

# SALUD Y MIGRACIONES

*Relevancia, consideraciones generales  
y desafíos para el Chile de hoy*

ANDREA AVARIA  
BÁLTICA CABIESES  
ALEXANDRA OBACH

[EDITORAS]







SALUD Y MIGRACIONES  
RELEVANCIA, CONSIDERACIONES GENERALES  
Y DESAFÍOS PARA EL CHILE DE HOY



ANDREA AVARIA  
BÁLTICA CABIESES  
ALEXANDRA OBACH  
[EDITORAS]

## SALUD Y MIGRACIONES

*Relevancia,  
consideraciones generales  
y desafíos para el Chile de hoy*



MÁS UNIVERSIDAD

**UDD**  
Universidad del Desarrollo

  
RiL editores

325.1 Avaria, Andrea  
A Salud y migraciones: relevancia, consideraciones  
generales y desafíos para el Chile de hoy / Andrea  
Avaria, Báltica Cabieses, Alexandra Obach, editoras.  
– – Santiago : RIL editores • Universidad Autónoma  
de Chile, 2021.

282 p. ; 23 cm.

ISBN: 978-956-01-0841-8

1 INMIGRANTES-CHILE-CONDICIONES SOCIALES. 2 SA-  
LUD PÚBLICA-ASPECTOS SOCIALES-CHILE.



*Este libro contó con la aprobación del Comité Editorial  
y fue sometido al sistema de referato externo, ciego y por pares.*

SALUD Y MIGRACIONES:  
RELEVANCIA, CONSIDERACIONES GENERALES  
Y DESAFÍOS PARA EL CHILE DE HOY  
Primera edición: enero de 2021

© Andrea Avaria, Báltica Cabieses, Alexandra Obach, 2021  
Registro de Propiedad Intelectual  
N° 2020-A-8747

© RIL® editores, 2021

SEDE SANTIAGO:  
Los Leones 2258  
CP 7511055 Providencia  
Santiago de Chile  
☎ (56) 22 22 38 100  
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

SEDE VALPARAÍSO:  
Cochrane 639, of. 92  
CP 2361801 Valparaíso  
☎ (56) 32 274 6203  
valparaiso@rileditores.com

SEDE ESPAÑA:  
europa@rileditores.com • Barcelona

© Universidad Autónoma de Chile, 2020  
ciencias.uautonoma.cl | ciencias@uautonoma.cl  
ISBN Universidad Autónoma de Chile 978-956-6109-15-0

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores  
Imagen de portada: Andrea Avaria Saavedra

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-01-0841-8

Derechos reservados.

# ÍNDICE

Prólogo .....	9
Políticas migratorias y protección de la salud de la población migrante: una aproximación al escenario normativo de América Latina <i>Daniel Larenas-Rosa</i> .....	21
Brechas de acceso y de uso de servicios de salud en población migrante internacional y chilena según curso de vida <i>Báltica Cabieses y Sofía Astorga</i> .....	45
Comunidad migrante y el sistema de salud primario. El caso del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales <i>Sofía Astorga-Pinto</i> .....	69
Migración y salud intercultural: un desafío para el Chile de hoy <i>N'kulama Saint Louis</i> .....	109
Intersecciones y diferencias entre las experiencias de parto de mujeres migrantes en la atención de salud pública en Santiago de Chile <i>Andrea Avaria Saavedra</i> .....	131
Emociones y hospitalidad: disyuntivas de adaptación en una venezolana embarazada usuaria de Chile Crece Contigo <i>Nairbis Sibrian y Mario Millones Espinosa</i> .....	159

Necesidades de salud de niños y niñas migrantes en Chile: análisis a partir de la encuesta Casen para los años 2015-2017 <i>Macarena Chepo</i> .....	179
Experiencias de tristezas, desarraigos y soledades: identificación de necesidades de salud en adolescentes migrantes a partir de los resultados de un estudio etnográfico <i>Alexandra Obach, Carla Urrutia y Alejandra Carreño</i> .....	197
Dinámicas de intervención hacia población inmigrante en territorios extremos. Aproximación desde los servicios de salud en la Región de Aysén <i>Pastor Cea-Merino, Caterine Galaz y Rolando Poblete Melis</i> .....	221
Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en chilenos e inmigrantes. Lo que propone la evidencia actual <i>Yasna Alarcón</i> .....	247
Elementos y debates entre psiquiatría y antropología para la atención de salud mental de migrantes internacionales presentes en Chile <i>Alejandra Carreño Calderón</i> .....	261

## PRÓLOGO

La globalización y la movilidad humana entre diversos países y continentes conllevan una serie de desafíos a nivel mundial, los cuales superan los límites institucionales y las fronteras nacionales. Uno de los principales retos se relaciona con el garantizar el derecho a la salud de todas las personas, más allá de su nacionalidad, procedencia, condición migratoria y problemáticas de salud que los y las afecten.

Para responder a este reto se hace necesario abordar la salud desde una perspectiva de derechos humanos, en el entendido que la salud es un derecho y como tal debe estar garantizado por los estados, asegurando no solo la disponibilidad y acceso de las personas a la atención de salud, sino también incorporando dentro del sistema de salud variables sociales y culturales vinculadas a los saberes y prácticas en salud de las personas migrantes internacionales. Esto implica pensar la salud desde perspectivas amplias y diversas, superando aproximaciones asimilacionistas que han imperado en la atención de salud. La migración internacional en este sentido es una oportunidad para ampliar las perspectivas ideológicas, culturales y epistemológicas desde donde se entiende y materializa la salud de las personas, dejando atrás los enfoques que abordan la salud desde una perspectiva individual, para pasar a un modelo que conceptualiza la salud como un proceso complejo, dinámico y, por sobre todo, social. Desde esta perspectiva, se invita a dimensionar los efectos de

la movilidad humana durante todo el proceso migratorio, es decir, considerando el contexto de vida de las personas en sus territorios de proveniencia, tránsito, destino e, incluso, de retorno a sus comunidades de origen. Para esto se hace necesario abordar la salud de migrantes internacionales desde un enfoque de curso de vida, e incorporar las perspectivas de determinantes sociales de la salud, interculturalidad en salud, género y participación en la planificación y programación de salud de esta población. Estas perspectivas críticas permiten abordar de manera multidimensional los desafíos en salud que enfrenta la población migrante internacional, así como la población mundial en la actualidad, entre ellos, problemáticas asociadas a condiciones de vida de las personas, familias y comunidades; componentes sociales, laborales, económicos, ambientales, legales, entre otros, de la población en general y migrante internacional en particular; cambios epidemiológicos y contextos de pandemia como el que estamos experimentando en la actualidad a nivel mundial y que impacta de manera particular a la población migrante internacional; por mencionar los más importantes.

La Organización Mundial de la Salud ha puesto énfasis hace ya una década en la necesidad de legislar y asegurar una estructura normativa que desde los países favorezca el acceso de las personas migrantes internacionales a los sistemas de salud desde el reconocimiento de los derechos de salud de las personas, invitando a valorar e incorporar las diversidades y diferencias, por medio de propuestas de acción de carácter intercultural. Los determinantes sociales de la salud, y la migración como determinante de la salud, deben ser abordados a través de la política pública, ya que el cambio en las condiciones y calidad de vida de la población migrante internacional impactará positivamente en una modificación en las condiciones de salud de la población en general.

Este libro surge a partir de conversaciones y del interés compartido por las editoras en generar una discusión y reflexión abierta, interdisciplinaria y desde perspectivas complementarias sobre la salud de las personas migrantes internacionales en Chile, y de las particularidades de esta población residente en la Región

Metropolitana, territorio que concentra a más del 60% de migrantes del país. Para la comprensión de la problemática de salud migrante internacional compartimos una visión sobre la temática que prioriza el abordaje desde las condiciones sociales y culturales que agudizan las brechas de salud en migrantes internacionales, y releva el rescate de las experiencias de esta población en el acceso y uso del sistema de salud desde sus variables de género, generacionales, condiciones laborales, territoriales, y legales, como variables centrales a considerar en la programación y planificación de políticas públicas para esta población.

En este contexto, a fines del año 2018 se llevó a cabo el *Seminario Salud y Migraciones*<sup>1</sup>, espacio que congregó a diversos actores vinculados al ámbito sanitario, entre ellos, investigadores del área de la salud y las ciencias sociales, gestores e implementadores de salud, facilitadores/mediadores interculturales, y profesionales de la salud. En el marco de este seminario se planteó la posibilidad de ampliar la difusión de esta instancia de intercambio que tuvo una amplia acogida y valoración. Así, las editoras nos propusimos recoger las presentaciones expuestas en dicho seminario con el fin de difundir las valiosas contribuciones compartidas durante los dos días de duración del encuentro. Luego de un arduo trabajo editorial, y conscientes que no todas las presentaciones realizadas en el seminario están contenidas en el presente texto, presentamos el libro *Salud y migraciones: relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy*, el cual contiene gran parte de la discusión llevada a cabo en el seminario que da origen a este documento.

El libro comienza con una serie de capítulos que introducen la temática de migración internacional y salud desde una aproximación de la legislación en relación con migración y salud en Latinoamérica;

---

<sup>1</sup> Seminario Salud y Migraciones. Universidad Autónoma. Organizado y convocado por Andrea Avaria, UA; Báltica Cabieses, UDD; Claudia Silva, UCSH. 11 y 12 de octubre 2018. Patrocinado por: Núcleo Diversidad. Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Chile. Programa de estudios sociales en salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, ICIM. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. PRIEM. Universidad Alberto Hurtado. FONDECYT 3160106. Conicyt-Chile.

la mirada sobre el sistema de salud en tanto políticas de salud, acceso y uso del sistema; y el caso icónico de la figura de facilitadores/mediadores interculturales en el sistema de salud. Luego, los capítulos refieren a resultados de salud en población migrante en diversas etapas del ciclo vital, para posteriormente dar paso a capítulos que profundizan en temas específicos transversales como son temáticas territoriales, enfermedades infecciosas y de salud mental.

Para situarnos desde una perspectiva general de la problemática, Daniel Larenas Rosa nos invita, a través del primer capítulo, a observar de forma crítica los instrumentos normativos que en el contexto Latinoamericano se implementan para gestionar la migración internacional, entendiendo que una parte importante de las legislaciones migratorias, si bien reconocen de alguna manera el derecho a la salud de los migrantes internacionales al interior de los países, son los mismos marcos legales los que limitan las condiciones de acceso a este. Los contextos legales vigentes suelen ser marcos restrictivos y no marcos garantes del derecho a salud. Destaca también a algunos países en donde se hace necesario observar las normativas específicas, no solo las legislaciones migratorias, invitándonos a reflexionar en torno a las políticas, planes, y los acuerdos vigentes en esos contextos, pues estas tienden a subsanar las carencias en las leyes migratorias y de esta forma garantizan el acceso a la salud. Larenas subraya que la preocupación en torno a la migración en la región es relativamente nueva. En un poco más de una década se ha avanzado y abordado la cuestión de la salud y migraciones internacionales, a pesar de que este es un fenómeno antiguo y presente hace más de un siglo en la región. Subraya la necesidad de observar la migración internacional asociada a la condición de los sujetos en los países de recepción, plantea considerar el impacto que tiene la migración de las personas en el ciclo vital, en las necesidades en salud, considerando las distintas etapas del proceso migratorio, el origen y especialmente en el tránsito y retorno, y en destino. Sobre esta base, afirma, se hace necesario consolidar marcos legales relativos a la movilidad humana que consideren y garanticen la salud de las personas, y que estos se articulen generando marcos que aseguren las

condiciones de regularidad y movilidad de las personas, asegurando, a través de ellos, las condiciones de acceso a derechos en salud de quienes abandonan sus países de origen e incluso retornan a estos.

El segundo capítulo, liderado por Báltica Cabieses y Sofía Astorga, evidencia las desigualdades en salud entre población migrante y nacional a partir de una revisión de antecedentes cuantitativos, con datos de población nacional y caracterización socioeconómica (sobre la base de revisión de los datos de la Encuesta de Caracterización Socio-Económica Nacional en Chile, CASEN) y a través de la revisión de datos de egresos hospitalarios de la población. Las autoras dan cuenta de las diferencias, graficando las brechas y desigualdades en las condiciones de salud de la población migrante internacional en contraste con la población nacional. Las autoras enfatizan la necesidad de mejorar y ampliar la observación de los procesos de acceso a salud. Se reconoce una escasa investigación relativa a este tema, cuestión que resulta indispensable si consideramos las condiciones estructurales que están a la base y que profundizan las desigualdades en salud: el nivel socioeconómico, el hacinamiento, las condiciones de vida y de regularidad migratoria. Esta última se ve condicionada por los marcos jurídicos y normativos desde donde se asume la migración en Chile y la atención de salud, así como el reconocimiento de los derechos de las personas migrantes. Al respecto las autoras destacan la necesidad de avanzar en estos marcos normativos.

El tercer capítulo, a cargo de Sofía Astorga, invita a la reflexión en la temática de migración y salud desde el nivel primario de atención de salud en Chile, considerando las barreras de acceso de las personas al sistema de salud. El artículo evidencia el proceso de implementación del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, estrategia novedosa de acercamiento y acogida, que se modela sobre la conceptualización de la migración como determinante social de la salud. La propuesta aborda un primer acercamiento a las personas migrantes, a través del sistema de salud primario, que permita evaluar las condiciones de salud de las personas, las familias y su derivación a centros de especialidad en caso de necesidad. El programa considera como esencial revertir las barreras asociadas

al desconocimiento del sistema de salud, desarrollando para ello una intervención de acogida y entrega de información específica. Este capítulo recoge una revisión de los modelos de intervención en salud, y propone un modelo de intervención específico para la acogida de población migrante. El texto es claro en especificar el modelo de atención propuesto, define las acciones, los momentos y contenidos, así como el orden y articulación entre estos, acciones que a partir de la evaluación inicial de la salud de las personas y sus familias son diseñadas.

En el cuarto capítulo N'Kulama Saint Louis se sitúa sobre la base de su experiencia como facilitador intercultural. Recoge las observaciones y conversaciones con los equipos de salud y su interacción con los usuarios migrantes. Especialmente destaca la relación con la población haitiana, de modo de, a partir de esta, reflexionar sobre la perspectiva intercultural, tan necesaria en la atención de salud en Chile. El texto se centra en las conversaciones con los diversos actores y observaciones en escenarios de atención de salud desde una perspectiva antropológica, realizadas en contextos de atención primaria de las comunas de La Pintana, Recoleta y Estación Central. El autor evidencia la interacción entre población migrante y los equipos de salud. El texto describe el encuentro entre los sujetos, un diálogo que da cuenta de las necesidades de salud de la población consultante y de las tensiones con los equipos en estas interacciones. Saint Louis subraya la necesidad de la interculturalidad en la atención de salud en Chile. Los relatos destacados en el texto grafican la desconfianza en el sistema de salud de las personas migrantes, y la falta de empatía y comprensión de las necesidades de los usuarios por parte de los equipos de salud. Plantea que se requiere incorporar las necesidades de salud de las personas en la atención de salud, de lo contrario, se acrecienta el rechazo al modelo de salud (modelo hegemónico, occidental de salud). Estas resistencias de la población usuaria se manifiestan a través de la falta de continuidad en la atención de salud, y en las diferencias tanto de la percepción de la salud como en los modelos explicativos de la enfermedad. Este capítulo resulta valioso, pues su autor también forma parte de la comunidad

haitiana migrante y es parte del equipo de salud a nivel local en tanto facilitador intercultural, por lo que la lectura de este capítulo debe hacerse a través de su particular lugar de observación y reflexión.

El quinto capítulo, de Andrea Avaria, aborda la complejidad que implica el parto de las mujeres migrantes en el contexto de atención de salud pública en la Región Metropolitana. Subraya las experiencias de las mujeres en sus contextos y lugares de origen, las que se contraponen a las vivencias del parto en Chile. Los relatos de las mujeres dan cuenta de la exclusión social producto del origen nacional (xenofobia) y de las condiciones sociales (pobreza) de las mujeres, y de prácticas sociales e institucionales de dominación y control sobre las mujeres. Se destaca que las mujeres migrantes en su mayoría valoran la atención de salud, los recursos y beneficios asociados a la gratuidad y al acceso a la atención de salud y al bienestar relativo de los recién nacidos, recursos que se comparan con las condiciones de atención y los costos del parto en los países de origen. Paradojalmente, en los relatos se recoge un trato discriminatorio y de exclusión que se soslaya especialmente cuando se tiene al recién nacido entre los brazos. Los relatos reflejan las exclusiones de género que se producen durante el parto: la dominación de los cuerpos, el control del parto y el descrédito de la experiencia de las mujeres y de sus entornos familiares. El texto nos invita desde una perspectiva intersectorial a observar la salud reproductiva de las mujeres migrantes internacionales y las carencias de los derechos del nacimiento.

Siguiendo esta línea de reflexión, Nairbis Sibrian y Mario Millones abordan en su capítulo la cuestión de las emociones relacionadas con la experiencia de la migración a través del relato de una mujer migrante. Para ello, los autores se enfocan en la emocionalidad asociada a la atención de salud, desde la experiencia de una mujer venezolana durante su proceso de gestación en el marco de una migración reciente. El texto gira en torno a la entrevista en profundidad a una mujer venezolana, la que forma parte de un estudio mayor. A través de su relato, los autores profundizan en las emociones que subyacen a la experiencia e interacción durante la atención de salud.

Los autores abordan la interpretación del relato a través de la tensión entre hospitalidad, tolerancia, soberanía y gratitud, tensiones que se despliegan en la interacción entre mujer migrante, funcionario/a y sistema de salud.

El capítulo propuesto por Macarena Chepo, por su parte, aborda, desde la base de revisión de los datos de la encuesta CASEN entre el 2015-2017, las necesidades de salud de los niños y niñas migrantes en el contexto chileno. Los datos dan cuenta de un incremento de la población de niños, niñas y adolescentes, siendo la población migrante internacional la que se sitúa en mayor proporción en condiciones de pobreza y de pobreza multidimensional. El capítulo permite dar cuenta de la necesidad de abordar los escenarios de habitabilidad en que se encuentran los y las niñas y adolescentes migrantes, pues las precariedades en la vivienda incrementan los riesgos de violencia, y la vulneración a los derechos de las y los niños y adolescentes. La autora destaca también el bajo acceso a educación y salud de esta población, puesto que es menor en comparación con la población nacional. Esta revisión permite abrir una serie de interrogantes que resultan fundamentales en relación con la salud de las infancias y adolescencias migrantes en Chile.

En la línea de las necesidades de salud de las y los adolescentes, Alexandra Obach, Carla Urrutia y Alejandra Carreño abordan las experiencias de estos en relación con la migración. En este capítulo se recogen relatos de adolescentes migrantes internacionales, y las experiencias de profesores y profesionales de salud en la interacción con estos. A partir de un acercamiento de carácter etnográfico, emergen manifestaciones de desarraigo, condiciones de vida desfavorables, discriminación, así también soledad, y la independencia forzada asociada al trabajo, a la educación y las complejidades en los procesos de inserción escolar. Las autoras subrayan que se hace indispensable una aproximación intercultural en los espacios de interacción escolar y de salud, y sostienen como fundamental también considerar las particularidades respecto al género. En concreto, el texto explicita la cuestión de las masculinidades, en su particular resolución de necesidades de salud y acceso a esta. El estudio es una

invitación a discutir la migración desde las experiencias de mujeres y hombres adolescentes migrantes internacionales en Chile.

El capítulo de Pastor Cea-Merino, Caterine Galaz y Rolando Poblete aborda la cuestión de la intervención en salud en un contexto de atención sanitaria al sur del país, en la Región de Aysén. El texto describe las desigualdades que enfrentan las personas migrantes internacionales en el marco de la atención sanitaria, las que se estructuran desde las condiciones de clase y las construcciones sociales del otro migrante. Estos elementos se exploran a través de una aproximación a tres zonas geográficas en la Región de Aysén, en la atención de salud disponible (alta demanda y poca oferta profesional, aislamiento, y distancia territorial). Se describen las barreras asociadas (estigmatización, culturalización y racismo institucionalizado) y la interacción que se produce en estos espacios de atención sanitaria, en donde se plasman prácticas de exclusión racista, y se despliegan estrategias de agencia de las personas migrantes: búsqueda de atención médica a través de otros migrantes, interacciones familiares, mediación de profesionales migrantes, como recursos de estrategias de cuidado y acceso.

En el marco de la atención de salud, el artículo de Yasna Alarcón se sitúa sobre evidencia que permite diferenciar y construir similitudes en relación con las enfermedades infecciosas, contrastando antecedentes entre población nacional y migrante. A partir de una revisión epidemiológica, la autora selecciona los antecedentes de los principales grupos migrantes (Venezuela, Perú, Haití, Colombia, Bolivia, Argentina y Ecuador) para enfocarse en las enfermedades infecciosas presentes en directa proporción a la prevalencia de estas en los contextos de procedencia de la población migrante internacional. El texto destaca lo indispensable de considerar la vacunación, puesto que no todos los países tienen programas de vacunación de amplia cobertura con relación a enfermedades infecciosas prevenibles a través de la inmunización masiva. El texto se refiere a los riesgos diferenciados en torno a las infecciones producidas por vectores, en particular en los contextos fronterizos en Chile, especialmente en la zona norte del país. Respecto del VIH, la incidencia de esta se vincula

a la población nacional principalmente. La autora señala la importancia de relevar las condiciones de migración, la migración forzada, la trayectoria migratoria y el acceso a la atención sanitaria. Además, la necesidad de atender la salud de las mujeres y la oportunidad de detectar enfermedades transmisibles al recién nacido. Los desafíos están puestos en la formación y actualización del sistema médico, en tanto se requiere conocimiento de enfermedades que, si bien no son transmisibles en el marco de la interacción en el contexto nacional, pueden estar presentes en la población que proviene de otros países y, por ende, requerir de diagnóstico y tratamiento en destino.

La salud mental es un aspecto relevante en las condiciones de salud de las personas migrantes. Con el capítulo de Alejandra Carreño que aborda este tema cerramos el libro. La autora se detiene en el debate entre psiquiatría y antropología en la atención de salud de la población migrante, especialmente si consideramos que los procesos de migración son altamente estresantes para las personas. La autora subraya la necesidad de reconocer al sistema de salud biomédico como un sistema cultural, por ende, no es posible elaborar diagnósticos, ni tratamientos, sobre bases que circunscriban a los sujetos a comportamientos como si fueran colectividades cerradas. El texto nos advierte sobre los peligros de la culturalización o exotización de los comportamientos de las personas.

Nos parece importante agradecer el trabajo desarrollado por Claudia Silva durante el Seminario de Salud y Migraciones, y la dedicación de María Eliana Correa para acompañar el proceso del libro. Agradecemos también el trabajo realizado por los y las revisoras externas, revisión de pares ciegos, que han permitido darle rigurosidad a la publicación de los capítulos y mejorar la edición del libro. Nuestra gratitud al Centro de Comunicación de las Ciencias de la Vicerrectoría de Investigación y Postítulo de la Universidad Autónoma de Chile, que ha acogido desde un inicio las diversas iniciativas que finalmente se materializan en estas páginas. Agradecemos a la dirección y al equipo de Trabajo Social que ha apoyado las acciones realizadas. Valoramos el aporte del Instituto de Ciencias e Innovación de la Facultad de Medicina Clínica Alemana,

de la Universidad del Desarrollo, por ser parte de la concreción del trabajo interdisciplinario e interinstitucional, puesto que esto permite fortalecer los lazos de cooperación, de confianza y reafirma la oportunidad de materializar una edición compartida y colaborativa entre colegas e instituciones.

*Andrea Avaria, Báltica Cabieses y Alexandra Obach,*  
editoras.



# POLÍTICAS MIGRATORIAS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE: UNA APROXIMACIÓN AL ESCENARIO NORMATIVO DE AMÉRICA LATINA

*Daniel Larenas-Rosa<sup>1</sup>*

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo al último reporte de Naciones Unidas sobre la migración internacional, se estimó que en el año 2017 a lo largo del mundo existían 258 millones de migrantes internacionales. De estos, 9,5 millones vivían en la región de América Latina y el Caribe, lo que equivale al 1,5% del total de la población regional. De esos 9,5 millones, seis millones realizaron movimientos migratorios de carácter intrarregional, lo que equivale al 63,16%, es decir, la mayoría de los flujos migratorios originados en un país de la región

---

<sup>1</sup> Fonoaudiólogo de la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Académico del Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Investigador del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correo electrónico: d.larenas@udd.cl

encontraron destino en otro país de la misma región. Mientras que 38 millones de los migrantes internacionales existentes en todo el mundo habían nacido en la región de América Latina y el Caribe, es decir, el 14,6% del total (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2017; United Nations Population, 2017).

Así también lo señala la última edición del Observatorio Demográfico del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), que sobre la base del análisis de la información disponible de las décadas censales de 2000 y 2010, concluyó que la emigración en América Latina estuvo marcada por su carácter intrarregional, cuyo núcleo es la migración transfronteriza o entre países vecinos, que representa la mayor proporción de los flujos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2019). Es por su creciente magnitud y sus características que el fenómeno migratorio actualmente es un tema de particular relevancia en la región de América Latina.

La migración ha sido reconocida en todo el mundo como un determinante social de la salud, dado que es un proceso complejo sujeto a condiciones que deja a la población que migra en situación de vulnerabilidad y que potencialmente puede generar un impacto en su salud (Cabieses et al., 2017). Por lo mismo, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha reconocido la relevancia de abordar la migración como un determinante social de la salud y se ha comprometido a trabajar con los gobiernos en reducir las inequidades en salud que enfrenta la población migrante (International Organization for Migration, 2017).

En el año 2010, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó un modelo conceptual que explica cómo la estructura de las sociedades, las interacciones sociales, las normas, y las instituciones afectan la salud de la población, y cómo los gobiernos pueden generar medidas a partir de esto. El modelo considera la existencia de determinantes sociales estructurales de las inequidades en salud y determinantes sociales intermediarios de la salud. Los determinantes estructurales hacen referencia a la relación entre el contexto socioeconómico y

político, los mecanismos estructurales que generan estratificación social y las posiciones socioeconómicas resultantes de los individuos. La construcción del concepto de contexto como determinante estructural de las inequidades en salud está basada en seis elementos: gobernanza, política macroeconómica, políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales, y condiciones epidemiológicas (Solar, & Irwin, 2010).

Las leyes juegan un importante rol como determinante social estructural de la salud, ya que influyen en la configuración de condiciones de vida y de salud de las personas, actuando como mecanismos que pueden establecer conductas y prejuicios que son influyentes en la distribución del bienestar entre la población (Dingake, 2017). Es así como se ha identificado la existencia de determinantes sociales relacionados con la migración, tales como la ausencia de instrumentos legislativos que garanticen el acceso a la salud y a servicios sociales a la población migrante, cualquiera sea su estatus migratorio; la ausencia de políticas que protejan los derechos de las trabajadoras y los trabajadores migrantes, y la existencia de políticas que establecen barreras para el acceso a servicios de salud y que afectan a la salud de la población migrante (Van der Laet, 2017).

De acuerdo al marco de gobernanza de la migración de la OIM, el concepto de política migratoria puede entenderse como las leyes y políticas que afectan el movimiento de las personas (IOM's Global Migration Data Analysis Centre, 2018). En este entendido, la OIM señala también que políticas migratorias restrictivas generan un aumento en el número de migrantes que se trasladan de forma clandestina y acuden a medios de transporte irregulares, lo que los expone a mayores riesgos de salud y resultados negativos de salud (International Organization for Migration, 2017). Esto es particularmente preocupante cuando durante las últimas dos décadas se ha registrado a nivel mundial un aumento del apoyo a movimientos políticos que impulsan políticas de carácter nacionalista y populista, lo que en América Latina podría traducirse en la implementación de medidas de restricción de los flujos migratorios (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018).

Como señalan Cabieses, Bernaldes y Van der Laet (2016), América Latina ha mostrado inconsistencias en cuanto a la protección del derecho a la salud de las personas migrantes. Es por esto que se hace urgente garantizar salud a todos los migrantes en la región, brindando igualdad de condiciones con la población local en cada país de acogida, lo cual debiese estar explícitamente abordado en todas las políticas.

