malgesini, P., Giménez, P., (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. España: Editorial Catarata.
- 18) Mármora, L. (2002). *Las políticas de migraciones internacionales*. Buenos Aires: Paidós.
- 19) Martínez, J (2011). *Migración internacional en América Latina y el Caribe Nuevas tendencias, nuevos enfoques*. Santiago: CEPAL.
- 20) Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- 21) MINSAL (2008). *En el camino de Centro de Salud Familiar*. Ministerio de Salud: Gobierno de Chile.
- 22) Nettleton, S (2008). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press 2nd Edition
- 23) Núñez, N, Torres, C (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuaris de consultorios de la zona norte de la región metropolitana*. Santiago. http://www.insmujer.cl/Estudio_Mujeres_migrantes.pdf
- 24) Parsons, T. (1996). *El sistema social*. Madrid: Ediciones Castilla.
- 25) PNUD (2009). *La manera de hacer las cosas*. Santiago.

- 26) Ramírez, S. (2007). *Entre Calles Estrechas: Gitanos: prácticas y saberes médicos*. Barcelona: Ediciones Bellaterra
- 27) Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodologías de la investigación cualitativas*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- 28) Sandoval (2002). *La investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría y métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá: ARFO Editores.
- 29) Sassen, S. (2003). *Los espectros de la globalización*. España: Fondo de cultura económica.
- 30) Sayad, A. (2010). *La doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- 31) Stefoni, C (2001) *Representaciones Culturales y Estereotipos de la Migración Peruana en Chile. Informe Final del Concurso: Cultura e Identidades en América Latina y el Caribe*. Programa Regional de Becas, Buenos Aires. CLACSO
- 32) Stefoni, C. (2002). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración*. Chile, Editorial Universitaria.
- 33) Stefoni, C (2011). *La construcción social del sujeto migrante en América Latina. Prácticas, representaciones y categorías*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- 34) Solimano, A., (2008). *Migraciones Internacionales en América Latina, booms, crisis y desarrollo*. Chile: editorial Fondo de cultura económica.
- 35) Torres, F. (2004). "De la asimilación al pluralismo. Inmigración y gestión de la diversidad cultural en las sociedades contemporáneas". En *Arxius de Ciencias Sociales*. Núm. 11, Diciembre, 2004.
- 36) Torres, A., Hidalgo, R. (2009) *Los peruanos en Santiago de Chile: transformaciones urbanas y percepción de los inmigrantes*. Recuperado el 1 de julio de 2009, en: www.revistapolis.cl/polis%20final/22/doc/art.doc.

- 37) UDP (2010). *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2010*.
Santiago: Universidad Diego Portales.
- 38) UNICEF (2004). *Los prejuicios de los niños, niñas y adolescentes*.
<http://www.unicef.cl/centrodoc/ficha.php?id=109>.
- 39) Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social, Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Editorial Síntesis.
- 40) Wallraff, G.(1987). *Cabeza de turco*. Barcelona: Editorial Anagrama.