Conocer las definiciones normativas en cuanto a la protección de la salud de la población migrante que se han desarrollado en los países de América Latina resulta de suma relevancia. Sin embargo, hasta ahora no existe una descripción actualizada del escenario normativo en materia de salud y migración de la región. Es por esto que el presente estudio tiene como objetivo explorar el abordaje del derecho a la salud de la población migrante internacional en los marcos normativos referidos a la migración de los países de América Central y de América del Sur, como una aproximación a las políticas de salud y migración implementadas en la región.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un proceso de revisión documental entre los meses de diciembre de 2018 y marzo de 2019. Este realizó, en primer lugar, una búsqueda e identificación de instrumentos normativos en materia de migraciones existente en cada uno de los 8 países de América Central y 13 países de América del Sur. Dicha búsqueda se realizó a través de los motores de búsqueda internos de cada uno de los reservorios electrónicos institucionales de documentos normativos de cada país y de organismos internacionales. La estrategia de búsqueda se estructuró en torno a dos conceptos: i) instrumento normativo, que consideró los términos ley, reglamento y decreto; ii) migración, que consideró los términos migración, inmigración, extranjería y movilidad humana. La búsqueda permitió identificar 25 instrumentos normativos. Se incluyeron documentos en idioma español, portugués e inglés, y no se estableció restricción por año de publicación del documento.

Cada uno de los instrumentos normativos identificados fue recuperado en texto completo y revisado para registrar lo que define respecto del derecho a la salud de personas migrantes dentro de su articulado. La información fue extraída en una matriz, en la cual se registró el país, título del instrumento, año y artículo referido a salud, e incluyó siete categorías de revisión: i) referencia al acceso a la salud, ii) reconocimiento del derecho a la salud, iii) protección de la salud de emigrantes, iv) medidas dirigidas al tránsito, v) medidas dirigidas al retorno, vi) reconocimiento del derecho de la población migrante en situación irregular, vii) protección dirigida a grupos vulnerables.

## RESULTADOS

### *Instrumentos normativos encontrados*

Se revisaron 25 instrumentos que norman lo referido a las migraciones en 21 países y territorios de América Central y América del Sur, como puede observarse en el Cuadro 1. Todos los países y territorios de las dos subregiones cuentan con al menos un instrumento normativo que regula ámbitos referidos a la migración internacional. Sus años de emisión fluctuaron entre 1947 y 2019. Entre estos se encuentran leyes, reglamentos e instructivos presidenciales. Particularmente, en Guyana Francesa los instrumentos normativos solo se encuentran disponibles en francés, por lo que no se pudo proceder con la revisión del resto de las dimensiones estudiadas.

CUADRO I. INSTRUMENTOS NORMATIVOS SOBRE MIGRACIÓN DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA REVISADOS.

País	Instrumento	Año
AMÉRICA DEL SUR		
Argentina	Ley de Migraciones N° 25871	2003
Bolivia	Ley N° 370 Ley de Migración	2013
Brasil	Lei de Migração N°13.445	2017
Chile	Decreto Ley 1094 Establece normas sobre extranjeros en Chile	1975
	Instructivo Presidencial N° 9	2008
	Instructivo Presidencial N° 5	2015
Colombia	Ley 1465 de 2011	2011
Ecuador	Ley Orgánica de Movilidad Humana	2017
Guyana	Immigration Act	1947
Guyana Francesa	LOI n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France	2016
Paraguay	Ley 978/1996 General de Migraciones	1996
Perú	Ley de Migraciones	2017
	Reglamento del Decreto Legislativo N° 1350 Decreto Legislativo de Migraciones	2017
Suriname	Act of containing enactment of the status of Persons of Surinamese Origin and the Rights and Duties resulting from such status	2014
Uruguay	Ley N° 18.250 de Migración	2008
	Decreto N° 394/009	2009
Venezuela	Ley de Extranjería y Migración N° 37.944	2004
AMÉRICA CENTRAL		
Belize	Immigration Act	2000
Costa Rica	Ley General de Migración y Extranjería (Ley N° 8764)	2009
El Salvador	Ley Especial para la Protección y Desarrollo de la Persona Migrante Salvadoreña y su Familia	2011
Guatemala	Decreto N° 44-2016 Código de Migración	2016
Honduras	Ley de Protección del Hondureño Migrante y sus Familiares	2014
México	Ley de Migración	2017
Nicaragua	Ley N° 761 Ley General de Migración y Extranjería	2011
Panamá	Decreto Ley N° 3 Que crea el servicio nacional de migración, la carrera migratoria y dicta otras disposiciones	2008

Fuente: Elaborado por el autor.

*Referencia al acceso a la salud de la población migrante*

De los instrumentos normativos revisados, son 17 los que hacen mención al acceso a salud de las personas migrantes internacionales, correspondientes a 13 de los países estudiados. Son cinco los países de América Central, específicamente Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, y México (Cuadro 2); y ocho los países de América del Sur, en concreto Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, y Uruguay (Cuadro 3).

*Reconocimiento explícito del derecho a la salud de las personas migrantes*

Entre los instrumentos revisados, 11 hacen mención explícita al derecho a la salud de las personas migrantes, correspondientes a nueve países. La publicación de estos instrumentos ha ocurrido en un período de 16 años, que abarca desde 2003 a 2019, y que presenta un particular auge de aparición de instrumentos en el año 2017, en el cual cuatro de estos fueron publicados.

Argentina cuenta con la Ley de Migraciones N° 25.871, sancionada en diciembre de 2003 y reglamentada en mayo de 2010. Dentro del título I *De los derechos y obligaciones de los extranjeros*, en el artículo 6 se explicita que el Estado asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y a sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos que los nacionales, dentro de lo cual menciona particularmente a la salud (Ley de Migraciones, 2010).

En el caso de Bolivia existe la Ley N° 370, Ley de Migración, promulgada el 8 de mayo de 2013. Dentro del título III *Derechos, deberes y garantías de las personas migrantes extranjeras*, en el artículo 12 Derechos, se señala que el Estado garantiza a las personas migrantes extranjeras el ejercicio y goce del derecho a la salud, y derechos sexuales y reproductivos (Ley de Migración, 2013).

Por otra parte, en Brasil existe la Ley de Migración N° 13.455 del 24 de mayo de 2017. Dentro del capítulo I *Disposiciones preliminares*, en el artículo 4 se señala que para los migrantes está

garantizado en el territorio nacional, en igualdad de condiciones con los nacionales, la inviolabilidad del derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la propiedad, junto con lo cual debe garantizarse el acceso a los servicios públicos de salud y de asistencia social, sin discriminación por razón de nacionalidad o condición migratoria (Presidencia de la República, 2017).

En Chile, el Instructivo Presidencial N° 9, presentado el 2 de septiembre del año 2008, imparte una serie de instrucciones que constituyen la Política Nacional Migratoria. En el punto 7, se señala que dicha política migratoria debe velar por el cumplimiento de una serie de principios, dentro de los cuales se encuentra la integración y protección social de los inmigrantes. Dentro de este principio, se explicita que el Estado debe garantizar el ejercicio del derecho a la salud, señalando que en ningún caso se podrán denegar prestaciones de salud a extranjeros de acuerdo con su situación previsional (Imparte instrucciones sobre la Política Nacional Migratoria, 2008).

En el caso de Ecuador existe la Ley orgánica de movilidad humana, promulgada el 6 de febrero de 2017. En su capítulo III *Personas extranjeras en el Ecuador*, sección I *Definición, derechos y obligaciones*, el artículo 52 se refiere al derecho a la salud. En él se indica que las personas que residan en el Ecuador tienen derecho a acceder a los sistemas de salud de conformidad con la ley y los instrumentos internacionales ratificados por el Estado ecuatoriano. Finalmente, indica que el Estado ecuatoriano promoverá políticas que protejan a las personas extranjeras en el Ecuador en caso de enfermedad, accidentes o muerte, siendo necesario que la persona residente cuente con un seguro público o privado que consolide dicho beneficio (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

Perú cuenta con el decreto legislativo N° 1350 Decreto Legislativo de Migraciones promulgado en 2017. Dentro del título I *Disposiciones Generales*, en el artículo 9 *Derechos de los extranjeros*, se señala que el Estado reconoce al extranjero el goce y ejercicio de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución política del Perú, dentro de los cuales señala el acceso a la salud (Ley de Migraciones, 2017).

En Uruguay existe la Ley N° 18.250 de Migración, en cuyo capítulo III *Derechos y obligaciones de las personas extranjeras*, se explicita en el artículo 7 que las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de la salud, trabajo, seguridad social, vivienda, y educación en igualdad de condiciones con los nacionales; derechos que tendrán la misma protección y amparo en uno y otro caso (Ley de Migración, 2008).

En Guatemala, el Decreto N° 44-2016 Código de Migración, en su artículo 2 *Acceso a dependencias del Estado*, señala que el Estado garantiza a toda persona que se encuentre en el territorio nacional, en plena igualdad de condiciones, acceder a los servicios públicos de salud y todos aquellos necesarios para el desarrollo de sus vidas. Especifica además que los extranjeros pueden acceder a las dependencias del Estado para hacer valer sus derechos conforme con la ley, ante lo cual ningún funcionario público puede negarles asistencia y atención por el hecho de no ser guatemaltecos (Código de Migración, 2016).

En México, la Ley de Migración en el Título segundo, capítulo único *Derechos y Obligaciones*, el artículo 8 explicita que los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria (Ley de Migración, 2017).

No se hace mención explícita a este derecho en las leyes de Guyana, Paraguay, Suriname, Venezuela, Belize, Nicaragua, y Panamá.

En el caso de Costa Rica, aunque en su Ley N° 8764 Ley General de Migración y Extranjería no se señala explícitamente el derecho a la salud, en el capítulo III *Constitución y administración del fondo social migratorio*, artículo 242, se señala que el Fondo Social Migratorio está dirigido a apoyar el proceso de integración social de la población migrante en los servicios nacionales de migración, salud, educación, seguridad y justicia; de cuyos recursos se distribuye un 25% para ser destinado a equipamiento e infraestructura de salud pública (Ley general de migración y extranjería, 2009).

*Protección de la salud de emigrantes  
(nacionales en el exterior)*

Son cuatro los instrumentos normativos que se refieren a la protección de la salud de emigrantes, correspondientes a los países de Brasil, Ecuador, El Salvador, y Honduras.

La ley de migración de Brasil establece en el capítulo VII *Del migrante*, sección I *De las políticas públicas para los emigrantes*, artículo 77, que las políticas públicas para los emigrantes seguirán como principio y directriz, entre otros, la promoción de condiciones de vida digna, por medio de la facilitación del registro consular y de la prestación de servicios consulares relativos al área de salud (Lei de Migração, 2017).

Por otra parte, la Ley orgánica de movilidad humana de Ecuador, dentro del título I *Personas en movilidad humana*, capítulo I *Personas ecuatorianas en el exterior*, el artículo 11 se refiere al derecho a la salud. En este se señala que las personas ecuatorianas en el exterior tienen derecho a que el Estado ecuatoriano promueva acciones encaminadas a fomentar el derecho a la salud. Así también, señala que el Estado promoverá políticas que protejan a las personas ecuatorianas en el exterior en caso de enfermedad, accidentes o muerte, por medio de la seguridad social pública, sistemas de seguridad privada o vía celebración de instrumentos internacionales (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

En El Salvador, el Decreto N° 655 Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, en el capítulo II *Del programa de asistencia y protección humanitaria*, el artículo 28 dictamina la creación de servicios de salud para la persona migrante y su familia (Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, 2011).

Mientras que, en Honduras, el Decreto N° 106-2013 Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, en su capítulo II *Derechos sociales*, artículo 12 *Derecho a la seguridad social y otros beneficios*, explicita que los hondureños por nacimiento que se encuentren radicados fuera del país tienen derecho a inscribirse y a cotizar en el Instituto Hondureño de Seguridad Social para acceder a

atención médica quirúrgica, así como en el régimen de aportaciones privadas. Así también, señala que pueden cotizar por sus familiares residentes en Honduras. Por otra parte, en el punto 4 de este artículo se señala que el Estado de Honduras puede suscribir tratados, convenios o acuerdos con otros Estados, entidades públicas o privadas aseguradoras o prestadores de cuidados de salud, con el fin de abrir el acceso a esos sistemas de salud a los hondureños migrantes (Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, 2014).

### *Medidas dirigidas al tránsito*

Dentro de los instrumentos normativos revisados, dos mencionan elementos relacionados con la protección de la salud de migrantes en etapa de tránsito. El primero es la Ley de protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, en cuyo artículo 4 señala como parte de la definición de migrante a personas que con el mismo propósito transita por un territorio para arribar a un tercer estado, por lo tanto, de acuerdo al artículo 28 se crearán servicios de salud para dichas personas (Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, 2011).

El segundo instrumento normativo corresponde a la Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, que en cuyo capítulo *Política de protección*, artículo 18 *Finalidad de la política de protección*, señala que el Estado de Honduras tendrá como principio promover vía gestión diplomática o consular el acceso de los migrantes hondureños a los servicios básicos de salud en los lugares de tránsito y destino (Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, 2014).

### *Medidas dirigidas al retorno*

De los instrumentos revisados, tres se refieren a la protección de migrantes en etapa de retorno. Dichos instrumentos pertenecen a Colombia, Uruguay, y Honduras.

Colombia cuenta con la Ley 1.465 de 2011, por la cual se crea el Sistema Nacional de Migraciones y se expiden normas para la protección de los colombianos en el exterior. En su artículo 8 *Plan de retorno* se indica que se formulará un plan de retorno que contemple alianzas interinstitucionales y de cooperación, con el fin de velar por el ejercicio de sus derechos, a través de acciones que faciliten el acceso a los servicios de salud, entre otros servicios (por el cual se crea el Sistema Nacional de Migraciones y se expiden normas para la protección de los colombianos en el exterior, 2011).

En el caso de los uruguayos migrantes retornados, en el Decreto N° 394/009, el artículo 41 señala que su acceso a servicios de salud se regirá por la normativa vigente para los habitantes residentes en el país (Reglamentación de la ley N° 18.250, 2009).

En la Ley de protección del hondureño migrante y sus familiares, en el capítulo *Dirección general de protección al hondureño migrante*, artículo 27 *Centros de atención al migrante retornado*, se explicita que los centros de atención entregarán servicios de asistencia básica de salud (Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, 2014).

### *Reconocimiento del derecho a la salud de personas migrantes en situación irregular*

El reconocimiento del derecho a la salud y/o la garantía de las condiciones para su ejercicio para las personas migrantes en situación irregular fue encontrado en 10 de los instrumentos estudiados, correspondientes a nueve países de la región. Estos son Argentina, Brasil, Ecuador, Perú, Uruguay, El Salvador, Honduras, Guatemala, y México.

En primer lugar, La Ley de Migraciones de Argentina, en su artículo 8, señala que no podrá negársele o restringírsele en ningún caso el acceso al derecho a la salud, asistencia social o atención sanitaria a todo extranjero que lo requiera, cualquiera sea su situación migratoria. Junto con esto, las autoridades de los establecimientos

sanitarios deben brindar orientación en los trámites para subsanar su irregularidad migratoria (Ley de Migraciones, 2010).

Brasil, dentro de su Ley de Migración N° 13.455, en el artículo 4 se explicita que los derechos y garantías definidos en esta ley serán ejercidos en conformidad con las disposiciones de la Constitución Federal, independientemente de la situación migratoria. Es dentro de este mismo artículo en que se establece la garantía de acceso a servicios públicos de salud y asistencia social, sin discriminación por razón de nacionalidad o condición migratoria (Lei de Migração, 2017).

En la Ley orgánica de movilidad humana de Ecuador, en el artículo 52 se señala que, tanto las instituciones públicas como privadas que prestan servicios de salud no podrán, en ningún caso, negarse a prestar atención de emergencia en razón de la nacionalidad o la condición migratoria de una persona (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

Por su parte, en Perú el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1350 Decreto Legislativo de Migraciones, en el título I *Disposiciones generales*, artículo 7 *Acceso a los servicios de salud*, establece que el Ministerio de Salud dicta las normas y establece medidas para garantizar a la persona extranjera el acceso a los servicios de salud pública, aun en situación migratoria irregular (Ley de Migraciones, 2017).

En la Ley N° 18.250 de Migración de Uruguay, en el artículo 9 se señala que la irregularidad migratoria en ningún caso impedirá que la persona extranjera tenga libre acceso a la justicia y a los establecimientos de salud. Junto con esto, las autoridades de dichos centros implementarán los servicios que sean necesarios para brindar información a las personas migrantes que posibilite su regularización en el país (Ley de Migración, 2008). Lo anteriormente señalado es precisado en el Decreto Reglamentario N° 394/009, que en su artículo 35 indica que la irregularidad migratoria no será un obstáculo para el acceso a prestaciones integrales de salud a través de las entidades que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. En dichos casos, las personas acreditarán su identidad con un documento expedido por el país de origen o por un tercer país que posean; de no tenerlo, lo harán mediante declaración jurada. En caso de niños y personas

en situación de discapacidad, la declaración jurada será brindada por la persona que esté a su cargo. Adicionalmente, el artículo 36 indica que el Ministerio de Salud Pública y los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud brindarán información que facilite la regularización migratoria (Reglamentación de la ley N° 18.250, 2009).

En la Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, en el artículo 4 se define migrante como persona de nacionalidad salvadoreña que sale del territorio nacional y establece su domicilio de manera permanente o temporal en otro país, indistintamente del estatus migratorio. Por lo tanto, se considera que las personas migrantes en situación irregular forman parte de lo explicitado en el artículo 28, en el cual se señala que se dictamina la creación de servicios de salud para la persona migrante y su familia (Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, 2011).

En la Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, en el capítulo *Política de protección*, artículo 18 *Finalidad de la política de protección*, se establece que el Estado de Honduras ejecutará políticas y programas de protección a los migrantes hondureños, independiente de su status migratorio, señalando como uno de sus principios en el punto 10 el promover vía gestión diplomática o consular el acceso de los migrantes hondureños a los servicios básicos de salud en los lugares de tránsito y destino (Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, 2014).

En Guatemala, en el Código de Migración, en el Artículo 13 *Maternidad y salud sexual*, establece que la mujer migrante con o sin documentos de identificación para permanecer en el país tiene derecho en plena igualdad a los guatemaltecos a acceder a servicios públicos de salud sexual y reproductiva, que incluye servicios ginecológicos, de maternidad durante el tiempo necesario para preservar su vida y la del nonato, así como servicios de planificación familiar. Junto con esto, señala que toda madre migrante y su hijo o hija tienen derecho, en plena igualdad a los guatemaltecos, a recibir vacunación de inmunización contra las principales enfermedades

infecciosas presentes en la comunidad, así como las acordes a la política nacional de salud (Código de Migración, 2016).

En México, la Ley de Migración explicita que independientemente de su situación migratoria, los migrantes tendrán derecho a recibir en forma gratuita y sin restricción cualquier tipo de atención médica de urgencia necesaria para preservar su vida. Junto con esto, se señala que en la prestación de servicios médicos, ningún acto administrativo establecerá restricciones al extranjero mayores a las establecidas de manera general para los mexicanos. Así también, en el capítulo III *De las autoridades auxiliares en materia migratoria*, artículo 27, se explicita que le corresponde a la Secretaría de Salud promover coordinadamente con las autoridades sanitarias que la prestación de servicios de salud se otorgue a los extranjeros sin importar su situación migratoria. Adicionalmente, en el capítulo VI *De los derechos de los alojados en las estaciones migratorias*, el artículo 107 señala que las estaciones migratorias deberán cumplir con la prestación de servicios de asistencia médica y psicológica. Mientras que el artículo 109 señala la atención médica como derecho de todo presentado desde su ingreso a la estación migratoria (Ley de Migración, 2017).

### *Protección de la salud dirigida a grupos vulnerables*

Son tres los instrumentos normativos que hacen alguna referencia a la protección de la salud de grupos reconocidos como particularmente vulnerables. Estos pertenecen a los países de Chile, Perú, y Guatemala.

En Chile, el Instructivo Presidencial N° 5, presentado el 6 de noviembre de 2015, entrega lineamientos e instrucciones para la Política Nacional Migratoria. Dentro de la instrucción N° 3 *Fortalecer la institucionalidad en la gestión migratoria*, se señala que las autoridades nacionales que integran el Consejo de Política Migratoria y su Consejo Técnico deberán proponer la creación de procedimientos para el acceso progresivo a los derechos sociales de la población migrante. Específicamente, explicita que se deberá en

todo caso garantizar el acceso efectivo a la salud a mujeres embarazadas, niños, niñas, y adolescentes, a atención de urgencia y a los bienes de salud pública (Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria, 2015).

En Perú, el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1350 Decreto Legislativo de Migraciones, en el título X *Personas extranjeras en situación de vulnerabilidad*, artículo 229 *Protección de personas extranjeras en situación de vulnerabilidad*, se explicita que las entidades públicas coordinarán las acciones de protección y prevención dirigidas a aquellas personas extranjeras en situación de vulnerabilidad. Para esto, las entidades tendrán el deber de tomar acción y dar atención oportuna a cada caso, dentro de lo cual se menciona el acceso a los servicios públicos, con énfasis en salud, educación, y trabajo (Ley de Migraciones, 2017).

El Código de Migración de Guatemala, en su artículo 12 *Protección contra violencia, torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes*, especifica que aquellas personas migrantes que denuncien ser víctimas de alguna de las situaciones anteriormente mencionadas deberán ser inmediatamente atendidas conforme las medidas que pongan a salvo su integridad, salud y vida. Así también, en el artículo 49 *Protección especial a migrantes por violencia sexual*, se señala que, al ser la razón de solicitud de refugio o asilo el sufrimiento de violencia sexual o amenaza de sufrirla, los migrantes serán protegidos y se brindará atención integral, especialmente en salud. Junto con esto, en el artículo 71 *Situaciones no previstas*, se indica que cuando una persona solicite el ingreso oficial a Guatemala sin estar previsto en las regulaciones, en el caso de tratarse de mujeres migrantes que declaran ser víctimas de violencia sexual o estar siendo perseguidas con esos fines, o víctimas de violencia intrafamiliar, se les otorgará asistencia en salud (Código de Migración, 2016).

POLÍTICAS MIGRATORIAS Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN...

CUADRO 2. DIMENSIONES DE LA PROTECCIÓN DE SALUD DE MIGRANTES EXPLICITADAS EN LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA MIGRATORIA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA CENTRAL.

	País							
	BLZ	CRI	SLV	GTM	HND	MEX	NIC	PAN
Referencia al acceso a la salud		•	•	•	•	•		
Reconocimiento del derecho a la salud				•		•		
Protección de la salud de emigrantes			•		•			
Medidas dirigidas al tránsito			•		•			
Medidas dirigidas al retorno					•			
Reconocimiento del derecho de la población MISI			•	•	•	•		
Protección dirigida a grupos vulnerables				•				

Fuente: Elaborado por el autor.

CUADRO 3. DIMENSIONES DE LA PROTECCIÓN DE SALUD DE MIGRANTES EXPLICITADAS EN LOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS EN MATERIA MIGRATORIA DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR.

	País											
	ARG	BOL	BRA	CHL	COL	ECU	GUY	PRY	PER	SUR	URY	VEN
Referencia al acceso a la salud	•	•	•	•	•	•			•		•	
Reconocimiento del derecho a la salud	•	•	•	•		•			•		•	
Protección de la salud de emigrantes			•			•						
Medidas dirigidas al tránsito												

Medidas dirigidas al retorno					•	•					•	
Reconocimiento del derecho de la población MISI	•		•			•			•		•	
Protección dirigida a grupos vulnerables				•					•			

Fuente: Elaborado por el autor.

## DISCUSIÓN

El hallazgo de instrumentos normativos que hacen referencia a la salud de la población migrante en 13 de los países estudiados representa gran importancia, ya que se ha estudiado que la situación de esta población y las inequidades referidas a sus resultados en salud son determinadas en parte importante por el tipo de políticas implementadas en cada país (González, 2014).

Durante el 2008, la OMS en su 61ª asamblea puso énfasis en el desarrollo de estrategias por parte de los Estados para mejorar la salud de los migrantes, y señaló como estrategias el fomento y formulación de políticas, así como la promoción de los derechos sanitarios de esta población (OMS, 2008, p. 61). En esta línea, se destaca la relevancia del reconocimiento del derecho a la salud de los migrantes en las normativas de nueve de los países estudiados. No obstante, la ausencia de este reconocimiento en la normativa de la mayoría de los países estudiados representa un importante desafío. Esto puede ser reflejo de un usual error como lo es no concebir a las leyes como un determinante social de la salud crítico (Horton, 2016). Negar el derecho a la salud a los migrantes, es decir, privarlos de protección jurídica, tiene como consecuencia su marginación, el aumento de su vulnerabilidad ante la enfermedad y la obstaculización de su acceso a los servicios de salud, lo que puede tener como resultado importantes secuelas (Organización Internacional para las Migraciones, 2013a).

Otro hallazgo de gran relevancia es que más la mitad de los países de las subregiones estudiadas reconocen en alguna manera dentro

de sus legislaciones migratorias el derecho a la salud de la población MISI. Esto, ya que la situación administrativa de los migrantes ha demostrado ser uno de los principales obstaculizadores del acceso a salud, producto de la existencia de leyes y políticas restrictivas que los excluyen de ser beneficiarios de servicios sociales, basadas en discursos relacionados con el costo de los servicios y la disuasión de los flujos migratorios irregulares (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Por otra parte, resulta preocupante la escasa referencia a la protección de migrantes en etapas de tránsito o retorno. Esto debido a que el proceso migratorio implica diversas condiciones que se constituyen como factores de riesgo para la salud de los migrantes, tanto en sus etapas de origen, tránsito, destino y retorno. Específicamente, en el tránsito existen riesgos tales como redes de trata y tráfico, violencia sexual, agresión y discriminación, peligro de lesiones físicas y dificultades de acceso a servicios de salud. Mientras que en el retorno los migrantes se exponen a riesgos para su salud mental, debido al alto impacto emocional que representa encontrar escenarios familiares y sociales distintos, carencia de redes de apoyo, enfrentarse a la readaptación cultural y a las dificultades de la reinserción laboral. Por lo tanto, un abordaje integral de la salud de la población migrante implica considerar todas las etapas del proceso (Organización Internacional para las Migraciones, 2016).

Solo dos países definen explícitamente la protección de la salud de grupos vulnerables de migrantes. Esta situación llama particularmente la atención cuando se tiene como antecedente que en la 68ª sesión del comité regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, llevada a cabo el año 2016, se indicaba que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido la incorporación de los enfoques de derechos humanos y de seguridad humana en leyes, políticas, planes, y programas dirigidos a fortalecer la resiliencia de la población migrante que se encuentra en altas condiciones de vulnerabilidad (Pan American Health Organization, 2016).

De acuerdo a OIM, a ACNUR y a la Declaración de Nueva York de las Naciones Unidas para los refugiados y los migrantes del 2016, se puede considerar como grupos de la población migrante en situación

de vulnerabilidad individual a niños, niñas, y adolescentes, particularmente aquellos separados de sus familias, aquellos que migran en forma no acompañada y aquellos que migran con fines laborales (Organización Internacional para las Migraciones, 2013b). También se consideran como grupos migrantes vulnerables a adultos mayores, mujeres en situación de riesgo, personas en situación de discapacidad, miembros de minorías étnicas, víctimas de trata, tortura o trauma, así como aquellos que se encuentran en vulnerabilidad situacional, como migrantes expuestos a medios de transporte riesgosos, áreas geográficas de tránsito que los exponen a riesgo de muerte, conflictos, catástrofes o crisis humanitarias (Naciones Unidas, 2016; En consecuencia, ACNUR (2017) llama a proteger a la población migrante en situaciones de vulnerabilidad, respetando sus derechos humanos y respondiendo a sus necesidades sanitarias. Es por lo anteriormente señalado que el hallazgo de solo dos instrumentos dirigidos a la protección de la salud de los grupos de migrantes en situación de vulnerabilidad da cuenta del importante desafío existente en la región en lo relativo a garantizar condiciones que permitan proteger la salud de los grupos mencionados.

Es importante señalar que este estudio se limitó a revisar las leyes que regulan las migraciones en cada uno de los países mencionados. No obstante, pueden existir casos de países que no definen aspectos referidos a salud de la población migrante en sus leyes, pero que podrían hacerlo en sus políticas. Es por esto que es de suma relevancia estudiar otro tipo de instrumentos tales como políticas, planes, acuerdos y programas que establezcan definiciones relacionadas con la protección de la salud de la población migrante, dado que representan otras alternativas a partir de las cuales pueden facilitarse medidas en beneficio de la salud de la población migrante.

Se puede afirmar que la migración es un tópico actual de gran importancia en la región, dado que durante la última década en la gran mayoría de los países estudiados se publicaron instrumentos normativos. Particularmente, América Central presenta un escenario caracterizado por la mantención de la emisión de flujos migratorios hacia el norte, no obstante, enfrenta el aumento de recepción de

movimientos intrarregionales, la diversificación de los flujos migratorios de personas en situación irregular, el aumento del control fronterizo y el aumento de las situaciones de violencia que obligan a la migración de niños y niñas. Mientras que el escenario de América del Sur está marcado por el aumento de la migración intrarregional, el alto número de sudamericanos residentes en el exterior, y las crisis económicas y políticas (Organización Internacional para las Migraciones, 2018). Ante esto se hace impostergable considerar la urgencia de abordar la complejidad del fenómeno migratorio, con particular énfasis en garantizar la protección de la salud de las personas migrantes. Es preponderante que los países de la región desarrollen leyes, políticas, planes, programas y acciones específicas que permitan establecer el derecho a la salud de la población migrante y garantizar las condiciones que permitan su ejercicio efectivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUR. (2017). *Migrantes en situaciones de vulnerabilidad. Perspectiva del ACNUR*.
- ACNUR. (2018). *Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Respuestas a las preguntas frecuentes*.
- Cabieses, Báltica, Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). Introducción y conceptos esenciales. En *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 15–24). Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, Báltica, Bernales, M., & Van der Laet, C. (2016). Health for all migrants in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 402. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30006-2)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019). *Observatorio Demográfico 2018: Migración internacional*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44411-observatorio-demografico-america-latina-2018-migracion-internacional-demographic>
- Por la cual se crea el Sistema Nacional de Migraciones y se expiden normas para la protección de los colombianos en el exterior., Pub. L. No. Ley 1.465 (2011).
- Código de Migración, Pub. L. No. Decreto Número 44-2016, 1 (2016). <http://igm.gob.gt/wp-content/uploads/2017/09/10978.pdf>
- Dingake, O. (2017). The Rule of Law as a Social Determinant of Health. *Health and Human Rights Journal*, 19(2), 295–298.

- González, J. (2014). La salud en la población inmigrante: La política como determinante social de la salud. *Nuberos Científica*, 2(12), 36–41.
- Horton, R. (2016). Offline: The rule of law—an invisible determinant of health. *The Lancet*, 387(10025), 1260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30061-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30061-7)
- International Organization for Migration. (2017, enero 5). *Social Determinants of Migrant Health*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- IOM's Global Migration Data Analysis Centre. (2018). *Migration policies and governance*. Migration Data Portal. <https://migrationdataportal.org/themes/migration-policies-and-governance>
- Imparte instrucciones sobre la Política Nacional Migratoria, Instructivo Presidencial N° 9 (2008). <https://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/16.-%20Inst.%20N%C2%BA%209.pdf>
- Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria, Instructivo Presidencial N°5 (2015). <http://transparenciaactiva.presidencia.cl/Otros%20Antecedentes/Inst.%20Pres.%20N%C2%BA5.pdf>
- Ley especial para la protección y desarrollo de la persona migrante salvadoreña y su familia, Pub. L. No. Decreto N°655 (2011).
- Ley general de migración y extranjería, Pub. L. No. Ley N°8764 (2009).
- Ley Orgánica de Movilidad Humana, 938 1 (2017).
- Ley de Migración, Decreto (2017).
- Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares, 106-2013 Decreto A13 (2014).
- Ley de Migraciones, Pub. L. No. Ley N° 25871 (2010). [http://www.migraciones.gov.ar/pdf\\_varios/campana\\_grafica/pdf/Libro\\_Ley\\_25.871.pdf](http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/campana_grafica/pdf/Libro_Ley_25.871.pdf)
- Ley de Migración, Pub. L. No. Ley N° 370 (2013).
- Ley de Migración, Pub. L. No. Ley N° 18.250, 1 (2008).
- Lei de Migração, Pub. L. No. Lei N° 13.445 (2017). <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>
- Ley de Migraciones, Pub. L. No. 1350, Decreto Legislativo (2017).
- Naciones Unidas. (2016). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016. Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes*.
- OMS. (2008). *61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones. WHA61.17 Salud de los migrantes*. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo*. ORGANIZATION FOR ECONOMIC. <https://doi.org/10.1787/leo-2018-es>

- Organización Internacional para las Migraciones. (2013a). *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*. Organización Internacional para las Migraciones. [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones. (2013b). *Niños, Niñas y Adolescentes Migrantes: América Central y México*.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2016). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr\\_HHR-Spanish%20edition.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf)
- Pan American Health Organization. (2016). *55th Directing Council. 68th Session of the Regional Committee of Who for The Americas*.
- Presidencia de la República. (2017). *Proyecto de Nueva Ley de Migraciones*. [www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDoc to&iddocto=11905&tipodoc=mensaje\\_mocion](http://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDoc to&iddocto=11905&tipodoc=mensaje_mocion)
- Reglamentación de la ley N° 18.250, Pub. L. No. Decreto 394/009 (2009).
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Debates, policy & practice, case studies.: Vol. Policy and Practice*. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2017). *International Migration Report 2017: Highlights*. [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migration-report/docs/MigrationReport2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migration-report/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf)
- United Nations Population. (2017). *International migrant stock 2017: Graphs*. United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesgraphs.asp?2g2>
- Van der Laet, C. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas. En *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile* (pp. 29–38). Universidad del Desarrollo. [http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)



BRECHAS DE ACCESO Y DE USO DE SERVICIOS  
DE SALUD EN POBLACIÓN MIGRANTE  
INTERNACIONAL Y CHILENA  
SEGÚN CURSO DE VIDA

*Báltica Cabieses, PhD<sup>1</sup>*  
*Sofía Astorga, MSc<sup>2</sup>*

- 
- <sup>1</sup> Enfermera-matrona (PUC), diplomada en Docencia (PUC), magíster en Epidemiología (PUC), PhD Social Epidemiology (University of York, Inglaterra). Profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Sus líneas de investigación son equidad social en salud, salud de migrantes internacionales, y salud global. bcabieses@udd.cl
- <sup>2</sup> Psicóloga (PUC), magíster en Psicología de la Salud (PUC) y diplomada en Bioestadística (PUC). Docente de la Escuela de Enfermería e investigadora en el Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (UDD). Su área principal de investigación es la salud de migrantes internacionales, con foco en la salud mental de esta población y siguiendo el enfoque de determinantes sociales de la salud.

## INTRODUCCIÓN

La globalización y los movimientos migratorios de la población conllevan a riesgos en salud. En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia países más ricos y prósperos, como medida de supervivencia a las condiciones económicas, políticas o sociales en las que se encontraban en sus países de origen (International Organization for Migration, 2013). A nivel mundial se ha observado que, en promedio, en la mayoría de los países, la población migrante internacional tiende a ser joven y saludable. Sin embargo, pueden cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas similares a los locales (asimilación), así como perder algunas de sus formas de comprender la realidad o sus costumbres y tradiciones (aculturación). Con esto, se pueden asumir nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, volverse más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufrir cambios alimentarios o verse obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros. También pueden encontrar un limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población (United Nations, 2006; Cabieses et al., 2012; Van der Laet, 2017; World Health Organization, n.d.). De esta forma, es de preocupación global la protección de migrantes internacionales, sobre todo si experimentan riesgos de vulneración de derechos, de privación o de acceso a los sistemas de salud durante la partida, tránsito y llegada.

En este capítulo se presenta una revisión de los principales resultados de estudios realizados en torno a brechas de acceso y uso de los servicios de salud en la población migrante internacional en Chile, y cómo se compara con la población nativa. El objetivo del capítulo es sintetizar estudios desarrollados en Chile y el extranjero sobre acceso y uso de servicios de salud entre estos grupos de interés, siguiendo el enfoque de determinantes sociales de la salud y de curso de vida. Para ello, se recopilan y describen los resultados obtenidos en los estudios realizados por el Programa de Estudios

Sociales en Salud (PROESSA UDD), respecto a brechas en salud y brechas de acceso a salud de la población migrante internacional, con el enfoque de determinantes sociales de la salud y curso de vida. Por esta razón, buena parte de las referencias de este manuscrito dan cuenta del trabajo de investigadores de este programa. PROESSA es un programa interdisciplinario de investigación con foco en diversos procesos sociales que impactan en la salud poblacional en Chile y la región. La misión del Programa es contribuir en la comprensión de los procesos sociales que impactan en la salud poblacional y a transformar dicho conocimiento en acciones que aumentan el bienestar y la equidad en salud en Chile y Latinoamérica. Los resultados se dividieron considerando una sección inicial respecto de la salud de los migrantes en general y siguiendo las principales etapas del curso de vida, que incluyen la etapa prenatal (mujeres embarazadas), infancia y juventud, y adultez mayor. Se incluyen resultados en salud, acceso y uso de servicios, y resultados de las condiciones socioeconómicas y de vida de los migrantes, que son relevantes para un abordaje integral del enfoque de los determinantes sociales de la salud. La principal fuente de información es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), para la cual se realizan análisis secundarios de datos que permiten exponer la comparación entre población nacional y aquella que reportó en esta encuesta haber nacido en un país distinto de Chile. También se utiliza la base de egresos hospitalarios de Chile, que permite desde hace algunos años comparar causas de egreso y algunas características demográficas entre estos grupos, incluyendo información de hospitales públicos y clínicas privadas de todo el territorio nacional.

## BRECHAS EN SALUD: ENFOQUES Y SITUACIÓN EN CHILE

Para comprender las brechas en salud entre población migrante internacional y población local, es relevante entender el rol de los determinantes sociales de la salud y las inequidades en salud, así como el de curso de vida en la temática de migración y salud. El enfoque de determinantes sociales plantea que las condiciones

socioeconómicas, políticas y ambientales en que las personas nacen y se desarrollan, afectan su salud y los exponen a factores de riesgo y protectores (World Health Organization, 2017). La migración internacional ha sido ampliamente reconocida como un determinante social de la salud, tanto en Chile (Cabieses et al., 2017a) como en el mundo (Davies et al., 2010). Si bien la migración por sí misma no representa necesariamente un riesgo para la salud, las condiciones que rodean el proceso migratorio exponen a las personas a mayor vulnerabilidad ante riesgos para la salud (Cabieses et al., 2017a). Por lo tanto, es importante estudiar la salud de la población migrante desde el enfoque de determinación social, considerando el proceso migratorio (Cabieses et al., 2017a), ya que permite entender las brechas de acceso y resultados en salud, y explica las inequidades en salud que se generan (World Health Organization, 2017).

También se propone estudiar la salud de los migrantes siguiendo el enfoque de curso de vida, que plantea el estudio de la salud a lo largo de toda la trayectoria vital (Davey Smith, 2003). El enfoque teórico-metodológico de curso de vida surgió en los años setenta, primero en los Estados Unidos (Uhlenberg, 1978; Hogan, 2006) y ya en los años noventa en América Latina. Se preocupa por analizar eventos y sus efectos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales, y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones. Sus principios rectores establecen la consideración siempre presente de los procesos y de lo contextual, apuntando directamente a la preeminencia que se le concede al manejo de la dimensión temporal. Esta perspectiva ha llevado a la práctica el análisis de la temporalidad y la generación de datos de medidas repetidas, muy importantes para la construcción de información longitudinal (Blanco, 2011). En salud, la perspectiva de curso de vida es crítica y fundamental para el desarrollo de evidencia observacional con el mayor poder de causalidad posible, en fenómenos donde el ensayo aleatorizado no es viable por razones éticas y prácticas.

En términos del proceso de migrar y su temporalidad particular, la mayoría de los estudios en población migrante se enfocan en la etapa final del proceso migratorio, sin considerar su inicio en el país de origen y las transformaciones a lo largo del tiempo (Cabieses et al., 2017a). Asimismo, las investigaciones también se han concentrado en la población adulta migrante, invisibilizando grupos más vulnerables como las mujeres embarazadas, niños y jóvenes migrantes, y adultos mayores, los cuales serán abordados en este capítulo. Por lo tanto, este enfoque permite comprender las inequidades en salud a partir de la acumulación de los factores que actúan temprano en la vida y que continúan posteriormente (Davey Smith, 2003), ampliando el foco más allá de la adultez, considerando las otras etapas del curso de vida de manera integral.

En relación con las inequidades en salud, es importante aclarar que este concepto difiere de lo que se conoce como las desigualdades en salud. Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en el estado de salud o en la distribución de recursos para la salud entre los diferentes grupos sociales de una población, que derivan de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (determinantes sociales de la salud) (Organización Mundial de la Salud, 2008). Por otro lado, las inequidades sociales en salud son las diferencias en el estado de salud o en la distribución de recursos para la salud entre los diferentes grupos sociales de una población, que derivan de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (determinantes sociales de la salud) y que se consideran prevenibles, modificables e injustas (Organización Mundial de la Salud, 2008). Por lo tanto, las inequidades sanitarias son diferencias sistemáticas y evitables, que representan un importante costo social y económico tanto para las personas, como para las sociedades (Organización Mundial de la Salud, 2017). En este sentido, las diferencias observadas entre población migrante internacional y población local son principalmente inequidades sociales en salud, generadas por los determinantes sociales asociados al proceso migratorio, de tal modo que se consideran como brechas en salud.

Respecto a las brechas en salud entre la población migrante y población local en Chile, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) entrega algunos datos que permiten entender esta situación. Cabieses y colaboradores (2017a) estudiaron la CASEN del año 2013, a partir de la cual definieron conclusiones generales sobre las condiciones socioeconómicas de la población migrante y que permiten contextualizar las brechas en salud que se presentarán en los resultados. En primer lugar, la desigualdad socioeconómica es más marcada entre migrantes internacionales que entre chilenos, es decir, se observan mayores diferencias en los ingresos económicos dentro de la población migrante que dentro de la población local (Cabieses et al., 2017a). Esta situación es compleja si se considera que Chile lidera los países de la OCDE con mayor desigualdad social y económica (OECD, n.d.). En relación con esto, las autoras también concluyen que hay una mayor proporción de migrantes que presentan pobreza multidimensional que chilenos (25% versus 20% de chilenos), así como mayor porcentaje vive en situación de hacinamiento crítico (Cabieses et al., 2017a). La pobreza multidimensional propone una forma integral de medir la pobreza de los países, ampliando la definición clásica de pobreza de acuerdo al ingreso económico, evaluando las dimensiones de educación, salud, vivienda y trabajo-seguridad social (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). En el caso de la población infantil la situación es más compleja, ya que las cifras de pobreza multidimensional en los niños migrantes doblan las cifras de la población local (52,2% versus 26,2% en los niños chilenos) (Cabieses et al., 2017a). Estos resultados dan cuenta de que la brecha de desigualdad social al interior de la población migrante internacional es mayor a la brecha existente dentro la población chilena, lo cual genera un impacto en salud y permite empezar a entender los resultados que se presentarán en este capítulo.

## ACCESO A SALUD: BRECHAS Y BARRERAS

El acceso a salud es un derecho humano fundamental (Organización Mundial de la Salud, 2015) que debe ser garantizado por los gobiernos, independiente del estatus migratorio de la persona (Cabieses et al., 2017a). Similar a las brechas en salud, las brechas de acceso a salud se relacionan con los determinantes sociales de la salud, ya que el nivel de acceso a los servicios de salud se debe a una serie de factores, incluyendo factores políticos, económicos, ambientales, culturales, individuales, del sistema de salud, etc. (Jacquez et al., 2016; Lin et al., 2015; Tarraf et al., 2014). Se ha observado que el acceso y uso de servicios de salud se ve afectado por la condición migrante de la persona, a través de los factores descritos que se traducen en barreras de acceso y uso, las cuales conducen a inequidades en la prestación de servicios de salud y, por ende, se traducen en peores resultados en salud en la población migrante (Avila & Bramlett, 2013; Tarraf et al., 2014; Vázquez et al., 2016). Entre las barreras que explican el menor uso de servicios de salud se incluyen la falta de seguro de salud, el alto costo económico de los servicios y el idioma (Derr, 2017). De esta manera, los migrantes internacionales presentan mayor dificultad para acceder al sistema de salud que la población local (Graetz et al., 2017; Joseph & Marrow, 2017; Villarroel, 2015), aun cuando tienen cobertura en salud y políticas de salud desarrolladas (Joseph & Marrow, 2017; Vázquez et al., 2016). Entre la población migrante, se ha visto que las personas en situación irregular tienen más problemas para acceder a la atención en salud (Alemi et al., 2017; Derr, 2017) y los migrantes recién llegados al país de acogida utilizan menos la atención sanitaria (Chi & Handcock, 2014). Respecto al uso de servicios de salud, la literatura internacional indica diferencias entre población migrante y población local. Por un lado, los migrantes utilizan de manera similar los servicios del hospital (Rinaldi et al., 2016), por el otro, hacen menos uso de atenciones de especialistas, atención primaria, salud mental y atenciones preventivas (Graetz et al., 2017; Llop-Gironés et al., 2014; Villarroel, 2015), y también menor uso de los servicios de urgencia (Tarraf et al., 2014), a pesar de las creencias contrarias.

En Chile, el acceso al sistema de salud por parte de la población migrante es variable y depende de factores como la situación migratoria, nivel socioeconómico, el sexo, el país de origen y el tiempo de residencia en el país (Cabieses et al., 2017a). En ese sentido, no tener previsión o seguro de salud es una de las primeras barreras de acceso y uso (Cabieses et al., 2017a). Similar a lo encontrado en la literatura internacional, el grupo que presenta mayor dificultad para acceder al sistema de salud son las personas en situación irregular (Cabieses et al., 2016). Con la implementación del Decreto 67 en el año 2016 esta situación se logra abordar, ya que a partir de esa fecha las personas en situación irregular se consideran como «carentes de recursos» y pueden acceder al sistema previsional de salud público, FONASA (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Asimismo, en Chile existen garantías de acceso a mujeres embarazadas y niños migrantes internacionales, independiente de su estatus migratorio, sin embargo, aún existen diferencias en el acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren ser abordadas (Cabieses et al., 2017a).

En las siguientes secciones del capítulo se presentarán los principales resultados respecto de brechas de salud y acceso a salud en población migrante, comparando con la población chilena, siguiendo los enfoques de determinantes sociales y ciclo de vida. Por último, se presenta una discusión de los resultados principales a la luz de la literatura nacional a internacional revisada.

## CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL

De acuerdo con los datos de un reciente estudio de Cabieses y colaboradores (2018), en general, los migrantes internacionales reportan mejores resultados en salud y también mejor autopercepción de salud. Respecto con los Egresos Hospitalarios en Chile, entre los años 2012 y 2015 la cantidad de egresos osciló entre 1,7-1,8 millones en total, en donde menos del 1% corresponde a migrantes internacionales, aceptándose importantes variaciones entre regiones y comunas. La población migrante presenta menor proporción de personas en tratamiento médico en los últimos 12

meses y menor reporte de enfermedad o accidente en los últimos tres meses, en comparación con la población chilena (Cabieses et al., 2018). Entre las principales causas generales de egresos en migrantes internacionales están embarazo, parto, y puerperio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema genitourinario; traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa; enfermedades del sistema digestivo; tumores o neoplasias enfermedades del sistema circulatorio; y enfermedades del sistema digestivo (Cabieses et al., 2018).

Respecto a datos de acceso y uso en salud, se ha observado que la población migrante internacional reporta menor cobertura de salud (previsión de salud) que la población local, según datos de las encuestas CASEN 2009, 2011, 2013 y 2015 (Cabieses et al., 2018). Específicamente, en la CASEN del año 2015 el 15,7% del total migrantes internacionales no tenía previsión en salud pública o privada, versus el 2,7% de los chilenos. A pesar de este resultado que implica una barrera de acceso al sistema de salud chileno, se ha observado un aumento en la proporción de población migrante que hace uso de mamografía (2011=44,3% en comparación con 2015=54,2%) y Papanicolaou (2009=51,7% en comparación con 2015=61,2%). En relación con la cobertura AUGE-GES, esta ha ido en aumento con los años (57,6% de no cobertura en 2009, versus 34,2% en 2015), sin embargo, este porcentaje sigue siendo menor que en la población local (Cabieses et al., 2018).

## PERÍODO PRENATAL: EMBARAZO Y PARTO

En el estudio de Cabieses y colaboradores (2017b), los autores encontraron que mayor proporción de mujeres embarazadas migrantes ingresaban tardíamente a los controles de salud del programa Chile Crece Contigo en comparación con la población chilena (63,1% versus 33,4% de mujeres chilenas,  $p < 0,00$ ) (Cabieses et al., 2017b). Asimismo, evaluaron los factores de riesgo para el desarrollo o término del embarazo, encontrando mayor proporción de mujeres migrantes con riesgo biopsicosocial (62,3% en comparación con

50,1% en chilenas,  $p < 0,00$ ) (Cabieses et al., 2017b). Estas diferencias que se mantuvieron para el riesgo biopsicosocial leve (37,3% migrantes, versus 26,7% chilenas,  $p = 0,001$ ) y moderado (22,3% migrantes, versus 15,1% chilenas,  $p = 0,011$ ), en cambio, para el riesgo severo las mujeres chilenas presentaron mayor proporción que las mujeres migrantes (2,7% migrantes, versus 8,3% chilenas,  $p < 0,00$ ) (Cabieses et al., 2017b). Respecto a los partos, en los Egresos Hospitalarios 2015 se encontró que a las mujeres chilenas se les realizaron más cesáreas que a las mujeres migrantes, independiente de la previsión en salud (Cabieses et al., 2018). Por otro lado, las mujeres migrantes presentan mayor proporción de parto espontáneo y parto con fórceps y ventosa, independiente de la previsión en salud (ver Tabla 1).

TABLA 1. TIPO DE PARTO, SEGÚN NACIONALIDAD Y PREVISIÓN EN SALUD. EGRESOS HOSPITALARIOS 2015.

	Chileno				Inmigrante			
	FONASA	ISAPRE	No tiene	Otros	FONASA	ISAPRE	No tiene	Otros
Parto único espontáneo	79.585 (53,7%)	12.088 (40,5%)	832 (55,7%)	1.867 (41,4%)	2.561 (66,7%)	252 (60,4%)	570 (74,8%)	123 (65,8%)
Parto único con fórceps y ventosa	2.288 (1,5%)	937 (3,1%)	28 (1,9%)	104 (2,3%)	92 (2,4%)	28 (6,7%)	17 (2,2%)	11 (5,9%)
Parto único por cesárea	63.284 (42,7%)	16.195 (54,2%)	603 (40,4%)	2.489 (55,2%)	1.024 (26,7%)	113 (27,1%)	131 (17,2%)	52 (27,8%)
Otros partos únicos asistidos	2.230 (1,5%)	435 (1,5%)	17 (1,1%)	28 (0,6%)	144 (3,7%)	17 (4,1%)	38 (5,0%)	0 (0,0%)
Parto múltiple	710 (0,5%)	209 (0,7%)	13 (0,9%)	23 (0,5%)	20 (0,5%)	7 (1,7%)	6 (0,8%)	1 (0,5%)

\*Notar que en algunos casilleros los valores absolutos son muy bajos en población migrante, con lo que su interpretación debe ser cautelosa y solo de carácter exploratorio

Fuente: Cabieses et al., 2018.

## INFANCIA Y JUVENTUD

Para esta etapa del curso de vida se consideraron datos de bebés en período perinatal (primeros 28 días de nacidos), niños y adolescentes menores de 18 años, y jóvenes de hasta 29 años (en cada resultado descrito se especifica la edad). Se presentan resultados de salud, acceso y uso, y de también caracterización sociodemográfica. Respecto a resultados en salud, los Egresos Hospitalarios 2015 presentan datos de ciertas afecciones originadas en el período perinatal en bebés migrantes y chilenos (Cabieses et al., 2018). Las principales afecciones perinatales que afectan a los bebés migrantes son los trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido, que representan un 41% del total de los egresos hospitalarios de los bebés migrantes, y los trastornos respiratorios y cardiovasculares, que representan el 34% (ver Tabla 2) (Cabieses et al., 2018).

TABLA 2. AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL, SEGÚN NACIONALIDAD. EGRESOS HOSPITALARIOS 2015.

	Chileno	Inmigrante	Total
	(n=38.256)	(n=56)	(n=38.312)
Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	7% (2.509)	2% (1)	7% (2.510)
Trastornos relacionados con duración de la gestación y crecimiento fetal	21% (7.930)	14% (8)	21% (7.938)
Traumatismo del nacimiento	0% (151)	0% (0)	0% (151)
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos perinatales	19% (7.198)	34% (19)	19% (7.217)
Infecciones específicas del período perinatal	8% (3.137)	2% (1)	8% (3.138)
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	35% (13.210)	41% (23)	35% (13.233)
Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido	6% (2.364)	4% (2)	6% (2.366)
Afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura	1% (433)	0% (0)	1% (433)
Otros trastornos originados en el período perinatal	3% (1.324)	4% (2)	3% (1.326)

\*Notar que en algunos casilleros los valores absolutos son muy bajos en población migrante, con lo que su interpretación debe ser cautelosa y solo de carácter exploratorio.

Fuente: Cabieses et al., 2018.

En relación con salud mental, los Egresos Hospitalarios del año 2015 contienen información respecto de los trastornos mentales y del comportamiento, según grupo etario (ver Tabla 3). Se observa que para el grupo de 10-18 años, los migrantes internacionales presentan mayor prevalencia de trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (4,8% en comparación con 1,3% de chilenos), de síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (33,3% en comparación con 13,9% de chilenos) y retraso mental (23,8% en comparación con 13,8% de chilenos) (Cabieses et al., 2018). Para el grupo de jóvenes de 19 a 24 años, los migrantes internacionales tienen mayor prevalencia que los

chilenos de trastornos afectivos (30,0% versus 25,3%) y síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (16,7% versus 11,5%) (Cabieses et al., 2018).

TABLA 3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.  
EGRESOS HOSPITALARIOS 2015.

10-18 AÑOS	Chileno	Inmigrante
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1,3% (62)	4,8% (1)
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	21,1% (1.003)	19,0% (4)
Trastornos del humor (afectivos)	10,5% (501)	4,8% (1)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	26,4% (1.256)	9,5% (2)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	13,9% (661)	33,3% (7)
Retraso mental	13,8% (655)	23,8% (5)
Trastornos del desarrollo psicológico	2,1% (102)	0,0% (0)
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	1,6% (74)	0,0% (0)
Trastorno mental no especificado	5,6% (266)	0,0% (0)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	0,2% (9)	0,0% (0)
19-24 AÑOS	Chileno	Inmigrante
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1,9% (61)	0,0% (0)
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	21,3% (688)	26,7% (8)
Trastornos del humor (afectivos)	25,3% (817)	30,0% (9)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	22,7% (734)	23,3% (7)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	11,5% (373)	16,7% (5)
Retraso mental	1,9% (60)	3,3% (1)
Trastornos del desarrollo psicológico	11,6% (376)	0,0% (0)

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	2,9% (95)	0,0% (0)
Trastorno mental no especificado	0,6% (19)	0,0% (0)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	0,3% (10)	0,0% (0)

\*Notar que en algunos casilleros los valores absolutos son muy bajos en población migrante, con lo que su interpretación debe ser cautelosa y solo de carácter exploratorio.

Fuente: Cabieses et al., 2018.

Respecto al acceso y uso de servicios de salud por parte de niños y jóvenes menores de 18 años, a nivel internacional se observa que, en general, los niños migrantes presentan menor acceso a los servicios de salud que los niños nativos (Markkula et al., 2018). Al desglosar por servicio de salud, las autoras encontraron que los niños migrantes tienen menor acceso y uso de vacunas, salud mental, salud dental y atención primaria (Markkula et al., 2018). Por otro lado, presentan mayor acceso y uso de hospital y urgencia hospitalaria que los niños nativos (Markkula et al., 2018). En Chile, los datos de acceso y uso se pueden observar a través de los resultados de la CASEN respecto a la cobertura AUGE/GES. De acuerdo con los resultados de la CASEN 2015, los jóvenes migrantes entre 15 y 18 años reciben mayor proporción de tratamiento médico general. Sin embargo, reciben menor proporción de tratamiento por AUGE/GES que los jóvenes chilenos (Cabieses et al., 2018) (ver Tabla 4).

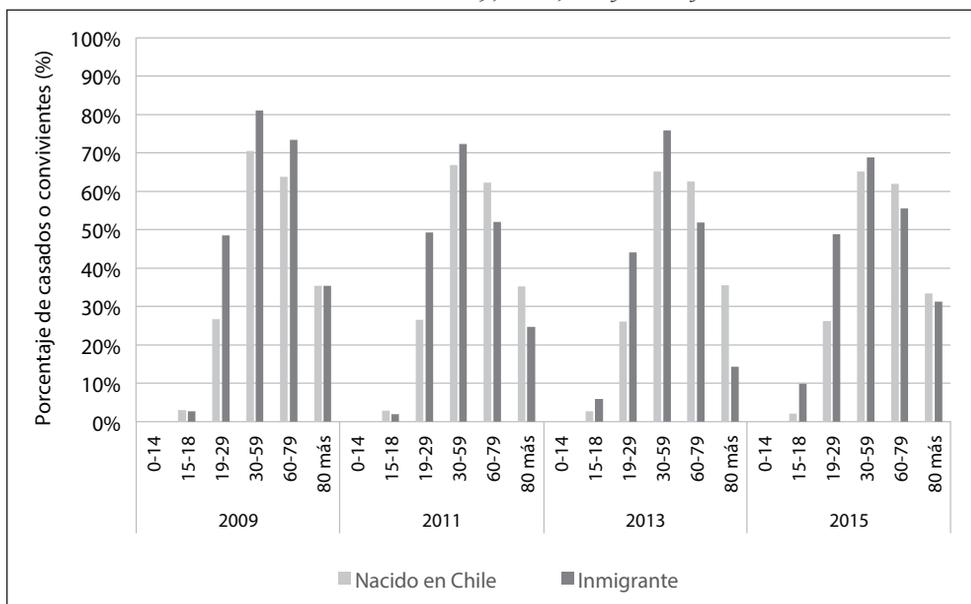
TABLA 4. EN TRATAMIENTO MÉDICO GENERAL Y POR AUGE/GES, SEGÚN NACIONALIDAD Y GRUPO ETARIO. CASEN 2015.

	Nacidos en Chile			Migrante internacional		
	Cant. en tratamiento	% en tratamiento	% en tratamiento AUGE-GES	Cant. en tratamiento	% en tratamiento	% en tratamiento AUGE-GES
0 – 14 años	287.018	8,18	4,16	2.599	4,32*	3,09
15 – 18 años	96.044	9,08	4,56	723	29,2*	2,05*
19 – 29 años	257.529	8,49	4,13	5.093	4,05	1,89
30 – 59 años	1.730.172	27,19	19,33	33.116	14,73	10,14
60 – 79 años	1.575.152	63,13	52,56	12.857	51,42*	40,03*
80 o más años	378.241	73,72	60,15	2.757	58,15*	38,33*
*p<0,05						

Fuente: Cabieses et al., 2018.

Por último, respecto a datos sociodemográficos relevantes de considerar al estudiar la salud de los jóvenes migrantes internacionales, considerando el enfoque de determinantes sociales de la salud, la CASEN contiene información respecto a la situación marital de los participantes. Cabieses y colaboradores (2018) estudiaron estos datos en la población migrante, en comparación con población chilena, de acuerdo con los grupos etarios, comparando la CASEN 2009, 2011, 2013 y 2015. Los autores encontraron que, en general, para los grupos etarios 15-18 años y 19-29 años, los migrantes presentan mayor proporción de personas conviviendo o casadas (Cabieses et al., 2018). En relación con los años anteriores, el 2015 se mantuvo el porcentaje de jóvenes migrantes de 19-29 años casados o convivientes (leve aumento en comparación con 2013), pero para el grupo de 15-18 años aumentó la cantidad de jóvenes migrantes casados o convivientes (ver Figura 1) (Cabieses et al., 2018).

FIGURA I. CASADOS O CONVIVIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO, NACIONALIDAD Y AÑO. CASEN 2009, 2011, 2013 Y 2015.



Fuente: Cabieses et al., 2018.

## ADULTEZ MAYOR

Para esta etapa del ciclo vital se presentarán dos resultados principales, uno respecto a la participación laboral y otro en relación con tratamiento médico. Respecto a la participación laboral, datos de la CASEN 2015 indican que hay una mayor tasa de adultos mayores migrantes trabajando que adultos mayores chilenos (Cabieses et al., 2018). Para el grupo etario de 60 a 79 años, 57,6% de los migrantes se encuentra trabajando en comparación con 34,8% de los chilenos, ( $p < 0,05$ ), mientras que para el grupo de 80 años y más, el 12,8% de los migrantes está trabajando en comparación con el 3,8% de los chilenos ( $p < 0,05$ ) (ver Tabla 5) (Cabieses et al., 2018).

TABLA 5. TASA DE PARTICIPACIÓN LABORAL SEGÚN RANGO ETARIO Y NACIONALIDAD. CASEN 2015.

	Nacidos en Chile		Migrantes internacionales	
	Cantidad de población participante	Tasa de participación	Cantidad de población participante	Tasa de participación
Edad				
15-18	88.667	8,4	3.183	12,9*
19-29	1.865.064	61,5	97.594	77,6*
30-59	4.931.965	77,5	195.106	86,8*
60-79	867.805	34,8	14.407	57,6*
80+	19.296	3,8	608	12,8*
*p<0,05				

Fuente: Cabieses et al., 2018.

Finalmente, la CASEN 2015<sup>3</sup> también contiene datos respecto a la tasa de la población en tratamiento médico general y tratamiento por AUGE/GES según nacionalidad (ver Tabla 5). Al comparar la población de 60-79 años y 80+ años, se observa que hay una menor población de migrantes internacionales en tratamiento médico general y por AUGE/GES, que la población chilena (Cabieses et al., 2018). Al desglosar según grupo etario, se observa que para los adultos entre 60-79 años, 51,4% de los migrantes está en tratamiento médico general, versus el 63,1% de los chilenos ( $p<0.05$ ), y en tratamiento AUGE/GES es de 40,0% de los migrantes versus 52,6% de los chilenos ( $p<0.05$ ) (Cabieses et al., 2018). Para el grupo de 80+ años, 58,5% de los migrantes está en tratamiento médico general, versus el 73,7% de los chilenos ( $p<0,05$ ), y en tratamiento AUGE/GES están 38,3% de los migrantes, versus 60,2% de los chilenos ( $p<0,05$ ) (Cabieses et al., 2018).

<sup>3</sup> Si bien CASEN no es representativa de población migrante, se constituye en una fuente de información, que, sin embargo, debe ser utilizada con cautela en la extrapolación de información.

## DISCUSIÓN

En este capítulo se presentaron los resultados sobre brechas de acceso y uso de servicios de salud en Chile por parte de la población migrante internacional en Chile. Estos resultados se abordaron desde los enfoques de determinantes sociales y curso de vida, ya que la salud de los migrantes internacionales está determinada por las condiciones de vida y de trabajo a las cuales se exponen durante la trayectoria de vida y durante todo el proceso migratorio (Cabieses et al., 2017a). De esta manera, la migración es considerada un determinante social de la salud (Davies et al., 2010; Cabieses et al., 2017a) y se debe entender como un proceso complejo y dinámico, que impacta de distintas maneras según la etapa del ciclo vital de la persona (Cabieses et al., 2017a).

De los resultados revisados, es relevante mencionar que los migrantes internacionales, en general, reportan mejores resultados en salud y tienen una mejor autopercepción de su salud que la población chilena (Cabieses et al., 2018). Una posible explicación para este resultado es el efecto del *migrante sano*, el cual refiere a que, en promedio, los migrantes presentan mejores resultados en salud que la población local (Cabieses et al., 2014). Sin embargo, en Chile se ha visto que el efecto desaparece al estratificar por nivel socioeconómico, observando que los migrantes de nivel socioeconómico bajo presentan peores resultados en salud que la población local del mismo nivel (Cabieses et al., 2014). Por lo tanto, en Chile el nivel socioeconómico sigue siendo uno de los principales determinantes sociales de la salud, lo cual es complejo porque es de los países que presentan mayor desigualdad sociales y económicas en el mundo (OECD, n.d.). En ese sentido, los migrantes internacionales se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que presentan una desigualdad económica más marcada y mayor pobreza multidimensional que la población chilena (Cabieses et al., 2017a).

Un grupo especialmente vulnerable son los niños migrantes, quienes muestran mayor pobreza multidimensional que los niños chilenos y que el promedio de los migrantes internacionales (Cabieses et al., 2017a). Esta brecha social tiene un impacto en su salud,

como presentan Markkula y colaboradoras (2018) en su estudio de revisión sistemática, en donde encontraron que los niños migrantes tienen menor acceso y uso de los servicios de salud que los niños nativos. En Chile se observa que los niños y jóvenes migrantes reciben menos tratamientos cubiertos por AUGE/GES que la población local (Cabieses et al., 2017b). Esto es complejo, ya que un menor acceso a salud se ha asociado a peores resultados en salud (Avila & Bramlett, 2013). Sin embargo, estas brechas se observan antes en la vida, como dan cuenta los resultados revisados, en donde las mujeres migrantes embarazadas presentan mayor riesgo biopsicosocial que las chilenas y mayor proporción ingresa tardíamente a los controles de salud (Cabieses et al., 2017b). En ese sentido, el enfoque de curso de vida, junto con el de determinantes sociales de la salud, permiten explicar el origen temprano de las inequidades en salud y la necesidad de abordar estas temáticas desde el embarazo hasta la vejez. Respecto a esto, los resultados revisados arrojan una situación desalentadora para los adultos mayores migrantes. Además de presentar menor acceso a tratamientos de salud, también presentan mayor participación laboral (Cabieses et al., 2018), lo que da cuenta de una necesidad de permanecer activos económicamente, pero no siempre en las condiciones laborales y de vida adecuadas para preservar su salud y no enfermar.

Los resultados expuestos dan cuenta de la necesidad de avanzar en acortar las brechas en salud y acceso que hay entre migrantes internacionales y población local en Chile, a lo largo de todo el curso de vida y con especial foco en los grupos más invisibilizados y que presentan mayor vulnerabilidad. En ese sentido, dentro de las recomendaciones que realizan Cabieses y colaboradoras en su libro *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (2017a) está «desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, en particular grupos con algún tipo de vulnerabilidad socio-demográfica» (p. 175). En Chile se ha avanzado en la implementación de ciertas estrategias específicas, incluyendo

estrategias legislativas como es el Decreto 67 que permitió ampliar el acceso a toda la población, independiente de su situación migratoria (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Entre las estrategias locales destaca el Programa de Atención Inicial a Migrantes en atención primaria, el cual se ha desarrollado de manera permanente desde el 2016 en distintas comunas de Santiago (Cabieses, et al., 2017c). A nivel nacional, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incorpora como meta el mejoramiento del acceso a la salud de los migrantes, con el fin de abordar las brechas de acceso (Gobierno de Chile, 2010). Asimismo, en el año 2018 se publicó la Política de Salud y Migración del Ministerio de Salud, que incluye dentro sus objetivos específicos el «garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales» (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 36). Por lo tanto, en Chile se ha avanzado en estrategias específicas para abordar las brechas de salud y acceso a salud entre población migrante internacional y chilenos. Sin embargo, aún quedan desafíos pendientes, los cuales se deben trabajar desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y de curso de vida.

Finalmente, en este capítulo se revisó información actualizada respecto a las brechas de acceso y uso de servicios de salud en Chile por parte de inmigrantes y locales, a partir de las fuentes de información disponibles en la actualidad y de algún grado de representación nacional. No obstante, se reconocen como limitaciones los pocos estudios que existen en este tema a la fecha, la mayoría desarrollados por el equipo de investigación de PROESSA UDD y de la autoridad sanitaria a partir de análisis de datos de registro habitual. En ese sentido, es de gran relevancia seguir estudiando la temática e ir actualizando los conocimientos de acuerdo a las nuevas olas migratorias y situación política-legislativa del país. Otra limitación es el intento que este capítulo hace por desarrollar la perspectiva de curso de vida, a partir de la presentación de evidencia para sus principales etapas vitales, pero que no proviene de investigación de naturaleza longitudinal. Es urgente el generar estudios de tipo observacional longitudinal que permitan comprender a cabalidad

el efecto en salud del proceso migratorio a lo largo de la trayectoria de vida, que aporte y legitime diversas acciones en salud pública que se realizan hoy en nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemi, Q., Stempel, C., Koga, P. M., Smith, V., Danis, D., Baek, K., & Montgomery, S. (2017). Determinants of health care services utilization among first generation Afghan migrants in Istanbul. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph14020201>
- Avila, R. M., & Bramlett, M. D. (2013). Language and immigrant status effects on disparities in Hispanic Children's health status and access to health care. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-0988-9>
- Blanco, M. (2011, enero-junio). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Cabieses, B., Pickett, K. E., & Tunstall, H. (2012). Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the chilean-born: Are there different stories to tell? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(12), 4403–32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9124403>
- Cabieses, B., Tunstall, H., & Pickett, K. (2014). Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista Médica de Chile*. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013001000004>
- Cabieses, B., Bernaldes, M., Obach, A., Pedrero, V., & Reservados, D. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Retrieved from [http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1459/Vulnerabilidad Social...Resumen.pdf?sequence=1](http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1459/Vulnerabilidad%20Social...Resumen.pdf?sequence=1)
- Cabieses, B., Bernaldes, M., & McIntyre, A. M. (2017a). *International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017b). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707–716. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>

- Cabieses, B., Bernales, M., Chepo, M., Escobar, M. T., & Bersano, P. (2017c). Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. Proyecto Piloto. Retrieved March 28, 2019, from <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/1902>
- Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014). Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California's Immigrants. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1(3), 207–218. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0028-0>
- Davey Smith, G. (Ed.). (2003). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Policy Press.
- Davies, A. A., Mosca, D., & Frattini, C. (2010). Migration and health service delivery. *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, 46(3), 5–7.
- Derr, A. S. (2017). Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A systematic Review. *Psychiatr Serv*, 67(3), 265–274. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>. Mental
- Gobierno de Chile. (2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*.
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121(1), 5–18. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057>
- Hogan, D. P., & Frances, K. G. (2006). Success and challenge in demographic studies of the life course. En Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course*. Springer.
- International Organization for Migration (IOM). (2013). *International Migration, Health and Human Rights. International Organization for Migration*. Geneva. <https://doi.org/10.1037/e569712006-004>
- Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(4), 1761–1778. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161>
- Joseph, T. D., & Marrow, H. B. (2017). Health care, immigrants, and minorities: lessons from the affordable care act in the U.S. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(12), 1965–1984. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2017.1323446>
- Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J., ... Wong, F. (2015). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1509–1517. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8>. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>

- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M., Vázquez Navarrete, ML. (2014) *Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España*. *Rev Esp Salud Pública*; 88:715-734.
- Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S., & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Globalization and Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional, 58. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-8-4>
- Ministerio de Salud de Chile. Decreto 67 - Modifica decreto n° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (2016). Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Retrieved from <https://www.leychile.cl/N?i=1088253&f=2016-03-10&p=>
- OECD. (n.d.). Inequality. Retrieved March 25, 2019, from <http://www.oecd.org/social/inequality.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes en salud: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. *Nota Descriptiva*, (323). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Retrieved March 22, 2019, from [https://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/es/](https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/)
- Rinaldi, F., Nembrini, S., Concoreggi, C., Magoni, M., & Padovani, A. (2016). Neurological diseases and health care utilization among first-generation immigrants. *Journal of Neurology*, 263(4), 714–721. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8029-z>
- Tarraf, W., Vega, W., & González, H. M. (2014). Emergency department services use among immigrant and non-immigrant groups in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9802-z>
- Uhlenberg, P. (1978). Changing Configurations of the Life Course. En Tamara Hareven (Ed.), *Transitions: The Family and the Life Course in Historical Perspective*. Academic Press.
- United Nations. (2006). Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>

- Van der Laet C. (2017). La Migración como Determinante Social de la Salud. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. McIntyre (eds.), *La Migración como Determinante Social de la Salud: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Jaramillo, D. L., Porthé, V., López-Fernández, L. A., Vargas, H., Azarola, A. R. (2016). Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy*, 120(4), 396–405. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011>
- Villarroel, N. (2015). Different Patterns in Health Care Use Among Immigrants in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0202-4>
- World Health Organization. (n.d.). Migration and health: key issues. Retrieved March 28, 2019, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
- World Health Organization. (2017). Social determinants of health. Retrieved September 23, 2018, from [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)

# COMUNIDAD MIGRANTE Y EL SISTEMA DE SALUD PRIMARIO. EL CASO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES<sup>1</sup>

*Sofía Astorga-Pinto<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> Agradecimientos al equipo que diseñó, elaboró e implementó el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales originalmente, incluyendo a Báltica Cabieses, Margarita Bernaldes, Macarena Chepo, María Teresa Escobar y Paz Bersano (cuyo producto inicial se encuentra en Cabieses et al., 2017b). Me gustaría agradecer especialmente a Báltica Cabieses, quien propuso la idea original del Programa y lo coordinó inicialmente, y quien también ha sido un gran apoyo durante los siguientes años del Programa y en el mejoramiento de este. También agradecer al equipo de atención del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales desde la Universidad del Desarrollo, por su compromiso con el programa y con mejorar la situación de los migrantes internacionales en Chile: Macarena Chepo, Katherine Leyton, Herleyn Agurto, Eliana Correa, Xaviera Molina, Olaya Moena, Celeste Attalah y Javiera Flaño. Quiero destacar el trabajo de Herleyn Agurto, quien continuó con las coordinaciones en La Granja y lo ha desarrollado de excelente calidad en la comuna. Por último, agradecer el apoyo recibido por parte de los referentes de los centros de salud y de las municipalidades de Santiago y La Granja.

<sup>2</sup> Psicóloga (PUC), magíster en Psicología de la Salud (PUC) y diplomada en Bioestadística (PUC). Docente de la Escuela de Enfermería e investigadora en el Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (UDD). Su área principal de investigación es la salud de migrantes internacionales, con foco en la salud mental de esta población y siguiendo el

## INTRODUCCIÓN

La migración internacional en Chile ha aumentado significativamente los últimos años, alcanzado 1,2 millones de personas en el 2018 (que equivale al 7,12% de la población en el país) (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Departamento de Extranjería y Migración de Chile, 2019). Se observa que el principal aumento fue entre los años 2010 y 2017 (Instituto Nacional de Estadísticas Chile, 2018), lo que da cuenta de una inmigración reciente importante. Esta situación plantea desafíos a los gobiernos por garantizar el acceso a salud como derecho humano fundamental (Organización Mundial de la Salud, 2015) y de acuerdo con las necesidades de las personas, independiente de la condición migratoria que tengan (Abubakar et al., 2018). Esto es especialmente relevante al considerar que la migración internacional ha sido reconocida como un determinante social de la salud a nivel mundial (Davies, Mosca, & Frattini, 2010), y también en Chile (Cabieses et al., 2017a). La migración es un determinante social debido a que las condiciones que rodean al proceso de migración, incluyendo la etapa inicial en el país de origen y el asentamiento en el país de acogida, hacen que esta población sea vulnerable a potenciales factores que afectan su salud (Akhavan et al., 2004; Alver et al., 2005; Beiki et al., 2009; Cabieses et al., 2017a).

Por otro lado, la población migrante presenta una alta heterogeneidad endogrupal y exogrupal, al compararse con la población chilena (Cabieses et al., 2014). Sin embargo, hay ciertos patrones que se pueden observar respecto de las necesidades en salud de la población migrante. Las necesidades en salud se refieren al reporte que realiza el mismo individuo al haber experimentado algún problema de salud, el que puede llevar a la persona a solicitar atención en salud y que puede o no satisfacer la necesidad (Cabieses & Bird, 2014). En un estudio realizado en la Sexta Región de Chile, se evaluaron las necesidades de salud de un grupo de migrantes, encontrando que la

mayoría considera como necesidades de salud realizarse controles y tener acceso a medicamentos (Astorga-Pinto et al., 2018).

Un elemento que influye en la posibilidad de satisfacer las necesidades en salud es el acceso y uso del sistema de salud. Se ha observado que el acceso a salud por parte de las personas migrantes está determinado por una serie de factores que pueden actuar como barreras de acceso y uso, incluyendo las políticas de salud restrictivas, idioma y lenguaje, factores socioeconómicos, desconocimiento del sistema de salud, entre otros (Jacquez et al., 2016; Lin et al., 2015; Tarraf et al., 2014). Estas barreras pueden potencialmente generar un impacto negativo en la salud de los migrantes (Avila & Bramlett, 2013; O'Donnell et al., 2016), afectando también la continuidad de la atención (Hanssens et al., 2016). Asimismo, las diferencias de idioma y lenguaje generan una brecha en los conocimientos en salud de las personas migrantes, dificultando su navegación por el sistema de salud (Chi & Handcock, 2014; Tsai & Lee, 2016). Por otro lado, las barreras de acceso a salud también se han observado en atención primaria de salud (Diaz & Kumar, 2014; Elsouhag et al., 2015; Gimeno-Feliu et al., 2013; Sandvik et al., 2012), lo que es complejo debido al rol que cumple este nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

En Chile, una de las principales barreras de acceso y uso es no tener seguro de salud (previsión en salud) (Cabieses et al., 2017a), siendo una situación precaria para los migrantes internacionales. De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013, un 8,9% de los migrantes internacionales no tiene seguro de salud, en comparación con 6,4% de la población chilena (Cabieses et al., 2017a). Asimismo, los migrantes en situación de irregularidad son el grupo que presenta mayor dificultad de acceso a salud (Cabieses et al., 2016). A esta situación se suma que en Chile hay una especial dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en salud (Cabieses et al., 2016).

A partir de lo anterior, se hace imperante contar con iniciativas locales y nacionales que aborden el acceso a salud de las personas

migrantes. A nivel nacional se han observado importantes esfuerzos recientes del Ministerio de Salud. En el año 2016 se implementó el Decreto 67, el cual permite a las personas en situación irregular a acceder al sistema de salud chileno, a través de la inscripción al sistema previsional de salud público, FONASA (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Posteriormente, en el año 2017 se publicó la Política de Salud y Migración, que considera el acceso equitativo a salud como un elemento central de la política (Ministerio de Salud de Chile, 2017). En el presente capítulo se presentará una intervención local, el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, implementada en atención primaria de salud en la comuna de Santiago y de La Granja. El Programa fue originalmente diseñado por la enfermera-matrona Báltica Cabieses PhD, y desarrollado con el apoyo de Margarita Bernales, Macarena Chepo, María Teresa Escobar, y Paz Bersano (Cabieses et al., 2017b).

El presente capítulo surge de la necesidad de contar con un reporte del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales hasta el año 2018, como intervención innovadora e integral en salud. Si bien se han desarrollado distintos documentos y publicaciones del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales (se recomienda revisar: Cabieses et al., 2017; Chepo et al., 2019), en este capítulo se presenta información inédita y que complementa los documentos y publicaciones. Específicamente, se describe en detalle el diseño e implementación del Programa, incluyendo sus objetivos actualizados, estructura y contenido de las atenciones, y funcionamiento del Programa. Posteriormente se presentan los resultados principales de la evaluación del Programa. Finalmente, se describen los principales cambios realizados a partir de la evaluación, cambios enfocados en la atención entregada a los migrantes y en apoyar al equipo de salud que realiza las atenciones. Se espera que el capítulo permita comprender el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, su funcionamiento y aportes tanto a la salud de las personas migrantes, como a la labor de los trabajadores de salud. Asimismo, el capítulo presenta lineamientos generales que pueden ser una guía para futuras intervenciones de salud primaria para

migrantes internacionales en Chile, ya que la información entregada permite identificar los principales elementos que considerar para una intervención con objetivos similares.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES

El Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales surge como una iniciativa local, a partir de los resultados observados en el proyecto de Báltica Cabieses (PhD) FONDECYT 11130042 «Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos» (CONICYT, Chile) (Cabieses et al., 2017a). La autora junto con su equipo observaron que los migrantes internacionales se enfrentan a múltiples barreras al momento de atenderse en el sistema de salud y que el acceso a salud sigue siendo un desafío para ellos (Cabieses et al., 2017a). A partir de esto, Cabieses propuso una intervención innovadora en salud: el diseño de un programa de atención primaria dirigido a migrantes internacionales que llevan poco tiempo en Chile o que recién se están incorporando al sistema de salud chileno, en donde se realice una evaluación integral e inicial del migrante, y se les entregue información para facilitar su integración al sistema de salud (Cabieses et al., 2017a; Cabieses et al., 2017b). El Programa se piloteó durante el año 2016 en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Santiago, posteriormente se amplió a los otros cuatro CESFAM de la comuna, y en el año 2018 se empezó a atender en la comuna de La Granja.

El objetivo del Programa es contribuir al bienestar y salud de la población migrante internacional en Chile, mejorando el acceso libre e igualitario al sistema de salud, a través de una atención integral y de acogida. Esto permitiría nivelar el «piso mínimo» de acceso a salud a las personas que viven en Chile. Los objetivos específicos del Programa de Atención Inicial a Migrantes son tres, los cuales fueron actualizados en el año 2018:

1. Brindar un servicio de acogida y bienvenida al sistema de salud en Chile a la población migrante recién llegada, que tenga como objetivos recabar información de los individuos y sus familias en torno a proceso migratorio, antecedentes de salud y creencias culturales.
2. Informar sobre aspectos básicos del funcionamiento del sistema de salud y otros servicios básicos, de acuerdo con las necesidades de cada individuo.
3. Realizar derivaciones efectivas de los usuarios, según las necesidades y diagnósticos recogidos en la entrevista, para conectar al migrante con otros servicios del centro de salud y así integrarlo al sistema de salud chileno.

## DISEÑO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES

El Programa fue diseñado a partir de un modelo de salud familiar, el cual fue integrado a los hallazgos del Proyecto FONDECYT 11130042 (Cabieses et al., 2017a; Cabieses et al., 2017b). En la Tabla 1 se presenta la intersección entre los pilares conceptuales y definiciones operativas del modelo y los contenidos del Modelo de Atención Inicial a Migrantes, utilizado en el Programa. Los pilares conceptuales del modelo aplicados a las atenciones a población migrante son: enfoque de derechos humanos, enfoque de participación, enfoque de determinación social de la salud y enfoque de interculturalidad en salud. Estos enfoques tienen las siguientes definiciones operativas: Enfoque de competencia cultural en salud (Bernales et al., 2015; Cabieses et al., 2016); Enfoque de curso de vida (Davey Smith, 2003); Enfoque de proceso migratorio (Bigstein, 2016; Cabieses et al., 2017a; Ellis et al., 1996; Freeman et al., 2012); Enfoque de vulnerabilidad social en salud (Cabieses et al., 2016); Enfoque de salud en todas las políticas (Ollila et al., 2013); Enfoque de bienestar subjetivo en salud (Ryan & Deci, 2001).

TABLA 1. INTERSECCIÓN ENTRE PILARES CONCEPTUALES, DEFINICIONES OPERATIVAS Y EL MODELO DE ATENCIÓN INICIAL INTEGRAL DE SALUD DE INMIGRANTES (CABIESES ET AL., 2017A; CABIESES ET AL., 2017B).

Modelo salud familiar	Pilares conceptuales Piloto salud inmigrantes	Definiciones operativas	Abordaje en el Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales
Modelo centrado en la persona	Enfoque de derechos humanos	Enfoque de competencia cultural en salud	Se evalúan áreas específicas en torno a competencia cultural, entre ellas: cuidados en salud familiares e individuales (autocuidado), creencias en torno a nutrición, creencias en torno a embarazo, parto y crianza temprana, creencias en torno al cuidado de los niños y personas mayores.
		Enfoque de curso de vida	Se indaga en enfoque de curso de vida individual y familiar del migrante.
Integralidad de la atención	Enfoque de participación	Enfoque de proceso migratorio	Se indaga en: situación individual y familiar en país de origen, proceso de toma de decisión en torno a migración, experiencia de migrar, situación actual individual y familiar.
Continuidad del cuidado	Enfoque de interculturalidad en salud	Enfoque de vulnerabilidad social en salud	Se evalúan condiciones de vida del migrante y su familia que lo sitúan en posición de vulnerabilidad social (ejemplo: condiciones de vivienda, hacinamiento, etc.).
		Enfoque de salud en todas las políticas	Se detectan necesidades en distintos ámbitos y se realiza derivación oportuna al área salud.
		Enfoque de bienestar subjetivo	Se indaga en las necesidades específicas individuales y familiares, y se plantean objetivos específicos para el logro de mayor bienestar.

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES

Inicialmente se implementó el Piloto del Programa de Atención Inicial a Migrantes en el año 2016, en el CESFAM Ignacio Domeyko. La coordinación del Piloto estuvo a cargo de Báltica Cabieses,

junto con el apoyo de Margarita Bernales, Macarena Chepo, María Teresa Escobar, y Paz Bersano, para su implementación (Cabieses et al., 2017b; Chepo et al., 2019). Para el año 2017, las atenciones se ampliaron a los otros CESFAM de la comuna, implementándose en cuatro centros de salud. En ese año también empezó a participar un facilitador lingüístico apoyando las atenciones a la comunidad haitiana. En el año 2018, el equipo de atención de PROESSA UDD se trasladó al CESFAM Arauco, de la comuna de Santiago, para apoyar en las atenciones de ese CESFAM. Asimismo, se comenzó a atender en el CESFAM La Granja en la comuna de La Granja, donde también se contó con apoyo de una traductora para las atenciones a usuarios de Haití. El Programa fue coordinado por Sofía Astorga (en Santiago) y por Herleyn Agurto (en La Granja).

## ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN

Siguiendo el modelo de atención desarrollado para el Programa, las atenciones de 45 minutos se dividen en tres instancias principales: evaluación integral inicial, entrega de información y derivaciones. En la Figura 1 se expone el modelo de atención desarrollado, junto con las tres instancias de la atención, las cuales se describen a continuación.

1. *Evaluación integral inicial de la persona o grupo familiar a través de una entrevista*: en este primer momento de la atención se realiza un diagnóstico de la situación del migrante y su grupo familiar, especialmente sobre sus necesidades concretas y urgentes en salud, y también necesidades en otros aspectos (educación, trámites para la visa, etc.). Se incluyen preguntas sobre el proceso migratorio, historia de salud (física y mental) y competencias culturales en salud. Se utiliza una ficha virtual de registro de la atención desarrollada a partir del modelo de atención y que contiene escalas cuantitativas y preguntas cualitativas respecto de las temáticas mencionadas (ver Anexo 1). La ficha se encuentra incorporada en la plataforma de registro que utiliza el CESFAM (OMI, AVIS, etc.). Para el

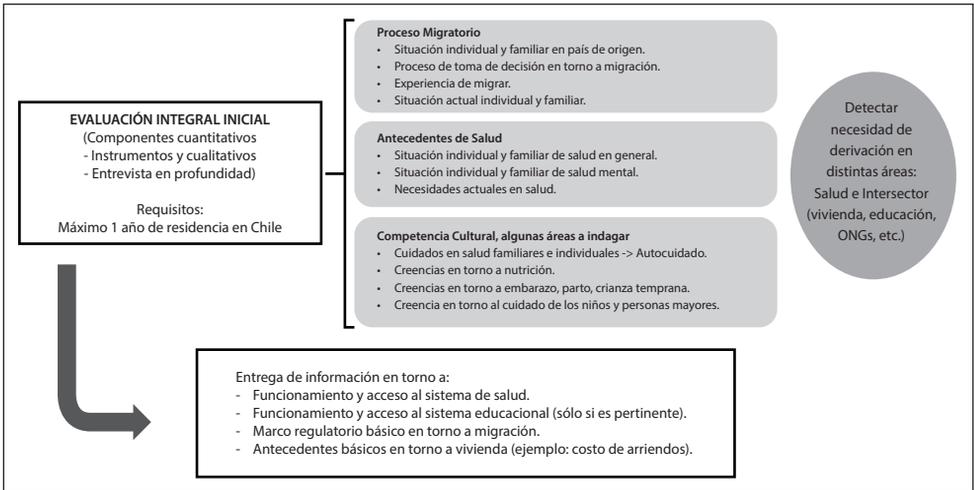
Piloto del Programa de Atención Inicial a Migrantes, la ficha fue aprobada por el Departamento de Salud de la Municipalidad de Santiago, Chile.

2. *Entrega de información esencial:* al finalizar la entrevista se entrega información básica respecto al funcionamiento y organización del sistema de salud chileno, sus derechos en salud, localización geográfica de los centros de salud, funcionamiento del CESFAM, entre otros. Asimismo, se entrega información específica a las necesidades del usuario migrante, por ejemplo, información sobre el sistema educacional, marco regulatorio básico en torno a migración, derechos en salud de niños inmigrantes y gestantes, redes comunales de migrantes y otras informaciones según necesidad. La información se entrega de manera verbal y con apoyo de folletería, que permite guiar la explicación de la información y que se le entrega al migrante para que tenga respaldo. Es relevante mencionar que la elaboración de los folletos estuvo a cargo de las municipalidades y, en algunos casos, el equipo de atención apoyó en su elaboración.
3. *Derivaciones a otras atenciones en el CESFAM según necesidad:* a partir de las necesidades mencionadas o detectadas en la entrevista, y los diagnósticos realizados, los migrantes son derivados directamente a otros servicios del centro de salud o se le entregan las indicaciones sobre el procedimiento a seguir, según las indicaciones del CESFAM. Las derivaciones son conversadas con los migrantes, quienes deben estar de acuerdo con estas y también se debe confirmar que entendió el procedimiento que debe realizar. Para el equipo de atenciones del Programa se desarrolló un Protocolo de Derivaciones, el cual permite estandarizar las derivaciones propuestas por el profesional de la salud según la necesidad de la persona y su etapa del ciclo vital. A continuación, se describen a modo general algunas de las derivaciones que se realizaban o se indicaban:
  - *Derivación con uso de Ficha de Interconsulta:* son derivaciones directas al profesional de salud, realizada por el Programa

con una Ficha de Interconsulta. Los servicios incluyen: matrona y evaluaciones anuales (EMPA, EFAM, Ficha CLAP, PAP, control de niño sano, etc.).

- *Derivación a médico general:* se le entrega información al usuario sobre cómo pedir hora con médico general, que puede ser a través del *callcenter* o de forma presencial. Entre los servicios se incluye horas de urgencia básica o morbilidad (motivos generales), salud mental y horas de programa.
- *Derivaciones según etapa del ciclo vital:* para los menores de edad hay distintos programas de acuerdo con el rango etario, que incluye controles de salud, vacunas, control dental, entre otros. Los adultos entre 18 a 64 años se derivan a control de salud con enfermera (EMPA), al igual que a los adultos mayores (EMPAM con EFAM). Las mujeres embarazadas se derivan a matrona.

FIGURA 1. MODELO DE ATENCIÓN INICIAL INTEGRAL DE SALUD DE INMIGRANTES.

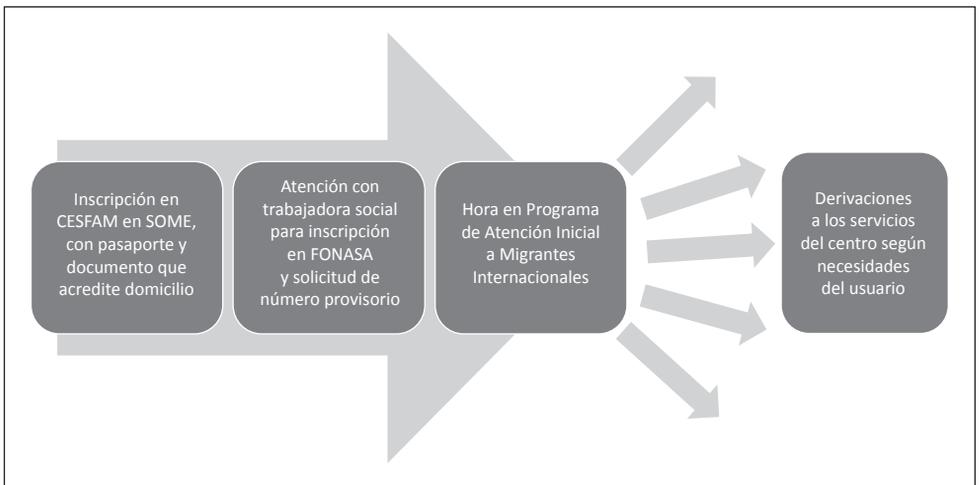


Fuente Cabieses et al., 2017a.

Por lo tanto, el migrante internacional recién llegado a Chile o al sistema de salud sigue una serie de etapas que le permiten conectarse al sistema de salud chileno y así poder navegar por este con mayor facilidad. En la Figura 2 se muestra el flujograma de atención

que sigue el migrante, que incluye los elementos mencionados anteriormente en esta sección. En una primera instancia, el migrante se inscribe en el SOME del CESFAM (Servicio de Orientación Médico Estadístico) con el pasaporte y algún documento que demuestre su residencia en la comuna (certificado de la junta de vecinos, cuenta de servicios básicos a su nombre, etc.). Ahí se agenda hora con la trabajadora social, quien en su atención inicia el trámite para inscribirlo a FONASA y solicitar el número provisorio. Este número se les entrega a migrantes que están regularizando su situación y les permite atenderse en el sistema de salud, ya que funciona igual que el RUN (Rol Único Nacional). Posteriormente, la persona migrante es atendida en el Programa de Atención Inicial a Migrantes, en donde se realiza la atención previamente descrita y a partir de la cual se deriva a los otros servicios del centro de salud. Este es un flujograma general del migrante internacional en el CESFAM, por lo que algunos centros presentan algunas diferencias en el flujograma.

FIGURA 2. FLUJograma DE LA ATENCIÓN DEL MIGRANTE INTERNACIONAL EN EL CESFAM.



Fuente elaboración propia.

## FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

Las atenciones de salud están programadas para una duración de 45 minutos. El Programa se realizaba en extensión horaria de 17:00 a 20:00 horas, esto debido a que un número elevado de migrantes trabajan y a muchos les dificulta pedir permiso en sus lugares de trabajo para asistir a las atenciones de salud. Asimismo, es un horario que les acomoda a los centros de salud, ya que hay disponibilidad de box de atención. Las atenciones se realizaban una o dos veces a la semana (dependiendo del centro de salud), todas las semanas hasta la última semana de diciembre. Como se mencionó, el Programa está diseñado para atender a migrantes que llevan menos de un año viviendo en Chile o migrantes que han tenido escaso contacto con el sistema de salud. Esto porque dentro de los objetivos del Programa está integrar a los migrantes al sistema de salud, por lo que las atenciones son atingentes para personas que desconocen el funcionamiento del sistema de salud y que no están conectados a este. Igualmente, no se excluyen a migrantes que desean tener más información sobre el sistema de salud o sobre sus derechos en salud.

Las atenciones eran realizadas por profesionales de la salud entrenados en el modelo de atención y en la ficha virtual de registro de atención del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales. El equipo ha estado compuesto por matronas, médicos, enfermeras, psicólogas y trabajadoras sociales, quienes han sido entrenadas previo a iniciar el Programa en la comuna de Santiago y La Granja. Asimismo, a partir del año 2017, el equipo empezó a contar con la presencia de un facilitador lingüístico que apoyó las atenciones a la población haitiana. El rol del equipo es fundamental para llevar a cabo atenciones de calidad y centradas en los usuarios migrantes, por lo que se destaca que sea un equipo interdisciplinario, en donde cada profesional aporta con sus conocimientos y herramientas para realizar atenciones integrales.

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES

El Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales fue piloteado en el CESFAM Ignacio Domeyko de la comuna de Santiago en el año 2016 (Cabieses et al., 2017b). Se decidió implementar inicialmente en Santiago, ya que es una comuna que presentaba y presenta actualmente una serie de características que la identifican como una localidad relevante de intervenir. Entre ellas, en el CENSO del 2017 se observó que un 28% de la población total de la comuna es migrante internacional, la tasa más alta en Chile (Instituto Nacional de Estadísticas Chile, 2018). Para el pilotaje del Programa se contó con la aprobación de la directora del CESFAM Ignacio Domeyko, junto con la aprobación de las autoridades de salud y migración de la Ilustre Municipalidad de Santiago. Asimismo, los usuarios migrantes firmaron un asentimiento donde aceptaban el uso posterior de la información para mejorar la atención a la población migrante internacional en el Programa y en los centros de salud primaria. Por último, el proyecto original (FONDECYT 11130042) fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo y por el Comité de Ética de FONDECYT, Comisión Nacional de Investigación Ciencia y Tecnología (CONICYT), Gobierno de Chile. Los resultados de la evaluación del Piloto 2016 se presentan en un reporte elaborado por Báltica Cabieses y colaboradoras (2017b) y en un artículo científico de Macareno Chepo y colaboradoras (2019), por lo que a continuación se presentarán datos generales de la población atendida, así como resultados de la evaluación del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales del 2016.

### RESULTADOS PRINCIPALES DEL PILOTO 2016<sup>3</sup>

Se evaluaron los datos de los migrantes internacionales atendidos en el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, entre mayo y diciembre del año 2016 en el CESFAM Ignacio Domeyko.

---

<sup>3</sup> Se utilizará información de las publicaciones de Cabieses et al., 2017b; Chepo et al., 2019.

Estos datos fueron registrados en la ficha virtual de registro, información que fue trasladada a una base de datos en Excel. Asimismo, se realizó un seguimiento de las derivaciones realizadas luego de 30 días de la atención en el Programa y se analizó la encuesta de satisfacción aplicada inmediatamente después de la atención por un grupo de investigadoras. Por último, se analizaron los datos obtenidos en la encuesta virtual aplicada a funcionarios del CESFAM Ignacio Domeyko después de 10 meses de implementado el Piloto del Programa.

Desde mayo a diciembre del 2016 se agendaron en el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales un total de 436 usuarios migrantes, de los cuales se atendieron efectivamente 270 (61,9% de asistencia efectiva al Programa). La edad promedio de los usuarios atendidos fue de 30,38 años (DE 9,08), en un rango entre 17 y 69 años. Mayoritariamente se atendió a mujeres (83%), provenientes principalmente de Venezuela (40,75 %), Perú (24,53 %) y Colombia (14,34%).

### *Caracterización socioeconómica*

Respecto a las características sociales y económicas de los usuarios migrantes, se observa que el ingreso mensual promedio declarado fue de \$312.690. Una de cada cuatro personas aproximadamente no percibe ingresos y menciona vivir de ahorros o ayuda de familiares/amigos. De las personas que sí tienen ingresos, un 25,73% menciona enviar algún porcentaje de remesas a su país de origen. En relación con las condiciones de vivienda, 58,89% declara vivir sin hacinamiento, mientras que 3,69% vive en hacinamiento crítico (con cinco personas o más viviendo en la misma habitación). Alrededor del 90% de los usuarios migrantes vive en una pieza o vivienda arrendada. Un 17,71% señala no sentirse seguro en el lugar donde vive y un 18,75% señala que vive en un barrio peligroso.

### *Características del proceso y situación migratoria*

En relación con el ingreso al país, menos del 5% de los usuarios migrantes señala haber ingresado por pasos fronterizos informales. Por otro lado, la mayoría de los migrantes se encuentran tramitando su visa (53,96%), mientras que un 26,04% declara visa turista y un 11,7% en situación irregular. A los usuarios se les pidió calificar su experiencia migratoria con una escala de 1 a 7 (donde 1 es «muy mala» y 7 «muy buena»), un 53,9% la calificó con nota 6 o 7. Entre las dificultades a las que se enfrentaron durante el proceso migratorio, la más recurrente fue la cantidad de horas de viaje para llegar al país y los sentimientos de tristeza por dejar a la familia en sus países de origen. Respecto de los motivos para migrar, la mayoría de los migrantes indica haber viajado en búsqueda de trabajo, en busca de mejores oportunidades y un número importante indica escapar de conflictos civiles y armados en su país de origen. Asimismo, la mayoría elige Chile como país de destino para reencontrarse con familiares que residen en el país (39,85%), otros porque Chile ofrece mejores oportunidades laborales (19,19%) y por la economía y estabilidad del país (18,82%).

### *Características de salud*

Los motivos de consulta más frecuentes por parte de los usuarios migrantes son los controles preventivos (52,83%) y embarazo (32,08%). Las principales derivaciones se realizaron a atención prenatal un 32,08%, controles preventivos con matrona un 29,81%, y 27,17% a atención con la trabajadora social. Asimismo, se evaluó su salud en el momento, con una escala de 1 a 7, un 55% de las personas califica su salud con nota 6 o 7. La salud mental fue evaluada con nota 7 en el 37,64% de los casos y un 31,37% de los usuarios califica con nota 7 el sistema de salud chileno. Por último, al consultar a los usuarios migrantes por las principales necesidades de salud destacan la necesidad de controles de salud, atenciones de

salud sexual y reproductiva en la población femenina, atenciones dentales y nutricionales.

### *Evaluación del Programa de Atención Inicial a Migrantes*

Luego de la atención recibida, los usuarios migrantes internacionales respondieron una Encuesta de Satisfacción aplicada por un grupo de investigadores que se encontraban afuera del box de atención. Este instrumento, de autorrespuesta, buscaba medir, mediante una escala que iba desde «nada satisfecho» a «muy satisfecho», la percepción del paciente tras recibir su atención. En total se evaluaron a 146 usuarios, quienes en su mayoría indican estar altamente satisfechos con la atención recibida. Respecto a elementos específicos de la atención, los migrantes mencionaron estar «muy satisfechos» con: el espacio físico (73,55%), el tiempo dedicado a la atención (82,19%), la comunicación y el lenguaje profesional (92,47%), las preguntas que se realizaron durante el control (80,82%), el trato del profesional (95,2%) y la limpieza/higiene del lugar (81,51%). Por último, se les pregunta si recibieron la atención que esperaban y 95,58% de los casos indica que «sí».

Durante el último mes del Programa se envía una encuesta electrónica a los jefes de sector y directivos del CESFAM Ignacio Domeyko, para evaluar su percepción de aspectos generales de implementación del Programa. La encuesta contiene 10 preguntas de alternativas y de respuesta simple. Un total de 11 personas responden la encuesta, quienes consideran que el tema migración y salud es importante en el centro de salud. Un 66,67% de los encuestados reconoce como relevante la existencia de un programa de bienvenida en el CESFAM y un 55,56% evalúa como «muy bueno» el horario de funcionamiento del Piloto (17:00 a 20:00 hrs). Asimismo, se les pregunta por su interés en recibir entrenamiento o capacitación respecto a salud y migración, un 87,5% de los entrevistados responde que sí. Por último, también se consulta la opinión del equipo de atención, sus respuestas coinciden en señalar que el Programa entrega una atención integral, pertinente y está bien organizado. También evalúan

positivamente la ficha virtual de registro, sin embargo, mencionan algunos desafíos en la atención que igualmente se observaron en los años posteriores y que se describen en la siguiente sección.

### PROGRAMA DE ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES VERSIÓN 2017 Y 2018: CAMBIOS REALIZADOS A PARTIR DEL PILOTO 2016

A partir de la evaluación del Piloto del Programa de Atención Inicial a Migrantes surge una serie de desafíos que fueron necesarios de abordar para las atenciones de los años posteriores. Los resultados de la evaluación del Programa, así como las observaciones realizadas por el equipo de atención, son especialmente relevantes. Resulta importante destacar el trabajo realizado por Chepo y colaboradoras (2019), enfocado a evaluar el Programa a un año de su implementación, quienes identifican desafíos relevantes que fueron trabajados para las atenciones del 2017 y 2018.

Uno de los principales desafíos que surgen en las atenciones del 2016 es la diferencia idiomática que se presenta con la población haitiana. Durante ese periodo de tiempo las atenciones se realizan con el apoyo de Google Traductor o con la ayuda de una de las integrantes del equipo de atención, quien habla francés. Sin embargo, esta diferencia en el idioma se hizo patente y limita la posibilidad de realizar una atención completa e integral a la población haitiana. En el año 2017 se logra superar esta situación con la incorporación de un traductor durante las atenciones a migrantes haitianos, quien se mantuvo en las atenciones del 2018. Durante este año surgieron nuevos desafíos en la temática, especialmente respecto del rol del traductor en la atención y lo complejo que es la presencia de una tercera persona en la relación del profesional de la salud con el usuario migrante. En este sentido, temas como la confidencialidad, privacidad y dignidad de los pacientes entran en juego y son importantes de abordar adecuadamente. Para trabajar este desafío se elabora el documento de Acuerdo de Buenas Prácticas en la Atención a Migrantes Internacionales, el cual se describe más adelante.

Un desafío que surge a partir de la evaluación del Piloto del 2016 y de la percepción de los miembros del equipo durante las atenciones del 2017, es el tema de la salud mental. Por un lado, se observa que las derivaciones de salud mental no resultan efectivas: del total de derivaciones realizadas a salud mental, solamente un 11,11% son efectivas (la más baja de todas las derivaciones realizadas) (Cabieses et al., 2017b). Por el otro, el equipo considera que la sección de salud mental de la ficha virtual de atención no permite una aplicación fluida de las preguntas y se concentra principalmente en el riesgo suicida, así como síntomas generales de depresión. En ese sentido, no hay posibilidad de que la persona exprese cómo se siente emocionalmente en el momento, ya que las preguntas están más asociadas a patología psiquiátrica que a una evaluación general. Para mejorar las derivaciones a salud mental se implementaron nuevas estrategias. En primer lugar, si la persona presenta síntomas de angustia, ansiedad, labilidad emocional o expresa sentirse desanimadas, y responde alguna de las preguntas de riesgo suicida con un «sí», se le ofrece la posibilidad de tomar hora en salud mental. Se le explica cómo funcionaba el área de salud mental y se le ofrece trabajar con un profesional algunos problemas que se le presentaran. De esta manera, se explicita que la persona no tiene que presentar un problema psiquiátrico para atenderse con un psicólogo, con lo que se busca derribar una fuerte barrera que los mismos migrantes mencionan en las atenciones: el estigma respecto de la salud mental. Una segunda estrategia fue el desarrollo del documento de «Protocolo Interno para situaciones de mayor complejidad en la atención a migrantes internacionales», que se describe más adelante. Este documento fue construido como una herramienta para los profesionales del equipo, ante casos complejos y que requieran de acciones concretas.

Una tercera estrategia fue revisar y editar la ficha virtual de registro durante el año 2018. A partir de las experiencias de atención durante el 2016 y 2017, se observa que había ciertas preguntas y secciones de la ficha de atención que eran complejas de aplicar y que generaban cortes en la atención, y que no siempre eran posibles de hacer por la restricción del tiempo. Por lo tanto, se propuso realizar

ediciones menores a la ficha de atención, con el fin de llevar a cabo una atención más fluida y dentro del tiempo estimado para atender. En esta nueva versión las preguntas presentan una redacción que facilita su aplicación en el momento, asimismo se eliminan preguntas que no aportan a la atención inicial y que generalmente no se alcanzan a realizar, y se edita la sección de salud mental. Por lo tanto, se mantiene el mismo modelo de atención y los contenidos originalmente propuestos por Cabieses y colaboradoras (2017a). La nueva versión de la ficha se implementa en las atenciones del CESFAM La Granja, en donde el equipo de atenciones evalúa positivamente los cambios realizados. En el Anexo 1 se encuentra la versión actualizada de la ficha virtual de registro de las atenciones.

Por último, se llevaron a cabo otras estrategias para abordar los desafíos encontrados. Uno de ellos fue la formación en competencias culturales y en conocimientos sobre los sistemas de salud de algunos de los países de origen de los migrantes. Por ejemplo, se estudian las vacunas que ofrecen los sistemas de salud de algunos países de América Latina. Asimismo, como se mencionó, se redactan dos documentos relevantes de describir, ya que permiten abordar algunos de los desafíos observados en las atenciones y que generaban preocupación en el equipo de atención. A continuación, se describen los dos documentos elaborados.

### *Documento de Acuerdo de Buenas Prácticas en la Atención a Migrantes Internacionales*

A partir de los desafíos descritos, surge la necesidad de contar con un documento que contenga las buenas prácticas que acoge el Programa de Atención Inicial a Migrantes. Este documento viene a continuar el objetivo del Programa, estableciendo una base general de buenas prácticas para el equipo que trabaja implementando el Programa. El documento se basa en lo propuesto por la Política de Salud Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2017) y a partir de los resultados del estudio de Stefan Priebe y colaboradores respecto a buenas prácticas en la

atención en salud de la población inmigrante (Priebe et al., 2011). Los puntos que establece son diez: i) Atenciones basadas en los derechos humanos, ii) Atención centrada en el paciente, iii) Preocupación por la interculturalidad, iv) Confidencialidad, v) Organización y flexibilidad, vi) Interpretación lingüística adecuada, vii) Educación y entrega de información atinente y completa, viii) Continuidad de la atención, ix) Colaboración con personas del CESFAM, x) Relación dentro del equipo del Programa de Atención Inicial a Migrantes. Al final del documento, hay una sección con los nombres de los integrantes del equipo y un espacio para firmar, con lo que indican que adscriben a las buenas prácticas presentadas en este documento y se comprometen a cumplirlas.

### *Protocolo Interno para situaciones de mayor complejidad en la atención a migrantes internacionales*

A partir de lo descrito anteriormente y de experiencias vividas durante los años de atención a migrantes internacionales, surge la necesidad de contar con un protocolo que apoye a los profesionales de la salud del Programa en situaciones de mayor complejidad. Estas situaciones se han definido de mayor complejidad debido a que la situación pone en riesgo la integridad del paciente e involucra temas legales. Estas situaciones de alta complejidad son, en general, poco comunes en la población que se atiende en el Programa de Atención Inicial a Migrantes. Sin embargo, es importante que los profesionales estén capacitados respecto a cómo detectar ciertos indicadores de estas situaciones complejas y conozcan el procedimiento a seguir. Al ser situaciones de alta complejidad, es importante que los profesionales de la salud mantengan una actitud de acogida y empatía hacia la persona migrante. Esto implica no emitir juicios, ser respetuoso y validar la situación de la persona. En caso de que la persona no hable español, las actitudes señaladas también se deben mantener por el facilitador lingüístico, cuyo rol es traducir lo más fielmente posible lo que el paciente quiere comunicar, para así realizar el procedimiento apropiado. El documento se presenta como un apoyo al equipo del

Programa de Atención Inicial a Migrantes y se debe adaptar según el centro de atención. Los temas descritos en el documento son: i) Manejo de riesgo suicida (Ministerio de Salud, 2013), ii) Sospecha de tráfico humano (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016), y iii) Situaciones de abuso sexual y violación (Servicio Médico Legal, 2016). Para cada tema se describe la situación, su complejidad y potencial manejo. Por último, durante el 2018 se detectan nuevas temáticas que serán incluidas en el Protocolo del 2019, como es el maltrato infantil.

## DISCUSIÓN

Ante la necesidad de recibir atención en salud, los migrantes internacionales se enfrentan a múltiples barreras para acceder al sistema de salud y, posteriormente, para hacer uso de estos servicios (Jacquez et al., 2016; Lin et al., 2015; Tarraf et al., 2014). Por una parte, se ha observado que las políticas restrictivas representan una primera barrera importante para que los migrantes accedan a salud (Poduval et al., 2015), siendo también una barrera que determinará barreras en otros niveles. En este sentido, Chile ha avanzado en el establecimiento de normativas que permiten a los migrantes acceder a servicios de salud, incluyendo a los migrantes en situación irregular (Larenas Rosa & Cabieses, 2018). Dos iniciativas nacionales relevantes para avanzar en la temática fueron la implementación del Decreto 67 (Ministerio de Salud de Chile, 2016) y la Política de Salud y Migración (Ministerio de Salud de Chile, 2017), del Ministerio de Salud. Sin embargo, aún existen importantes desafíos que deben ser abordados, especialmente en el cumplimiento de las normativas (Larenas Rosa & Cabieses, 2018) y en la formación de los trabajadores de salud sobre estas normativas, ya que manifiestan que hay una falta de claridad y estabilidad respecto a las políticas públicas que rigen las normas de atención en salud de la población migrante internacional (Bernaldes et al., 2017), llegando a actuar como una barrera de acceso. Por lo tanto, en este contexto las iniciativas locales que aborden la temática de acceso y uso de servicios

de salud por parte de la población inmigrante son relevantes para su integración al sistema de salud, incluyendo iniciativas dirigidas para los trabajadores de la salud como para los migrantes. Una de estas iniciativas en atención primaria es el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales, descrito en este capítulo.

El Programa de Atención Inicial, implementado en el año 2016 en la comuna de Santiago, es una intervención pionera en atención primaria en Chile. El propósito del Programa es contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile, a través de una atención integral y basada en las necesidades del usuario migrante. El Programa brinda una bienvenida al migrante internacional, asimismo busca recoger información sobre sus necesidades en salud y de bienestar, y proporcionar información clave para que puedan navegar fluidamente por el sistema de salud chileno. A través de esto, el Programa permite acortar brechas de acceso en salud, ya que aborda barreras que afectan el acceso, como es la falta de información sobre el sistema de salud (Smith Jervelund et al., 2017) y la literacidad en salud (Vissandjée et al., 2017). Asimismo, mejora la inserción de la población migrante en situación irregular, quienes son atendidos independiente de su estatus migratorio y asesorados respecto a los trámites que deben realizar para ser atendidos en salud y regularizar sus documentos.

El Programa fue piloteado y evaluado durante su implementación en el año 2016, en el cual se encontró que los migrantes están satisfechos con la atención recibida (Cabieses et al., 2017b). A partir de los resultados positivos observados ese año se decide continuar con las atenciones durante los siguientes años, incluyendo nuevos centros de salud en la comuna de Santiago y de La Granja. Durante los años del Programa se observan una serie de desafíos, los cuales se busca abordar utilizando distintas estrategias. Un tema especialmente preocupante es la diferencia de idioma y lenguaje, ya que no todos los centros de salud cuentan con un facilitador lingüístico. Asimismo, el rol del traductor en la atención misma de salud presenta desafíos complejos que son relevantes de trabajar en conjunto y que dan cuenta de la importancia de que los traductores se capaciten como

facilitadores lingüísticos en salud. En ese sentido, estrategias como capacitación en competencias interculturales, conocimiento sobre los sistemas de salud del país de origen de los migrantes e incluso conocimientos sobre diferencias en el lenguaje, son algunos ejemplos de estrategias trabajadas por el equipo de atención. Otra estrategia fue la actualización de la ficha virtual de registro de las atenciones y la elaboración de documentos que apoyan en las atenciones y el manejo de situaciones complejas, que requieren una especial atención. Hay una serie de desafíos que quedan pendientes, entre ellos hay un desafío que aún no ha sido posible de abordar por completo: la asistencia efectiva al Programa. Hay un porcentaje importante de usuarios que no llegan a las atenciones del Programa, lo que se puede deber a múltiples factores. Entre ellos, puede haber un desconocimiento por parte de los trabajadores del CESFAM sobre la relevancia del Programa y que puede influir en el desconocimiento que tienen los migrantes internacionales sobre este. De esta manera, es muy importante que las coordinadoras mantengan una constante comunicación con los centros de salud, incluyendo reuniones con los diferentes sectores del CESFAM para presentarles el Programa y reuniones periódicas con los referentes migrantes del centro para ir informando avances y desafíos, y para mantener una colaboración constante con ellos.

En conclusión, en el presente capítulo se describe el Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales y su implementación desde el año 2016. El Programa busca mejorar la situación de los migrantes en Chile y, dentro de lo posible, facilitar la labor de los trabajadores de la salud del centro de salud, generando un espacio de educación y orientación para los migrantes. Esta innovadora intervención en salud permite mejorar la inserción de la población migrante en el sistema de salud chileno y avanzar en el abordaje de las barreras de acceso y uso del sistema de salud chileno por parte de los migrantes internacionales. Se espera que la información entregada en este capítulo permita una comprensión del Programa y su funcionamiento y que entregue lineamientos básicos para futuras intervenciones de salud para migrantes internacionales en Chile.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., ... Zhou, S. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32114-7)
- Akhavan, S., Bildt, C. O., Franzén, E. C., & Wamala, S. (2004). Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Journal of Immigrant Health*, 6(3), 103–118. <https://doi.org/10.1023/B:JOIH.0000030226.59785.38>
- Alver, K., Meyer, H. E., Falch, J. A., & Sagaard, A. J. (2005). Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo - The Oslo Health Study. *Osteoporosis International*, 16(6), 623–630. <https://doi.org/10.1007/s00198-004-1722-2>
- Astorga-Pinto, S., Correa, E., Molina, X., Cabieses, B., Raggio, P., Quiroz, R. Z., & Peña, C. (2018). Caracterización sociodemográfica y de salud de la población haitiana en la comuna de Peumo, Chile. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4), 121–131.
- Avila, R. M., & Bramlett, M. D. (2013). Language and immigrant status effects on disparities in Hispanic Children's health status and access to health care. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-0988-9>
- Beiki, O., Allebeck, P., Nordqvist, T., & Moradi, T. (2009). Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: Importance of age at migration and duration of residence. *European Journal of Cancer*, 45(1), 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.08.017>
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 167–175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>
- Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Competencia Cultural en Salud: Una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 401–402.
- Bigsten, A. (1996). The circular migration of smallholders in Kenya. *Journal of African Economies*, 5(1), 1–20. <https://doi.org/10.1093/oxford-journals.jae.a020893>
- Cabieses, B., Bernales, M., Chepo, M., Escobar, M. T., & Bersano, P. (2017b). Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. Proyecto Piloto. Retrieved March 28, 2019, from <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/1902>

- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017a). International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., Pedrero, V., & Reservados, D. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Retrieved from [http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1459/Vulnerabilidad Social...Resumen.pdf?sequence=1](http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1459/Vulnerabilidad%20Social...Resumen.pdf?sequence=1)
- Cabieses, B., & Bird, P. (2014). Glossary of Access to Health Care and Related Concepts for Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Critical Review of International Literature. *International Journal of Health Services*, 44(4), 845–861. <https://doi.org/10.2190/hs.44.4.j>
- Cabieses, B., Tunstall, H., & Pickett, K. (2014). Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista Médica de Chile*. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013001000004>
- Chepo, M., Astorga-Pinto, S., & Cabieses, B. (2019). Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(e71), 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.71>
- Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014). Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California's Immigrants. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1(3), 207–218. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0028-0>
- Davey Smith, G. (2003). *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. En G. Davey Smith (Ed.), *Policy Press* Policy Press.
- Davies, A. A., Mosca, D., & Frattini, C. (2010). Migration and health service delivery. *World Hospitals and Health Services : The Official Journal of the International Hospital Federation*, 46(3), 5–7.
- Diaz, E., & Kumar, B. N. (2014). Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0623-0>
- Ellis, M., Conway, D., & Bailey, A. J. (1996). The Circular Migration of Puerto Rican Women: Towards a Gendered Explanation. *International Migration*, 34(1), 31–64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.1996.tb00179.x>
- Elsouhag, D., Arnetz, B., Jamil, H., Lumley, M. A., Broadbridge, C. L., & Arnetz, J. (2015). Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1305–1312. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0119-3>

- Freeman, M., Baumann, A., Blythe, J., Fisher, A., & Akhtar-Danesh, N. (2012). Migration: A concept analysis from a nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05858.x>
- Gimeno-Feliu, L. A., Magallón-Botaya, R., Macipe-Costa, R. M., Luzón-Oliver, L., Cañada-Millan, J. L., & Lasheras-Barrio, M. (2013). Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(3), 584–590. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9647-x>
- Hanssens, L. G. M., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. T. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *International Journal of Public Health*, 61(4), 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0810-3>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Departamento de Extranjería y Migración de Chile. (2019). *Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile*. Santiago, Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2018). *Síntesis de Resultados: Censo 2017 (Synthesis of Results: Census 2017)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4682.3923>
- Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(4), 1761–1778. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161>
- Larenas Rosa, D., & Cabieses, B. (2018). Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile situation: The health sector response in Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4), 97–108.
- Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J., ... Wong, F. (2015). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1509–1517. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8>.
- Ministerio de Salud. (2013). Programa nacional de prevención del suicidio: Orientación para su implementación. Norma General Administrativa N° 027, 1–72. Retrieved from [http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Preencion.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf)
- Ministerio de Salud de Chile. Decreto 67 - Modifica decreto n° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (2016). Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Retrieved from <https://www.leychile.cl/N?i=1088253&f=2016-03-10&p=>

- Ministerio de Salud de Chile. Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. (2017). Santiago, Chile.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016). Guía de detección y derivación de víctimas de trata de personas, 48. Retrieved from <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/media/2016/08/Guía-de-detección-y-derivación-de-víctimas-de-trata-de-personas.pdf>
- O'Donnell, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., van den Muijsenbergh, M., ... MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495–508. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>
- Ollila, E., Baum, F., & Pena, S. (2013). Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, & S. Cook (Eds.), *Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. <https://doi.org/10.1111/famp.12034>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. *Nota Descriptiva*, (323). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Poduval, S., Howard, N., Jones, L., Murwill, P., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2015). Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom: A qualitative study. *International Journal of Health Services*, 45(2), 320–333. <https://doi.org/10.1177/0020731414568511>
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sandvik, H., Hunskaar, S., & Diaz, E. (2012). Immigrants use of emergency primary health care in Norway: A registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-308>
- Servicio Médico Legal. (2016). Norma General Técnica Para La Atención De Víctimas De Violencia Sexual. Chile. Retrieved from [http://www.icmer.org/documentos/salud\\_y\\_derechos\\_sex\\_y\\_rep/NT\\_ATENCION\\_VICTIMAS-SML.pdf](http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/NT_ATENCION_VICTIMAS-SML.pdf)

- Smith Jervelund, S., Maltesen, T., Wimmelmann, C. L., Petersen, J. H., & Krasnik, A. (2017). Ignorance is not bliss: The effect of systematic information on immigrants' knowledge of and satisfaction with the Danish healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), 161–174. <https://doi.org/10.1177/1403494816685936>
- Tarraf, W., Vega, W., & González, H. M. (2014). Emergency department services use among immigrant and non-immigrant groups in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9802-z>
- Tsai, T. I., & Lee, S. Y. D. (2016). Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>
- Vissandjée, B., Short, W. E., & Bates, K. (2017). Health and legal literacy for migrants: Twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0117-3>

## ANEXOS

Anexo 1. Ficha virtual de registro de la atención 2018, basada en el modelo de atención del Programa de Atención Inicial a Migrantes Internacionales\*.

### FICHA VIRTUAL DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN INICIAL A MIGRANTES INTERNACIONALES

#### *Sección 1: Bienvenida*

Antes de la atención, dar la bienvenida al paciente siguiendo el siguiente formato:

1. Dar bienvenida al país y al sistema de salud.
2. Presentarse: nombre, apellido y profesión.
3. Explicitar el objetivo de la atención señalando: «La siguiente atención tiene como objetivo darle una bienvenida al sistema de salud chilena, evaluar qué necesidades tiene en salud para

ver a qué servicios del centro lo/la derivamos y finalmente, entregarle información básica sobre el sistema de salud chileno».

4. Explicitar la estructura de la atención, indicando por ejemplo: «Por lo tanto, primero le haré algunas preguntas respecto a su proceso de migración, es decir, cómo ha sido el viaje y la estadía en Chile. Luego le haré preguntas sobre su salud y la salud de su familia. Para terminar con preguntas generales sobre su cultura. Al final de la atención le entregaré información básica sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno y sus componentes».
5. Explicitar que todo lo que se hable en ese espacio es únicamente de uso interno del centro (esto por si tienen miedo de responder preguntas sobre su situación migratoria, por ejemplo).
6. Preguntar si tiene alguna duda antes de comenzar.

Importante evaluar:

- a. Si presenta algún tipo de discapacidad, ya sea auditiva, visual, etc.
- b. Si viene con acompañante y si quiere entrar con esta persona

## Sección 2: Datos sociodemográficos

1) País de procedencia:			
2) Fecha de ingreso al país:	DD	MM	AAAA
3) Nivel educacional alcanzado	Ninguno		
	Primario completo		
	Primario incompleto		
	Secundario completo		
	Secundario incompleto		
	Técnico completo		
	Técnico incompleto		
	Universitario o superior completo		
	Universitario o superior incompleto		
4) Profesión/ocupación:			

5) ¿Trabajó la última semana?

Sí	
No	

6) Si trabajó la última semana, ¿fue con contrato de trabajo?

Sí	
No	

7) Ingreso mensual total del hogar:

--

8) De este ingreso, ¿cuánto envía a su país de origen?

--

9) Tipo de previsión en salud:

Fonasa A	
Fonasa B	
Fonasa C	
Fonasa D	
Isapre	
Otro:	
Ninguno	

10) Estado civil:

Soltero/a	
Casado/a	
Conviviente o pareja	
Divorciado/a - separado/a - anulado/a	
Viudo/a	

11) Número de hijos:

¿Cuántos de ellos en Chile?
¿Cuántos en el extranjero?

12) Dentro de su núcleo familiar, ¿hay niños-adolescentes menores de 18años?

Sí	
No	

Si la respuesta es sí, completar:

Nombre completo		Edad	

- 13) ¿Participa en la actualidad en algún grupo comunitario y organizado de cualquier tipo? (ej. grupos migrantes, religiosos, deportivos, de madres, etc.) ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo ha sido la experiencia?

--

- 14) ¿Alguna vez se ha atendido en el sistema de salud chileno? Ya sea, en hospital, centro de salud familiar, etc. Si la respuesta es No, pasar a la siguiente sección.

Sí	
No	

- 15) Usando una escala de 1 a 5, donde 1 es «muy difícil» y 5 «muy fácil», ¿qué tan fácil o difícil ha sido su acceso al sistema de salud chileno?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Muy difícil	Difícil	Regular	Fácil	Muy fácil	

### Sección 3: Proceso migratorio

- 1) ¿En qué situación laboral se encontraba antes de venir a Chile?  
(Marca la que corresponde)

Empleado con o sin contrato. Trabajador independiente.	
Desempleado (sin trabajo)	
Inactivo laboralmente (dueña de casa, estudiante, retirado)	

- 2) ¿Qué lo llevo a tomar la decisión de migrar a Chile?  
(Marque TODAS las que correspondan)

Búsqueda de trabajo		Mejor acceso a servicios de salud	
Necesidad de dinero		Escapar de conflictos civiles o armados	
Mejores oportunidades		Conocer otro país/turismo	
Calidad de vida/bienestar		Otro	

- 3) ¿Por qué eligió Chile como destino?  
(¿Me puede indicar las 3 razones principales?)

--

- 4) ¿Con quién viajó a Chile? (Marque todas las que correspondan)

1) Solo	<input type="checkbox"/>
2) Pareja	<input type="checkbox"/>
3) Padres	<input type="checkbox"/>
4) Hijos	<input type="checkbox"/>
5) Amigos	<input type="checkbox"/>
6) Otro	<input type="checkbox"/>

- 5) ¿Qué personas de su núcleo familiar quedaron en su país de origen?  
(Marque todas las respuestas que correspondan).

Esposo o pareja	<input type="checkbox"/>	Padres	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

- 6) ¿En cuál medio de transporte viajó a Chile?

Avión	<input type="checkbox"/>
Bus	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>

- 7) Con una escala de 1 a 10, donde 1 es «muy mala experiencia» y 10 «muy buena experiencia», ¿qué calificación le pondría a su experiencia migratoria en general?

Considerando todo el proceso migratorio, desde que decidió salir de su país, hasta la llegada a Chile y su instalación en el país.

--

- 8) ¿Cómo fue la experiencia de migrar? Me puede relatar la vivencia o historia de su viaje, ingreso a Chile e instalación en el país.

--

9) ¿Cuál es su estatus migratorio actual?

Con RUT - residencia permanente	<input type="checkbox"/>	
Con RUT sujeto a contrato/ visa laboral	<input type="checkbox"/>	
Visa turista	<input type="checkbox"/>	
Visa en trámite	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="text"/>
Irregular - sin RUT	<input type="checkbox"/>	
Otro (ej. Niños transeúntes):	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="text"/>

10) ¿Cuál es el estatus migratorio actual de los miembros de su núcleo familiar que le acompañan en Chile?

Nombre	Relación	Situación migratoria actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Sección 4: Condiciones de vida

1) ¿Con quién(es) vive actualmente aquí en Chile?  
 Marque TODAS las que correspondan

NÚMERO TOTAL HABITANTES DE SU VIVIENDA:	<input type="text" value="15"/>	NÚMERO TOTAL DE DORMITORIOS DE SU VIVIENDA:	<input type="text" value="4"/>
---	---------------------------------	---	--------------------------------

Calcule índice de hacinamiento (Nro. de personas residentes en la vivienda dividido por el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple)

<input type="text" value="3,75"/>
-----------------------------------

Índice hacinamiento	¿Cuántas personas hay por dormitorio en la vivienda?	Marque una alternativa
	2,4 y menos (sin hacinamiento)	<input type="checkbox"/>
	2,5 a 4,9	<input type="checkbox"/>
	5 y más	<input type="checkbox"/>

2) ¿Con quiénes cohabita en su lugar de residencia? (Marcar TODAS las opciones)

Esposo/pareja	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>
Padres/suegros	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>
Desconocidos	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>

Indique:

3) ¿Cómo se siente en ese lugar? ¿El lugar en el que vive logra satisfacer sus necesidades y las de su familia? ¿De qué forma?

4) ¿Considera aquel lugar como un espacio seguro? ¿Por qué?  
(Explorar posible violencia física, psicológica, económica o de vecindario)

5) ¿Es un buen espacio para sus hijos? ¿Por qué?

### *Sección 5: Necesidades en salud*

1) ¿Cuáles son sus 3 principales necesidades de salud en este momento?

- 2) ¿Cuáles son las 3 principales necesidades actuales de salud de su familia?

- 3) En su opinión, ¿cuáles son las 3 principales necesidades de vida y de salud de la población inmigrante?

### Sección 6: Salud general individual

Marque la opción que corresponde en cada pregunta:

	SÍ	NO	No sabe /No responde
1) ¿Tiene alguna enfermedad crónica? (Ejemplo, diabetes, hipertensión, colesterol alto, etc.)			
2) ¿Tiene algún fármaco indicado?			
3) ¿Alguna vez se ha hecho un examen médico preventivo o chequeo médico general?			
4) Si la pregunta 3 es "Sí": El examen médico preventivo, ¿se lo hizo hace un año o menos?			
5) ¿Fuma?			
6) ¿Consume alcohol?			
7) ¿Consume alguna droga?			
8) ¿Realiza actividad física o deporte, al menos 3 veces por semana?			

¿Cuál?:

\*El nombre EMPA es muy técnico, por eso se recomienda este lenguaje más simple.

9)	¿Ha tenido tos por más de 2 semanas sin relación aparente a cuadro respiratorio agudo? (Por ej. resfrío)			
10)	¿Tiene algún problema o molestia de salud dental?			
11)	Si tiene 60 años: ¿asistió a control GES prótesis?			

- 12) Según una escala de 1 a 10, donde 1 es «muy mala» y 10 «muy buena», ¿cómo calificaría usted su salud en general en este momento?

### Sección 7: Salud sexual y reproductiva

Marque la opción que corresponde en cada pregunta:

	Sí	NO	Sospecha	Comentarios
1)				SÍ= derivar a matrona o médico, según corresponda
2)				SÍ= derivar a RPR (VDRL), Test de Elisa (VIH) y hora con matrona

Recordatorio: Calendario controles embarazo
Ingreso: Aplicación Pauta EPSA + exámenes
11 a 14 sem control matrona + ECOGRAFÍA
22 a 24 sem control matrona + ECOGRAFÍA + exámenes
28 a 30 sem control matrona
32 a 34 sem ECOGRAFÍA + exámenes
37 sem control matrona
39 sem control matrona
40 sem control matrona

## Sección 8: Salud mental

1) De acuerdo con una escala de 1 a 10, donde 1 es «muy malo» y 10 es «muy bueno», ¿cómo evalúa usted su estado emocional y bienestar en este momento?

2) ¿Me podría contar por qué se siente así en este momento?

3) Utilizando la misma escala de 1 a 10, donde 1 es «muy malo» y 10 es «muy bueno», ¿cómo evalúa usted su estado emocional y bienestar en el último mes? Considere todo lo que le ha ocurrido a usted en este mes.

4) ¿Me podría contar por qué se ha sentido así en este último mes?

5) ¿Tiene buena rutina de sueño? (¿O tiene problemas para quedarse dormido, se despierta varias veces en la noche o duerme mucho?)

Ahora le voy a hacer preguntas más específicas, que le pido que me responda.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Puntaje pregunta
6) ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0	1	2	3	
7) ¿Has deseado alguna vez no estar vivo?	0	1	2	3	
8) ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	0	1	2	3	

9) ¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	Un intento	Dos intentos	Tres o más intentos	
	0	1	2	3	
				Puntaje total riesgo de suicidio:	0

### *Interpretación de puntaje*

A mayor puntaje, mayor gravedad del riesgo suicida. Las tres primera preguntas están relacionadas a la ideación suicida. La última pregunta es respecto al intento suicida. La siguiente escala es una orientación, por lo que se recomienda complementar con las preguntas anteriores sobre salud mental para tomar una decisión.

### *Ideación suicida*

0 a 3: Sin riesgo o riesgo leve, dependiendo de qué respondió. Se recomienda preguntar por redes de apoyo.

4 a 6: Riesgo leve a moderado. Derivar a salud mental del centro. Dejar registro en la ficha. Si es posible, poner en contacto con familiares o amigos.

7 a 9: Riesgo moderado a grave: Derivar a salud mental del centro. Hablar con enfermero/a de turno para comunicar sobre la situación del paciente.

Es necesario conectarlo con redes sociales o familia.

### *Intento suicida*

1 a 3: Riesgo grave: Hablar con enfermero/a de turno para comunicar sobre la situación del paciente. Es necesario conectarlo con redes sociales o familia.

No dejar al paciente solo hasta que se haya hablado con personal del centro y red social de apoyo.

## Sección 9: Salud Intercultural y preguntas finales

\*Importante aclarar que estas preguntas son para conocer más su cultura, no son para hacer ningún tipo de juicio.

- 1) ¿Qué hace usted cuando se siente mal, cuando está enfermo?

- 2) Y cuando un familiar está enfermo, por ejemplo un hijo, ¿qué hace?

- 3) ¿Cómo cuida usted de su propia salud y la salud de su familia? (por ejemplo, alimentación, líquidos, vitamina C, etc.)

- 4) Podría describirme su dieta habitual, por ejemplo, ¿qué come en un día normal: desayuno, almuerzo y cena?

- 5) ¿Ha tenido dificultades para mantener su alimentación en Chile? (Por ejemplo, horarios, disponibilidad de alimentos, tipo de alimentos, etc.)

- 6) Considerando una escala de 1 a 10, donde 1 es «muy malo» y 10 «muy bueno», ¿cómo calificaría usted el sistema de salud chileno?



- 7) En general, ¿qué necesita usted para estar mejor en Chile?



- 8) En general, ¿qué necesita su familia para estar mejor en Chile?



- 9) ¿Tiene alguna duda respecto del sistema de salud chileno?



\* Elaborado por el Programa de Estudios Sociales en Salud ICIM UDD.

# MIGRACIÓN Y SALUD INTERCULTURAL: UN DESAFÍO PARA EL CHILE DE HOY

*N'kulama Saint Louis<sup>1</sup>*

## DESARROLLO

Durante estos últimos diez años, hemos observado la llegada de personas de diferentes nacionalidades a Chile. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la cifra de las personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre 2018 llega a 1.251. 225, correspondiente a un 6,6% de la población total. De esta cifra, las personas de Venezuela representan un 23%; quienes provienen de Perú un 17,9 %; de Haití un 14,3%, de Colombia un 11,7 % y Bolivia con 8%.

Tradicionalmente, se ha entendido por migración como el desplazamiento o ingreso de una persona o una población de un lugar a otro, o bien de un territorio a otro (Organización Internacional de la Migración, 2006). Esta corresponde a una definición muy sencilla,

---

<sup>1</sup> Antropólogo de origen haitiano. Se desempeña como apoyo profesional intercultural. Programa apoyo a migrantes Residentes. Dirección de Desarrollo Comunitario. Municipalidad de La Pintana. Correo electrónico: nsaintlouis@pintana.cl

a pesar de la complejidad que constituye el fenómeno migratorio en estos tiempos. Se puede observar que esta definición no considera el concepto de «derechos humanos», base que nos permite ampliar y comprender multidimensionalmente la situación de aquellas personas que migran dentro de su país, o bien de su país a otro, respetándose sus derechos.

La movilidad humana es el nuevo concepto utilizado para hacer referencia a la migración. Este término es desarrollado desde el enfoque de derechos humanos y se define de la siguiente manera: «(...) hecho social vinculado con el ejercicio del derecho humano de la libertad de circulación y permite a todo ser humano ampliar sus libertades, capacidades y oportunidades de mejores condiciones de vida» (Organización Internacional de las Migraciones, 2012, p. 13).

Los contenidos de esta definición, precisamente consideran el *ejercicio de derechos humanos* y nos llevan a enunciar los derechos a la salud, trabajo digno y derechos culturales, por mencionar solo algunos.

La cultura es uno de los conceptos que genera muchas discusiones en el ámbito de las Ciencias Sociales, pues cada disciplina científica, cada corriente, la define en función de su acervo. Analizando algunas definiciones, descubrimos que no existen grandes diferencias entre ellas, ya que casi todas las acepciones apuntan a la misma idea. Ahora bien, para efecto de este trabajo, utilizaré la siguiente definición de «cultura»: «*La culture se compose des connaissances, des valeurs, des croyances et des règles que sont communes à des individus et leur permettent de vivre et de travailler ensemble en communiquant de façon efficace (...)*» (Hudelson, 2002, p. 36)<sup>2</sup>.

Compartiendo esta definición, es posible señalar que la cultura es producto de una trayectoria histórica, que se construye socialmente, se aprende inconscientemente y se transmite de una generación a otra, a través de la traducción y las costumbres. La cultura permite distinguir a un pueblo de otro, a una nación de otra, en su forma de vestir, comer, hablar; como también en la forma de interpretar la realidad cotidiana: los desastres naturales, las enfermedades e

<sup>2</sup> Traducción libre del autor: «La cultura está compuesta de conocimientos, valores, creencias y reglas comunes entre individuos, y les permiten vivir y trabajar como un conjunto comunicado de manera eficaz».

incluso el método o técnica que se ocupa para resolver los problemas relacionados con la salud.

La atención de salud se refiere específicamente al contacto o conversación entre un profesional de la salud y una persona natural o denominada paciente. Este «encuentro» tiene por objetivo recoger información sobre el estado de salud del paciente y determinar los pasos a seguir para mejorar su estado de salud. Es importante destacar que este proceso se desarrolla en relación con la necesidad concreta del paciente y la mediación que hace la cultura tanto en el modelo explicativo de la enfermedad como también en la práctica de la curación.

Para una mejor comprensión del concepto «atención en salud», ahondaremos en la ley 20.584, instrumento legal que regula los deberes y derechos de aquellos funcionarios y pacientes en atención de salud en la sociedad chilena. Así, resulta interesante detenernos y sintetizar el artículo 7° de esta ley, ya que señala lo siguiente: «Respetar la cultura de las personas pertenecientes a pueblos originarios en atención en salud pública, aplicando su sistema de sanación, sus valores culturales incluso disponer de facilitar a la persona un facilitador intercultural» (Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública Ley 20584, 2019).

Lo anterior nos demuestra que el respeto a los derechos culturales de las personas pertenecientes a pueblos originarios está consignado como un «deber» legislativo universal e intransable en nuestro país. Asimismo, es importante destacar que los derechos culturales forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es decir, lo planteado en el artículo 7° de esta ley, debe ser aplicado de igual manera a todas las personas que requieren una atención diferente y viven insertos en la cultura occidental.

Entendemos que cada país tiene una cultura y cosmovisión distintas. Y los sujetos comprenden e interpretan las enfermedades a partir de la cultura; además, la técnica utilizada para resolver los problemas de salud es cultural. Evidentemente, el derecho cultural es parte de los derechos humanos y la cultura no se reduce solamente a actividades artísticas, rituales, forma de vestir ni la forma

de comunicarse. Este derecho incluye la manera de interpretar las enfermedades y los métodos o las prácticas de curación son parte de la cultura.

En relación con los derechos culturales y la interculturalidad, formulamos las siguientes interrogantes: ¿se respeta el derecho cultural del migrante en la atención de salud? ¿Se valora el modelo explicativo que tiene de su enfermedad? ¿la persona tiene la posibilidad de elegir un método de curación desde su creencia o su práctica cultural?

La búsqueda de respuestas a estas preguntas lleva a reflexionar sobre la migración y la salud intercultural. Este trabajo tiene por objetivo conocer cómo funciona la atención de salud a los migrantes desde la interculturalidad, visibilizar las dificultades existentes y descubrir la necesidad de implementar la salud intercultural en el sistema de salud chileno.

## CARACTERÍSTICAS DE REALIZACIÓN DEL ACERCAMIENTO

El trabajo es de carácter cualitativo; la técnica utilizada para recolectar la información es la observación y la conversación abierta, conocida como entrevista no estructurada. Los informantes son de nacionalidad haitiana, participantes del curso español básico implementado por la oficina Migrantes y Refugiados de la Ilustre Municipalidad de Recoleta. Esta comuna se ubica al norte de la ciudad de Santiago, y el Censo 2017 señala que tiene una población de 157.851 habitantes, además de una población migrante de 33.648, representando la comunidad peruana un 49% y la población haitiana un 25%.

También conversamos con profesionales del Centro de Salud de las comunas de Recoleta, Estación Central y La Pintana, para conocer las dificultades que tienen al atender a la población migrante; también conversamos con personas descendientes mapuche.

La observación fue realizada en el periodo octubre 2017 a julio 2019, en los ocho Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de La Pintana, donde me desempeñé como facilitador

lingüístico, profesional de apoyo intercultural del Programa de Apoyo a Migrantes de la Ilustre Municipalidad, donde observamos y conversamos con usuarios y usuarias, profesionales de atención salud. La Pintana es una comuna del sector sur de la ciudad de Santiago, que, según el resultado del Censo 2017, tiene una población de 177.335 habitantes.

Las comunas fueron definidas bajo el siguiente criterio: primero, están en proceso de recibir el Sello Migrante, la certificación que entrega el Estado a través el Departamento de Extranjería y Migración junto con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública a las municipalidades que están desarrollando acciones con enfoque de integración de la población migrante, para propulsar la interculturalidad y trabajar para crear una comuna libre de discriminación. El segundo criterio está relacionado con la cantidad de migrantes residentes en las comunas, siendo la mayoría usuario del sistema de salud pública.

Sobre la base de lo expresado, la curiosidad científica nos lleva a indagar cómo funciona la atención de salud para las personas que provienen de otro país, con otra cultura y que no son hispano hablantes, considerando la atención desde un enfoque intercultural.

## ABORDAR LA MIGRACIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD

El ser humano es complejo, multidimensional y cambiante. Por este motivo, es objeto de estudio en diferentes disciplinas científicas, entre ellas, podemos señalar la sociología, la psicología y la antropología, por mencionar algunas. Es importante destacar que cada una de estas ciencias aborda al ser humano a partir de su campo disciplinario.

La antropología es la ciencia que se dedica a estudiar el comportamiento y la acción del ser humano a través de la cultura. De ella deriva la antropología médica, de la traducción del inglés «*medical anthropology*», mientras en España es conocida con el nombre de «Antropología de la enfermedad», rama de la antropología social y cultural que tiene por objetivo estudiar la creencia, la práctica cultural de curación, la comprensión y la interpretación de las

enfermedades dentro de cada cultura y busca conocer los rituales relacionados con la salud (Hudelson, 2002).

En virtud de lo mencionado, comprendemos que la antropología médica es la disciplina científica que consideramos adecuada para poder abordar el fenómeno de la migración junto con la salud intercultural. Pues la cultura sigue presente en el transcurso de la migración y la creencia está relacionada con la interpretación que los sujetos hacen de las enfermedades, como también el método o la práctica de curación que se utilizan para resolver los problemas relacionados con la salud.

### CONCEPTOS CLAVES PARA EL ANALIZAR LA ATENCIÓN DE SALUD A LOS MIGRANTES DESDE LA INTERCULTURALIDAD

Los conceptos son herramientas elaboradas que se utilizan para identificar y conocer fenómenos y realidades sociales y culturales. Por lo tanto, es casi imposible llegar a comprender un fenómeno, o bien, la realidad social y cultural, sin tener un conocimiento mínimo de los conceptos básicos que los constituyen. En este sentido, reflexionaremos sobre algunos conceptos que consideramos relevantes para abordar el tema migración y salud intercultural.

#### *Cultura*

Según Oswaldo Salaverry, la multiculturalidad es la coexistencia de varias culturas en el mismo lugar o bien en el mismo territorio, aunque podría haber presencia de una cultura hegemónica (Salaverry, 2010).

Esta definición nos hace comprender que la multiculturalidad es un fenómeno que ya existía en Chile en el siglo XVI, en el tiempo en que fue una tierra conquistada y nombrada por los españoles, puesto que en ese momento histórico ya coexistían etnias y comunidades con cosmovisiones muy distintas dentro del mismo territorio (Alarcón & Neira, 2003). Por lo tanto, la multiculturalidad no es producto del fenómeno migratorio reciente en Chile. Para ser más

precisos, la multiculturalidad no llega a Chile con la presencia de migrantes caribeños o extranjeros provenientes de países vecinos: la multiculturalidad existía muchos antes de la fundación de la República de Chile y seguirá existiendo sobre la base de la interacción permanente de costumbres y estilos de vida diversos.

### *La interculturalidad*

Es el proceso que conlleva la convivencia de diferentes culturas en el mismo espacio. Este proceso se construye por medio de la interacción, intercambio, la cooperación, comprensión y aceptación del otro, sin juicio de superioridad. Este concepto es utilizado para describir la relación entre diferentes culturas, desde la base del relativismo cultural, es decir, la interculturalidad existe donde las culturas se relacionan e interactúan con mutuo respeto sin considerar la supremacía cultural. En ese sentido, es importante destacar que la interculturalidad implica respeto a la identidad y la cosmovisión de todas las culturas (Rizo García, 2004; Salaverry, 2010).

Respecto a los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad, comprendemos que existe una clara diferencia entre sí. La multiculturalidad nos permite caracterizar la coexistencia de diferentes culturas con ciertos matices de superioridad entre ellas, mientras que la interculturalidad describe la coexistencia de varias culturas sin considerar que una es superior a otra.

### *Salud intercultural*

La interculturalidad en salud es un proceso de transformación estructural que implica redefinir la relación médico-paciente, promover la comunicación intercultural, entregar herramientas para facilitar la validación y la negociación cultural (Lerín Piñón, 2004; Alarcón & Neira, 2003).

Por su parte, la salud intercultural es el resultado de la implementación de acciones y políticas que validen e incorporen otros modelos de atención, técnicas y métodos de curación no occidentales

al interior del sistema de salud. En un sistema de salud intercultural, el profesional busca conocer el modelo explicativo de la enfermedad de un usuario respetando su cosmovisión (Alarcón & Neira, 2003). La salud intercultural es el reconocimiento, la validación, la incorporación de otro modelo de salud en el sistema de salud occidental.

### *Sistema de salud*

Entendemos por sistema de salud el conjunto de instituciones, organizaciones y recursos que se dedican a realizar actividades para mejorar la salud (OMS, 2003). Esta es una definición general y administrativa, ya que no ahonda en conceptos propios de las ciencias sociales.

Con el objetivo de incorporar el modelo de salud de los pueblos originarios en el sistema de salud chileno, el Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de la Salud (MINSAL) preparó la Norma Administrativa n°16, Resolución 216, año 2006, y la denominó «Interculturalidad en los Servicios de Salud». Así, define un sistema de salud de la siguiente manera:

Un sistema de salud es un conjunto articulado de representaciones y creencias, con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor, y la muerte del organismo humano, lo que determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida. (Departamento Asesoría Jurídica MINSAL, 2006, p. 3)

La definición anterior tiene características antropológicas, pues los conceptos utilizados hacen referencia a la cosmovisión del pueblo y a la importancia que tiene el contexto de la enfermedad, el dolor y la muerte. Es importante destacar que esta definición está muy lejos de los conceptos estrictamente administrativos, ya que coloca en el centro al ser humano y deja de lado el énfasis en los protocolos y las entidades que los ejecutan.

Hasta ahora hemos identificado dos definiciones distintas de lo que es un sistema de salud. La primera tiene características más

propias de Occidente, pues niega los elementos claves que caracterizan los modelos de salud no occidentales. La segunda definición tiene casi todos los elementos que determinan los sistemas de salud tradicionales y no consideran los factores que determinan la salud occidental. Esta distinción nos permite descubrir la necesidad de elaborar una definición en la cual podamos encontrar elementos claves de las dos percepciones.

### *Sistema de salud intercultural*

El sistema de salud intercultural (SSI) es la coexistencia y reconocimiento de varios modelos de salud, en el cual se ocupan recursos de diferentes naturalezas tanto científicas como naturales, con el fin de prevenir y curar las enfermedades considerando la cosmovisión de las personas desde la primera atención, pasando por negociación cultural hasta la aplicación de método de curación. Este sistema está compuesto de diferentes instituciones y unidades que se dedican a mejorar la salud (Duarte Gómez, 2003; Alarcón & Neira, 2003).

### *La mediación cultural*

La mediación cultural trasciende el ámbito lingüístico, ya que es la interpretación del lenguaje verbal, la transposición de la significación de códigos culturales de una cultura a otra (Margot, 2013).

Entendemos que un mediador cultural es la persona que tiene por tarea facilitar la comunicación entre dos individuos o dos grupos de cultura diferentes. En este sentido, es importante señalar que la comunicación puede ser entre dos profesionales, un profesional de cualquier área con un usuario o paciente. Sin duda, el mediador cultural necesita herramientas científicas para poder ejercer sus labores, justamente porque su tarea no se reduce en la simple traducción de un texto de un idioma a otro, sino que requiere tener conocimiento científico sobre la cultura y desarrollar la capacidad de traspasar la información de una cultura a otra sin modificar el sentido ni el objetivo del mensaje.

## RADIOGRAFÍA ANTROPOLÓGICA DE LAS MEDICINAS: OCCIDENTAL, TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA O ALTERNATIVA

Es casi imposible abordar el tema de la salud intercultural sin hacer referencia a la medicina occidental, tradicional y complementaria o alternativa. De esta manera, utilizaremos la antropología para realizar una radiografía conceptual que nos permita profundizar en los tipos de medicinas y establecer la diferencia que existe entre ellas.

### *Medicina occidental*

La medicina occidental es conocida con diferentes nombres, tales como biomedicina, medicina alopática, medicina convencional o medicina ortodoxa, por mencionar algunas acepciones. Esta medicina corresponde al sistema por el cual profesionales de la salud diagnostican las enfermedades a través de aparatos científicos sofisticados y tratan los síntomas de las enfermedades por medio de medicamentos industrializados (Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU., 2019).

Es relevante señalar que el conocimiento de la medicina occidental se adquiere y se transmite por medio de una formación profesional. Asimismo, la interpretación de las enfermedades se realiza con base en el método científico, dejando al margen la creencia cultural, los métodos naturales y los rituales como medio de curación.

### *Medicina tradicional*

La medicina tradicional define a un conjunto de conocimiento, capacidades y prácticas culturales que permiten prevenir, diagnosticar y realizar un tratamiento físico o mental para curar enfermedades en el ser humano. La medicina tradicional ocupa elementos naturales como plantas, hierbas y ceremonias rituales para prevenir y curar las enfermedades. Sin duda, la cosmovisión es la base fundamental de esta medicina y el conocimiento se trasmite de una generación a

otra por medio de la tradición y las costumbres. Cada pueblo tiene su propia medicina tradicional, con frecuencia proponen la misma base de tratamiento natural, sin embargo, el modelo explicativo de las enfermedades y la interpretación de ellas podrían ser diferentes.

De acuerdo con lo que hemos mencionado hasta ahora, utilizaremos el concepto de medicina no occidental para hacer referencia a todas las medicinas que integran la cultura, la creencia y los métodos naturales para prevenir, diagnosticar y curar enfermedades.

### ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR LA SALUD INTERCULTURAL A PARTIR DE OBSERVAR Y CONVERSAR

El siguiente apartado tiene por objetivo presentar resultados de observaciones y testimonios relacionados con la atención de salud, los cuales nos permitirán reflexionar sobre la necesidad de implementar la salud intercultural en Chile.

Todos los funcionarios de salud, tanto de Recoleta como de La Pintana, señalan que el problema más frecuente en atención de salud se encuentra con la comunidad haitiana, pues no saben manejar el idioma español y eso dificulta la atención al momento de solicitar antecedentes sobre su estado de salud o el de su bebé, a veces no llevan sus bebés al control sano, o no entienden la indicación de la receta. En otras oportunidades tuvieron que ocupar traducción en Google para comunicarnos. También dicen que el problema está relacionado con la cultura.

No podemos negar que existe un problema comunicacional con aquellas que no saben manejar el idioma español. Pero, al hacer la siguiente pregunta, *¿la comunidad haitiana es la única que tiene problema en comprender la receta, pierden la cita, tienen dificultades para entregar antecedentes sobre su estado de salud?* Responden con la siguiente afirmación: la comunidad haitiana no es la única, también llegaron chilenos que no tienen antecedentes de su condición de salud. Esta respuesta lleva a entender que el problema va más allá de hablar o no el idioma. Quizás la persona no tiene práctica de atenderse en un centro de salud occidental, y como no tiene otra

opción, está obligado a acercarse con el objetivo de buscar resolver su problema de salud.

Fue posible observar que, en uno de los centros de salud de la comuna de La Pintana, una mujer de nacionalidad haitiana lleva a su hijo a control y la matrona le exigió un método anticonceptivo sin preguntarle a ella si ha recibido información sobre los anticonceptivos o si conoce cómo utilizarlo para entregarle información al respecto. El facilitador lingüístico señala a la matrona: «Creo que es importante informar a ella la razón por la cual debe adoptar un anticonceptivo, explicarle que existen diferentes tipos y luego preguntarle cuál quiere utilizar». Ante esto, la matrona respondió de la siguiente manera: «En Chile, eso no se pregunta porque las pacientes saben que tienen que hacer planificación familiar después del embarazo». La mujer haitiana tuvo muchos problemas en decidir qué método anticonceptivo iba a ocupar. Primero, la matrona no le entregó información sobre los anticonceptivos. Asimismo, no hubo una conversación con la paciente sobre si sabe utilizar o si tiene información sobre los anticonceptivos en su país de origen.

En la situación descrita anteriormente, observamos cómo la funcionaria da por hecho que los métodos anticonceptivos utilizados en Chile son universales en todos los países y que, por tanto, todas las mujeres los conocen, aceptan y utilizan sin importar su religión o cultura. Sin duda, la matrona no conoce la influencia que tiene la religión sobre las personas haitianas en el proceso de tomar una decisión sobre su salud sexual y reproductiva y menos si esta mujer es del campo o la ciudad, pues el factor socioespacial es muy relevante en un caso como este. Antiguamente, las campesinas haitianas ocupaban la semilla *maskreti* (su nombre científico es *ricinuscummunis*), y en el caso de querer tener un hijo después de dos años, tomaban dos semillas justo después del parto y funcionaba. Este es un ejemplo de la diversidad de métodos anticonceptivo que utilizan las mujeres según su cultura y cosmovisión.

Es importante destacar que la funcionaria está con un facilitador lingüístico que tiene la voluntad y las herramientas científicas necesarias para posibilitar una buena atención de intercultural de

salud. Sin embargo, su actitud reduce y obstaculiza la comunicación efectiva con la paciente. Esta situación permite descubrir que las dificultades existentes en atención de salud son más complejas que las dificultades propiamente idiomáticas.

En virtud de este caso, nos preguntamos: ¿en un contexto multicultural como es el caso de Chile actual, la presencia de un facilitador lingüístico en un centro de salud solucionará los problemas existentes allí? ¿El nivel de formación de los profesionales del área de la salud pública posibilita la implementación de una salud intercultural?

A partir de la conversación con un profesional de salud en una de las comunas de Recoleta, se entiende que los profesionales de salud observan que las gestantes de nacionalidad peruana llegan a control de embarazo a los cuatro meses. Los profesionales quedaron muy preocupados, pues creen que es muy importante el control del embarazo durante los tres primeros meses, sin embargo, estas mujeres embarazadas tienen otra concepción de esta realidad. De hecho, cuando les preguntaron por qué se acercaron al centro de salud recién a los cuatro meses de embarazo, ellas respondieron de la siguiente manera: «(...) para nosotros, antes de ir al médico, es importante asegurarnos de que la guagua está bien (está bien ajustado, es decir, no pasará nada si introducimos la mano) (...) Si íbamos antes de los cuatro meses, es posible que perdiéramos al bebé».

De este testimonio logramos deducir dos interpretaciones distintas: por un lado, los profesionales de salud comprenden que es peligroso que una gestante lleve cuatro meses sin ir al control y, en contraste, las gestantes entienden que es muy peligroso ir al control antes de los cuatro meses.

Estas dos interpretaciones nos llevan a un choque cultural, en el cual cada interpretación tiene argumentos para ser válida. Probablemente, en su país de origen, las gestantes han perdido su bebé por haber ido al control antes de cuatro meses y tienen un método para cuidar al feto sin necesitar el apoyo de un médico occidental. Y ellas saben que no lo van a encontrar en el sistema de salud occidental.

Profesionales de centro de salud de la comuna Estación Central han observado que algunas mujeres de nacionalidad haitiana

no llegan a control al momento del embarazo, no hacen caso a la receta entregada por los nutricionistas y luego, algunas no llevan a su bebé a los controles periódicos. Esta realidad llama la atención de los profesionales de salud, quienes suponen que el problema se da producto de la falta de conocimiento lingüístico, por tanto, algunos de ellos deciden tomar un curso de creole para poder transmitir la información de la manera más correcta.

En otra oportunidad, participo como facilitador intercultural de nacionalidad haitiana junto a los profesionales de salud en una charla sobre la crianza de los hijos a un grupo de mujeres haitianas. Se dan cuenta de que ellas han entendido perfectamente la instrucción entregada, sin embargo, son campesinas no occidentalizadas, es decir, no tienen costumbre ni la intención de utilizar la medicina occidental, ya que para ellas el proceso pre y postnatal es algo natural y no necesita acompañamiento de un profesional de salud. Según la cultura de estas mujeres, en el momento del embarazo se utilizan hoja de árboles para tomar té, se consumen comidas naturales para fortalecer el bebé, se bañan con hojas de árboles para evitar enfermedades y el control de embarazo se hace en la casa del *Medsenfèy*, el médico perteneciente a la medicina tradicional de la cultura haitiana. Asimismo, en su cultura no necesita ecografía para determinar el sexo del bebé y poseen la habilidad para informar la fecha del parto sin instrumentos científicos.

En virtud de lo mencionado, reflexionemos. Si la cultura es un derecho que se puede ejercer libremente, comprendiendo que el modelo explicativo de la enfermedad, el método y la práctica de curación son parte de la cultura; podríamos decir que, los migrantes están obligados a aceptar un modelo de explicación de enfermedad lejana de su cultura y ocupan un método de curación que no es compatible con su cosmovisión.

En relación con otra situación, dos jóvenes extranjeros de nacionalidad haitiana presentan problemas de salud. Uno de ellos es deportista y tiene un problema en su pie derecho, la otra es bailarina y presenta una hernia. Ninguno de los dos quiere atenderse en un centro occidental. Cuando le preguntaron al deportista por qué

no fue a atenderse a un centro de salud, respondió de la siguiente manera: «No me van a hacer nada serio, me van dar pastillas o me colocarán un hueso por una semana o quince días. En mi país me hacía un masaje con aceite *maskreti*, ceniza de carbón y un *zoranj* si (naranja amarga), y en tres días estaría perfecto».

Le hicieron la misma pregunta a la bailarina y su respuesta fue: «No voy porque me van a entregar pastillas y las pastillas tienen efectos secundarios, prefiero tomar un remedio natural para la hernia. Tomo un té de ajo con sal cada mañana y no tengo ningún dolor».

Estos testimonios muestran cómo ambos jóvenes rechazan la atención de salud y al mismo tiempo expresan un alto grado de confianza en el modelo de salud no occidental. Según esto, planteamos la pregunta: si tuviera la posibilidad de elegir un modelo de curación de enfermedades que no fuera occidental, ¿rechazarían de la misma manera el sistema de salud chileno?

Un gran grupo de personas de ascendencia mapuche no occidentalizadas viven en la ciudad de Santiago y señalan que, si tienen un problema de salud, su primera atención sería realizada por una *machi*. Les pregunto a ellas ¿por qué? La respuesta fue: «Tratamos de intoxicarnos lo menos posible con las pastillas. Si la *machi* no soluciona el problema, no queda otra opción que acudir a la medicina occidental. Ya sabemos que la medicina tradicional mapuche tiene sus límites, pero para nosotros es la primera».

La respuesta indica claramente un rechazo frente a la medicina occidental y un miedo frente al método de curación. Asimismo, hay una clara intención de acudir a la medicina tradicional como una vía mucho más eficiente y natural de curación.

## DIFICULTADES CULTURALES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

A partir de diferentes observaciones que hemos realizado en algunos centros y diversas conversaciones con profesionales de salud y usuarios del sistema, presentaremos algunas dificultades culturales identificadas en atención de salud.

En primer lugar, encontramos las dificultades culturales al momento de atención. Estas dificultades afectan tanto al profesional de salud como también al paciente, debido al choque cultural en el cual ambas partes tienen diferencias para interpretar la enfermedad, de acuerdo con un modelo explicativo distinto y eso afecta seriamente el modelo de curación. Un ejemplo concreto de este caso es resistirse a la compra de medicamentos de la medicina occidental o no seguir la receta del profesional de la salud tal como indica el médico.

En segundo lugar, identificamos la «fuga» de atención de salud, en la cual la persona asiste a una sesión médica y no regresa nunca más al centro, debido a una razón o práctica cultural que fundamenta su búsqueda de otras opciones curativas. Es posible que sienta confianza en la explicación entregada por el profesional de salud, o bien, por motivos culturales no queda conforme con el método de curación o propuesta de tratamiento del profesional de salud.

En tercer lugar, encontramos el rechazo directo al modelo de salud occidental, el cual se produce antes de la primera atención y puede ser parcial o total debido a razones culturales, creencias o malas experiencias vividas en un sistema de curación occidental más invasivo y considerado peligroso para la cosmovisión del paciente. Ejemplos de lo anterior pueden ser los métodos anticonceptivos o una vacuna que no el profesional de la salud ha mencionado.

Las tres categorías de dificultades presentadas en atención de salud dan pistas para reflexionar sobre la necesidad y la factibilidad de implementar la salud intercultural en el sistema de salud chileno. Según esto, nos preguntamos si existen algunos factores que esconden o invisibilizan la necesidad para propiciar la salud intercultural en Chile. Daremos respuesta a esta interrogante en el siguiente apartado.

#### ELEMENTOS QUE «ESCONDEN» LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR LA SALUD INTERCULTURAL EN CHILE

A continuación, realizaremos un pequeño análisis desde la disciplina antropológica y sociológica para visibilizar algunos elementos que ocultan la necesidad de implementar la salud intercultural en Chile.

Uno de los elementos que hemos observado es la *falta de información* en términos de datos estadísticos sobre el origen socioespacial de los inmigrantes que residen en el país. Oficialmente, no sabemos quiénes provienen del campo o de la ciudad y eso afecta seriamente la atención de salud, como también esconde la necesidad de incorporar un modelo de salud no occidental en el sistema de salud pública, con el fin de llegar a un sistema de salud intercultural.

Para la sociología y la antropología, es muy relevante tener información sobre el origen socioespacial de los migrantes, ya que permitiría distinguir quiénes vienen de la ciudad y aquellos que son del campo y operan desde esa realidad. Es decir, diferenciar y adecuar el trato con aquel o aquella que proviene de un lugar donde no ha habido acceso a un centro de salud, tampoco está entendido como necesidad.

Es importante señalar que la falta de un centro de salud occidental en un territorio genera otro modelo explicativo de la enfermedad, otro sistema de prevención y, por ende, un sistema de curación alternativo.

Un segundo elemento será analizado y visibilizado desde la antropología médica, ya que corresponde a *la ignorancia de los funcionarios de salud* respecto a la cosmovisión de los pacientes migrantes. Tal como habíamos señalado, la cosmovisión es la base sobre la cual se constituye el modelo explicativo de la enfermedad, como también establece las técnicas o métodos de curación. Este segundo elemento está estrechamente vinculado con la percepción que tienen los profesionales de salud, al definir la hegemonía de un solo modelo de salud, a saber, el del occidente. Sin duda, este modelo es universal y al mismo tiempo desconoce la importancia que los usuarios les atribuyen a otros modelos de salud y la eficacia que tienen para ellos.

Un tercer elemento es *la percepción homogénea de la ciudadanía occidentalizada*. Aunque el Estado reconoce que la sociedad chilena está compuesta por una mezcla de diferentes culturas, al momento de decidir y elaborar políticas públicas, establece un supuesto estandarizado, suponiendo que todos los actores de la sociedad estuvieran

completamente occidentalizados. Esta percepción es tan poderosa que los individuos que no estén dentro del perfil occidental serán considerados ciudadanos de segunda clase. Con lo anterior, podemos concluir que los individuos están obligados a aceptar el modelo occidental, tanto en la manera de vestir, comer, trabajar e incluso, en la forma de interpretar y curar su enfermedad.

Un cuarto elemento hace alusión a la *formación occidentalizada de los profesionales*, tanto en salud como en otras disciplinas. El proceso de formación para un profesional en el área de la salud está desarrollado desde la visión occidental, con el riesgo evidente de que, para conseguir el título, el futuro profesional solo debe desarrollar un proyecto o rendir una prueba en que le exigirán contenidos y prácticas occidentales. Esto ya es un primer síntoma de invisibilizar la necesidad de integrar prácticas interculturales en el sistema de salud chileno.

Un último elemento se relaciona con *la necesidad de estar en el grupo de los países con alto índice de desarrollo*. Esta necesidad hace que muchos países ajusten sus prácticas y estilos de vida y los adapten de manera universal. Así, los conocimientos sobre métodos de curación que posee la comunidad indígena y los migrantes residentes en el país no son considerados como un aporte para el desarrollo del sistema de salud chileno, ya que surgen de un conjunto de tradiciones que pertenecen a países latinoamericanos y del Caribe con altos índice de pobreza. Es probable que quienes toman las decisiones en materia de políticas públicas perciban que estas prácticas constituyen un retroceso en el avance de la salud en Chile y no son elementos convenientes que nos posicionen dentro de los estándares de países desarrollados.

## REFLEXIÓN FINAL

Comprendemos que el Estado chileno ha hecho un gran esfuerzo por reducir las dificultades culturales que existen en atención de salud. Actualmente, se incorporó un facilitador intercultural en los lugares donde se concentra gran cantidad de personas pertenecientes

a pueblos originarios y un facilitador lingüístico para las personas de nacionalidad haitiana. Este esfuerzo demuestra que el Estado está en conocimiento sobre lo que ocurre en los sistemas de atención de salud y avanza de manera intencionada hacia una salud intercultural. Sin embargo, esto no resuelve el rechazo parcial o total que presentan algunas personas para atenderse en el sistema de salud occidental, pues la salud intercultural se concretiza a través de la implementación de políticas públicas que favorezcan la presencia de un mediador cultural y el conocimiento antropológico de los profesionales que atienden. Así, será sumamente relevante incorporar una asignatura de antropología, o específicamente antropología médica, en el proceso de formación de los profesionales del área de la salud.

Respecto a las preguntas iniciales que nos hacíamos: ¿se respeta derecho cultural del migrante en la atención de salud? ¿Se valora el modelo explicativo que tiene de su enfermedad? ¿Tiene la posibilidad de elegir un método de curación desde su creencia o su práctica cultural? Es preciso señalar que ninguna política pública se concretiza con facilidad, ya que no es fácil salir de la rutina, pues nos cuesta aceptar los cambios. Sin embargo, el profesional debe abrir su mente para recibir nuevos conocimientos que pueda desarrollar en nuevas prácticas de atención. Es decir, capacitar a los profesionales de salud para que puedan escuchar al paciente, conocer su visión sobre su enfermedad, respetar su creencia, generar un espacio de discusión con el facilitador lingüístico o intercultural, para recolectar información sobre posible interpretación y modelo de curación que podría pensar la persona y valorar la información entregada por el facilitador o mediador cultural para aplicar un método de curación en conjunto. Así se podría evitar la imposición de un modelo de curación.

Chile tiene todo para impulsar la política de salud intercultural, ya que existen pacientes de diferentes culturas y profesionales de la salud que quieren involucrarse en esta temática. Lo que falta es voluntad política. Para esto, es necesario que el Estado chileno revise y redefina el modelo de desarrollo que quiere en términos de salud, comprendiendo la importancia de integrar algunas prácticas tradicionales de curación utilizadas en países latinoamericanos y de,

Caribe. Esto, sin duda, puede servir para que el sistema de salud chileno posicione dentro del grupo de los países desarrollados en salud intercultural, pues hoy los países con estándares de calidad en salud implementan un sistema de salud intercultural que da respuesta al flujo de la movilidad humana. Entendiendo que el derecho cultural es parte de los derechos humanos y el modelo explicativo, la interpretación de las enfermedades, la práctica o el método de curación están estrechamente relacionados con la cultura, no será suficiente que los científicos sociales y los defensores de los derechos humanos reflexionen, investiguen y analicen para comprender y explicar la salud de los migrantes, si la imposición de un sistema de salud universal es y puede ser considerado como vulneración de derechos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, P.; & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptual. *Rev Med Chile*, 1061-1065.
- Correa Téllez, J. (2016). La inmigración como «problema» o el resurgir de la raza. Racismo general, racismo cotidiano y su papel en la conformación de la nación. En M. E. Tijoux, *Racismo en Chile, la piel como marca de la inmigración* (pp. 35-47). Editorial Universitaria.
- Departamento Asesoría Jurídica de MINSAL. (2006). *Interculturalidad en los servicios de salud. Resolución exenta 216*. Santiago: S/E.
- Departamento de Extranjería y Migración. (2018, enero 10). *www.extranjeria.gob.cl*. Retrieved enero 10, 2018, from *www.extranjeria.gob.cl*: <http://www.extranjeria.gob.cl>
- Duarte Gómez, M. B. (2003, marzo-abril). Medicina occidental y otras alternativas: ¿Es posible su complementaridad? *Reflexiones conceptuales*, 12, pp. 635-642.
- Hudelson, P. (2002, octubre). Que peut apporter Anthropologie médicale a la pratique de la medecine. *Médecine y hygiene*, 35-39.
- Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU. (2019, diciembre 20). *www.cancer.gov*. Retrieved from *www.cancer.gov*: <http://www.cancer.gov>
- Lerín Piñón, S. (2004, otoño-invierno). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, 111-125.
- Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública Ley 20584. (2019, enero 20). *www.leychile.cl*. Retrieved from *www.leychile.cl*: <https://www.leychile.cl>

- Organización Mundial de Salud. (2003). Sistema de Salud: Principios para una atención integrada. En O. M. Salud, *Informe sobre la salud en el mundo* (pp. 117-209). OMS.
- Organización Internacional de la Migración. (2006). *Glosario sobre migración*. OIM.
- Organización Internacional de Migración. (2012). *Módulo II: Movilidad humana. Gestión fronteriza integral en la subregión andina*. Luis Naters.
- Rizo García, M. (2004). Exploraciones sobre la interculturalidad: notas interdisciplinarias para un estado de la cuestión. En S. C. Pech, & R. M. Garcia, *Interculturalidad: miradas críticas* (pp. 11-32). Instituto de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en Salud. *Perú Med. Exp. Salud Pública*, 80-83.



# INTERSECCIONES Y DIFERENCIAS ENTRE LAS EXPERIENCIAS DE PARTO DE MUJERES MIGRANTES EN LA ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN SANTIAGO DE CHILE

*Andrea Avaria Saavedra*<sup>1</sup>

*«Lo que constituye la persistencia del cuerpo, sus contornos  
sus movimientos, es lo material; pero la materialidad debe pensarse  
como un efecto del poder, su efecto más productivo».*

Judith Butler.

## INTRODUCCIÓN

El año 2000, los derechos de las mujeres fueron reconocidos como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el 2010 se elaboró la «Estrategia mundial para la salud de la mujer y del niño», en la idea de comprometer a los países en la reducción de

---

<sup>1</sup> Dra. en Antropología Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Magíster en Antropología, Universidad de Chile. Asistente social, Universidad de La Frontera. Investigadora, profesora asociada, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Chile. Correo electrónico: andrea.avaria@uautonoma.cl

la mortalidad materna e infantil. Avances en Chile, en derechos reproductivos, derechos del nacimiento, en lactancia, apego y otros se ven plasmados desde el 2007 a partir de la implementación del *Chile Crece Contigo*, orientado a incrementar la salud de los niños, niñas y de las mujeres durante la gestación, parto y crianza.

La sociedad toda y el sistema de salud en particular se han visto remecidos, la presencia de población migrante, la movilidad humana ha implicado un cuestionamiento a los marcos paradigmáticos desde los cuales entendemos la salud y la abordamos, nos vemos interpelados a abrirnos a las múltiples prácticas y cosmovisiones en salud. En la población migrante confluyen diversos determinantes de salud, si bien sabemos que la población es por lo general joven y sana, la condición de migración es un determinante que considerar en la salud de las personas, asociado al proceso migratorio, la ruta migratoria y las condiciones de salud en origen y destino. Cabe destacar que el tiempo de migración de la población en destino trae como consecuencia cambios en la salud de la población, pues con el paso de los años la población migrante, por lo general sana, transforma sus hábitos, enfrenta condiciones de vida que en conjunto se traducen en un cambio hacia una coincidencia con los indicadores de salud de la población en el país de residencia (Cabieses, 2019; Ortiz et al., 2019; Vásquez-De Kartzow & Castillo-Durán, 2012). Las condiciones individuales, las trayectorias migratorias, el origen étnico, las condiciones de trabajo, acceso a vivienda, redes sociales, pobreza multidimensional, entre otros, confluyen como condiciones que afectan la salud de las personas, siendo las mujeres, los niños y niñas y adolescentes migrantes los grupos más vulnerables (Agar, et al., 2017; Benítez & Velasco, 2019; Cabieses et al., 2017; Pedrero et al., 2017). Especial atención implica considerar que «la inmigración se vuelve un determinante más del uso del sistema de salud, lo que puede ser consecuencia de otras diferencias entre los inmigrantes y la población local, como el manejo del lenguaje, la falta de pertinencia cultural de las intervenciones de salud, percepción de discriminación u otras» (Benítez & Velasco, 2019, p. 220).

En el contexto chileno, la carencia de una ley coherente con marcos internacionales de derechos y que considere las actuales condiciones de movilidad de las personas (Stefoni, 2017; Thayer, 2016; Stefoni & Stang, 2017; Martínez, 2012; Avaria, 2018a, entre otros). La falta de una propuesta país que incorpore la migración como parte consustancial al desarrollo con inclusión, sin duda, tienen efectos en la elaboración, ejecución de políticas públicas coherentes y un impacto en la sociedad en su conjunto, en cómo se cristaliza la diversidad en un marco que no integra, ni regula en lo micro y macrosocial la convivencia en la diversidad, ni asegura el acceso a derechos de la población migrante. Hoy, el desafío implica superar modelos asimilacionistas y multiculturalistas que quedan obsoletos, en un contexto neoliberal que resignifica las diversidades, el trabajo, la movilidad humana, el medioambiente, etc. Sociedades que refuerzan su estratificación y no acogen la heterogeneidad incrementan las desigualdades estructurales (Usallán, 2015; Richard, 2017). Necesitamos de modelos de abordaje intercultural, en donde la diversidad y su riqueza cobren sentido y se transformen en praxis. Prácticas sociales e institucionales hacia una apertura a dimensiones colaborativas, dialógicas y de reconocimiento de la diversidad, a pesar de las resistencias propias de las instituciones y de la sociedad, ya que constituyen un aporte que enriquece y fortalece a las sociedades, tanto a la población nacional como a la población migrante (Walsh, 2016; Berrios & Bortolloto, 2015; Riedemann & Stefoni, 2016). En salud, se hace indispensable avanzar hacia el desarrollo de competencias que permitan a los equipos de salud abrirse a otras prácticas culturales, reconocer en el *otro* diferentes modos de entender la salud e interpretar la enfermedad, ello implica, además, reconocer las limitaciones propias que se producen en los procesos de atención de salud, producto de prejuicios y etnocentrismo, que sustenta la resolución de la atención en salud y que requiere la revisión e incorporación de nuevas prácticas, a partir de la formación de los equipos de salud (Pedrero et al., 2018; Bernales et al., 2017).

En particular, la salud reproductiva de las mujeres se ve afectada por las condiciones de migración, origen, tránsito y destino,

por múltiples situaciones de violencia en estos contextos. El (des) conocimiento de los sistemas de salud en destino, las barreras que deben enfrentar las personas migrantes en la interacción con estos, las representaciones y prejuicios asociados al origen de las mujeres que consultan y que se manifiestan en las interacciones al interior de los sistemas de salud, tienen un correlato en las condiciones de embarazo, parto y lo que afecta a la crianza. Las brechas y las similitudes respecto de los derechos sexuales y reproductivos, que se producen entre las mujeres nacionales y migrantes, dan cuenta de las desigualdades sociales, las estructuras de poder que subyacen e influyen en la capacidad y la posibilidad de gozar de los derechos reproductivos, independiente de la condición de migrante de las mujeres (Avaria, 2018a).

El capítulo abordará desde la perspectiva de derechos reproductivos, el análisis de investigación FONDECYT<sup>2</sup>, de modo de dar cuenta de las principales tensiones que se producen durante la atención del parto de las mujeres migrantes en los sistemas de salud públicos. En un primer momento entregaré elementos del contexto y bases teóricas que me permitirán situar reflexivamente los resultados, evidenciando barreras, valoración del sistema y atención de salud, de acuerdo con las particularidades que se evidencian en relación con el origen nacional y, posteriormente, invitar al cierre a través de propuestas desde un enfoque de derechos que permita proyectar la relevancia de profundizar en los aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva.

## APROXIMACIONES TEÓRICAS

En los últimos años, la población extranjera, proveniente principalmente del continente americano, se ha incrementado en Chile. De acuerdo con el informe de extranjería y el INE, la distribución porcentual de la población extranjera estimada a fines del 2018 es, de Venezuela 23% (288.233), de Perú un 17,9% (223.923) (esta

---

<sup>2</sup> FONDECYT 3160106, realizada entre 2016-2018, con apoyo de la UAH y la UA. Patrocinio de Dra. Carolina Stefoni.

población, que ha sido históricamente la más numerosa en Chile, sin embargo, se ha visto desplazada por el incremento de la población venezolana). La población haitiana constituye el 14,3% (179.338), la de Colombia un 11,7% (146.582), de Bolivia un 8,6% (107.346) y de Argentina un 6% (74.713) (INE-DEM, 2019). Hoy sabemos que la población migrante se acerca al 7% y que se concentra en la Región Metropolitana. El incremento más significativo en estos últimos años es de personas migrantes venezolanas, quienes constituían al 2015 un 4,5% de la población extranjera y para el 2017, de acuerdo con la CASEN, ya habían aumentado a un 24,2%. La población haitiana incrementó de un 3,4% a un 9,8% en similares años, sin embargo, esta población es más visible debido a la racialización a la que son objeto (Tijoux, 2016, 2011; Tijoux & Córdova, 2016). Según los antecedentes INE-DEM, la población entre los 20 y 34 años es de 43,3% a 47,3% y entre los 35 y 49 años de 28,2% a 27% (INE-DEM, 2019).

Las brechas entre nacionales y población migrante son visibles en condiciones relativas a la vivienda, trabajo y seguridad social, educación, salud. En esta última, la adscripción al sistema previsional y acceso a la atención de salud son indicadores sensibles: solo el 4,6% de la población migrante adscribe al sistema, en comparación con el 21,2% de la población chilena. Solemos escuchar que los migrantes colapsan los sistemas de salud, sin embargo, la evidencia indica que, en general, los egresos hospitalarios son menores en población extranjera que en población nacional. El mayor número de egresos hospitalarios de la población migrante está asociado al embarazo y parto, con un 43,7% del total y un 19,4% en las mujeres chilenas (Agar et al., 2017, p. 105).

En el nivel primario de atención sanitaria, la tensión se relaciona con el acceso tardío de las mujeres migrantes a los controles prenatales, donde la brecha es alta si comparamos a mujeres chilenas (33,4%) y extranjeras (66,5%), especialmente en comunas en donde la presencia de estas mujeres es al menos de un 20% (Cabieses et al., 2017. Esta es una situación compleja si consideramos que desde el 2015, se asegura el acceso universal y la atención de las mujeres

en igualdad de condiciones que la población nacional, a través del Decreto 67 del Ministerio de Salud, el que afirma que las embarazadas durante el pre y postparto y sus hijos/as hasta el año recibirán atención de salud, independiente de su condición de regularidad.

Sabemos que las principales barreras de acceso están puestas en la misma institucionalidad, pues los prestadores de salud no reconocen a la población migrante como sujetos de derecho. A la población migrante se les representa como problemáticos, se les culturaliza o se les considera sujetos ilegítimos; los funcionarios no se ven a sí mismos como garantes de los derechos de salud de la población que atienden (Liberona & Masilla, 2017; Liberona, 2015, 2012; Avaria, 2018a, 2018b; Scozia et al., 2014). Los funcionarios de salud no cuentan, como señalan Pedrero y otras (2018), con la sensibilidad que hace a los equipos conscientes de sus valores y construcciones culturales; no validan la cultura del *otro*, ni el accionar desde los parámetros culturales propios; no valoran la experiencia del *otro*, ni reconocen su contexto social, ni proceso vital, aspectos que en su conjunto podrían mejorar la comprensión de la complejidad del *otro* y de la interacción.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes permite observar inequidades y paradojas que se dan en la operacionalización de políticas públicas. La población nacional experimenta más intervenciones asociadas a la cesárea (70%) en el sistema privado que en el sistema público (40%), de acuerdo con datos de la OCDE. Ortiz y colaboradores (2019) plantean que las mujeres migrantes presentan mejores indicadores de salud materno perinatal (condiciones previas). Subrayan, sin embargo, que las diferencias significativas en ambas poblaciones se producen en las condiciones de salud mental, indicadores más altos de enfermedades de transmisión sexual en comparación a la población nacional, también destacan las barreras de acceso a especialidad y las barreras asociadas a determinados grupos según origen nacional. Por su parte, Oyarte, Cabieses y Delgado (2017) afirman que «del subgrupo de mujeres, los egresos por embarazo parto o puerperio corresponden a un 60.4% del total de los egresos hospitalarios en el caso de la inmigrantes y a un 32%

en el caso de las chilenas[ ]. Dentro de los partos en inmigrantes el 69.7% fueron partos únicos espontáneos y tan solo un 23.5% partos únicos por cesárea, proporción que se eleva en el caso de las chilenas a un 43% de los nacimientos». (p. 188)

Las autoras destacan que, de las intervenciones quirúrgicas en embarazo, parto o puerperio, se producen diferencias entre chilenas y migrantes, y entre estas en relación con la adscripción a FONASA o ISAPRE. También subrayan que en el «caso de las inmigrantes un 17,2% de los partos en ISAPRE son partos únicos por cesárea, en las chilenas este porcentaje asciende a un 56.6% [...] la proporción de partos únicos por cesárea es mayor en el sistema privado de salud, contrario a lo que ocurre en el sistema público» (Oyarte et al., 2017, p. 188). Sin embargo, si bien los indicadores de cesárea son menores en la población migrante, esta es mayor a los mínimos requeridos por la OMS (Ortiz et al., 2019, p. 79).

Los derechos en salud sexual y reproductiva y los derechos asociados al nacimiento son especialmente sensibles en Chile y en el mundo, pues estos dan cuenta de las brechas, la violencia y la negligencia respecto de la salud de las mujeres (Leiva, 2018; Browser & Hill, 2010). Sadler (2004) y Rapp (2000) nos advierten sobre los procesos de medicalización del parto desplegados a través de la patologización, fragmentación, culpabilización de las mujeres y sus cuerpos, entre otras prácticas biomédicas. Brigdes (2011), por su parte, es especialmente categórica en afirmar la relación entre racialización y pobreza, desde donde se representa a las mujeres consultantes de los sistemas de salud, pues ello estructuraría prácticas de atención de salud reproductiva en los establecimientos de salud hospitalarios de Estados Unidos. En esta línea, Bellinard (2016) afirma que, en el contexto chileno, se produce una exotización de lo afrocaribeño, la estigmatización de los cuerpos, y una identidad chilena racializada y construida desde lo negativo. Tijoux y Córdova (2016) afirman que la presencia de una corporalidad negra vino a desenmascarar el racismo y la xenofobia que se entrevén en la interacción social a través de la presencia y la división entre el *otro* y *el nosotros*.

Las mujeres migrantes en los contextos de embarazo y parto en el sistema público de salud, de acuerdo con artículos anteriores, son representadas desde al menos tres ejes descriptivos como i) mujeres pasivas, dependientes, con poca agencia o iniciativa. Estas construcciones hacen referencia especialmente a mujeres peruanas, bolivianas, dominicanas y venezolanas. Sin embargo, estas últimas son reconocidas desde la pasividad-agradecida que las situaría diferenciadamente a las otras mujeres migrantes. En contraste, (ii) las mujeres haitianas son representadas como mujeres que interfieren en el sistema, puesto que ingresan tardíamente a los controles, desconocen el sistema, dependen de sus parejas, o hacen lo que quieren. La estructura institucional médica exige un comportamiento asociado a la norma (deber ser, desde el sistema de salud) tanto a chilenas y extranjeras; (iii) adaptarse al sistema, justificando de diversas maneras la necesidad de sostener la hegemonía médica y el poder sobre el parto. En este marco, las mujeres peruanas principalmente han «logrado adaptarse», es decir, se ajustan y cumplen con los requerimientos del sistema, al igual que las mujeres nacionales que reconocen y comprenden el sistema y sus requerimientos, por ende, se adaptan y adoptan el sistema, esto es, se chilinizan (Avaria, 2018b). Por su parte, Sibrian (2017) señala que las mujeres migrantes que se atienden en el contexto público, sus experiencias están determinadas por las redes de sentido asociadas a los procesos médicos, a las prácticas institucionales, a la tecnología vinculada a la atención de los partos y embarazo en el marco de atención de salud.

Poco sabemos de las particularidades que afectan a las mujeres migrantes durante esta etapa tan significativa. Una serie de interrogantes emergen en relación con la cuestión de salud reproductiva de las mujeres migrantes internacionales y de las experiencias de parto de estas: ¿cuáles son las barreras que emergen en los relatos de las mujeres de los procesos de atención del parto de las mujeres migrantes internacionales en el contexto nacional? ¿Durante la gestación y el parto, se producen diferencias en las vivencias de las mujeres, en función de la nacionalidad de estas? ¿Qué aspectos de la experiencia del parto en un contexto nacional chileno, contexto

ajeno al propio, son comunes en los relatos de las mujeres migrantes internacionales que se atienden en el sistema público? ¿Logra el sistema nacional de atención de salud atender, desde una perspectiva de derechos reproductivos, a las mujeres migrantes durante el parto?

A continuación, responderé a estas interrogantes, a partir de los resultados de la investigación FONDECYT 3160106. Graficaré las similitudes y las diferencias que permiten dar cuenta de los componentes intersubjetivos de la atención de salud en el sistema público de las mujeres migrantes, si bien entendemos que las experiencias son individuales, estas no solo responden a condiciones particulares de cada sujeto, sino a condiciones que las estructuran desde el sistema; es decir, son narraciones que dan cuenta de complejidades, dificultades y barreras sociales que se producen asociadas a las condiciones de migrante internacional de las mujeres y que afectan los derechos reproductivos y de nacimiento de sus hijos/as.

## METODOLOGÍA

Este artículo se centra en las experiencias de mujeres migrantes que se atienden en los sistemas públicos de salud, relatos que forman parte de una investigación mayor<sup>3</sup>. La investigación se llevó a cabo bajo estrategias metodológicas de carácter cualitativo, a través del desarrollo de entrevistas en profundidad, grupos focales y revisión bibliográfica (Ruiz, 2012; Canales, 2016, 2013). El análisis que se presenta se enfoca en el material recogido a través del acercamiento a mujeres migrantes, por medio del relato de la atención del embarazo y el parto en los sistemas de atención público principalmente, en Santiago de Chile. Se utilizó el sistema de bola de nieve y de contacto directo con quienes cumplieran los criterios de selección<sup>4</sup>. La infor-

<sup>3</sup> FONDECYT 3160106, realizada entre 2015-2018, con apoyo de la UAH y la UA. La investigación, de carácter cualitativo, analizó las experiencias de los equipos, las mujeres nacionales y migrantes-extranjeras (distinción que generamos al diferenciar respecto de clase a los y las migrantes internacionales), sus parejas, durante la atención de salud de los embarazos y partos ocurrida en la atención en el sistema público y privado.

<sup>4</sup> Criterios asociados a: embarazo al menos de un hijo nacido en Chile, embarazo de no más de dos años antes del 2015, que hayan atendido su embarazo o parto

mación ha sido analizada a través del estudio comparativo constante (teoría social fundamentada), lo que permitió profundizar en diversas categorías de análisis: poder-clase, género y raza-nacionalidad, aspectos que convergen diferenciadamente en la salud reproductiva de las mujeres migrantes internacionales. El análisis se situó en la contraposición de saberes relativos al hecho reproductivo, ubicado en la corporalidad de las mujeres (saber vivido), versus el saber hegemónico (sistema médico) (Avaria, 2018a, 2018b). Desde una perspectiva interseccional y desde una visión crítica sobre los ejes de raza, clase y género (Hill Collins, 2015; Rapp, 2000) fue posible dar cuenta de las complejidades relativas a la inclusión y exclusión que se producen en el sistema de atención sanitaria.

Tanto las entrevistas en profundidad como los grupos focales a mujeres de origen peruano, boliviano, colombiano, venezolano, dominicano, haitiano<sup>5</sup>, sobre los que situaré el capítulo, fueron grabados (audio) previa explicación y firma del consentimiento informado en cada uno de los casos. Estas entrevistas en profundidad fueron realizadas en contextos que permitieron a las mujeres sentirse cómodas, lugares de fácil acceso, previo acuerdo entre las partes. La transcripción y posterior análisis del material han omitido los datos personales de las mujeres, de modo de asegurar su confidencialidad. Los consentimientos y resguardos éticos fueron supervisados y construidos desde los criterios establecidos por el FONDECYT y bajo aprobación del Comité de ética de la UAH, quien patrocinó el proceso.

---

en el sistema público, que consientan libremente su participación.

<sup>5</sup> Cabe subrayar que las entrevistas a las mujeres haitianas, en su mayoría (no todas) fueron realizadas considerando un/a traductor/a, de manera de facilitar la comunicación, sin embargo, esto no siempre permitió profundizar en las experiencias y significaciones del parto y salud desde las mujeres haitianas.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las narraciones de las mujeres migrantes peruanas, bolivianas, colombianas, haitianas y venezolanas atendidas en el sistema de salud público permiten graficar las brechas y las diferencias que se estructuran en la atención de salud durante el parto, principalmente. Las vivencias de las mujeres dan cuenta de la tensión que se produce durante el parto. La experiencia se sitúa en el cuerpo de las mujeres y corporiza la experiencia migratoria<sup>6</sup>. En y a través del embarazo y parto se materializa la discriminación relacionada con el origen, se reproduce la estructura de desigualdad sobre bases de diferencias en el saber y poder del parto, del cuerpo de las mujeres, mujeres migrantes en particular.

El equipo y el sistema biomédico de salud se sitúan en y desde el control del proceso del parto, desde el poder y el conocimiento hegemónico, desde allí se estructuran y median las interacciones con el cuerpo de las mujeres migrantes y nacionales (Avaria, 2018b; Good, 2003; Kleinman et al., 2006).

En la interacción confluyen y se cristalizan las barreras, las explicaciones que centran en las diferencias culturales toda explicación del fracaso de las intervenciones e interacciones en el contexto de la atención de salud, especialmente de la atención de población migrante. Las barreras del sistema se evidencian en las brechas de información y en el ejercicio (la falta) de derechos de las mujeres, se hace carne en la aplicación de las lógicas discrecionales desde donde se implementan las acciones en salud (Cabieses et al., 2017).

Este apartado será estructurado considerando un análisis de las barreras que operan diferenciadamente de acuerdo con los orígenes nacionales en el contexto de la atención del parto, luego me detendré en las expectativas de resolución del parto, para después contrastar estas con la valoración que las mujeres realizan de los procesos de atención de salud vivida, evidenciaré la producción de agencia de las mujeres pese a los contextos de exclusión, violencia obstétrica, racismo y xenofobia que enfrentan. Estos relatos permitirán develar

---

<sup>6</sup> Revisar publicaciones anteriores en donde se profundiza en la corporización de la migración.

las tensiones, las representaciones y las corporalidades en tensión producto de la raza, el origen nacional y el género, principalmente presentes en los procesos de atención del parto y la vulneración de los derechos relativos al nacimiento.

### *Barreras que se constatan en la atención del parto de las mujeres migrantes*

Las mujeres enfrentan barreras en la atención de salud. Una de estas es la relativa a la desinformación de las mujeres acerca del sistema de salud; en cada país el sistema de salud es distinto, el desconocimiento, el temor, en Chile particularmente, hacen que sea altamente complejo en su funcionamiento (Cabieses et al., 2017). La interacción entre los funcionarios y las mujeres refleja componentes subjetivos asociados a las barreras, por ejemplo, la burocratización del acceso a la atención más que con el sistema, se relaciona con la interacción (se les piden documentos, se les vuelve a citar, etc.), no se reconoce el derecho de las mujeres embarazadas a ser atendidas e ingresadas independiente de las condiciones de regularidad en que se encuentren, comentarios directos o indirectos a las mujeres a través de los cuales se destaca negativamente la condición de migrante o de pobreza, o se les culpabiliza por la condición de embarazo, formas directas o indirectas de discriminación asociadas al origen nacional. La burocratización de los procedimientos de atención desincentiva el uso de los servicios de salud. Lo que confluye en las limitaciones de acceso al sistema, de aceptabilidad de los tratamientos u orientaciones, a la oportunidad y calidad de la entrega de servicios<sup>7</sup>.

En el caso de las mujeres haitianas, ellas se enfrentan a experiencias de desinformación, el (des)conocimiento del sistema, la exclusión social asociada a su corporalidad (idioma, negritud, etc.),

---

<sup>7</sup> La aceptabilidad se relaciona con el grado de satisfacción que tienen los usuarios respecto de la atención. La accesibilidad refiere a las dificultades o facilidades para obtener atención a pesar de las limitaciones territoriales, económicas, y las diferencias culturales y sociales. La oportunidad refiere a la atención que se recibe en el momento que es requerido. Aspectos relacionados con la calidad de la salud (Intendencia prestadores, 2018).

a las barreras que se producen en la interacción entre la población local que atiende y la haitiana.

La brecha del idioma se enarbola como justificación de parte del sistema sanitario para explicar la falta de comunicación y como explicación de la deserción o la no respuesta de las mujeres a los requerimientos del sistema de salud. Sin embargo, las narraciones de las mujeres haitianas dan cuenta de la carencia de una disposición a comunicarse, por parte de los nacionales, a entender al otro, a abrirse a la comunicación e interacción; la falta de voluntad de los equipos de salud a interactuar, más que el idioma, es una barrera.

T: Ella entiende lo que dicen. Con el doctor, también. Y que lo que ella piensa es que simplemente no, no le hacen caso... no toman el caso de los haitianos en serio. (Mujer haitiana a través de traductora)

Aunque las mujeres embarazadas tienen prioridad en el acceso a la atención en Chile, las palabras de una mujer haitiana dan cuenta de la espera a la que es sometida a pesar de requerir atención y ser prioridad para el sistema de salud. Se produce la *burocratización de la espera* a través de la naturalización de esta.

T<sup>8</sup>: Ella tuvo que esperar el mes, como ella no sabe hablar [castellano], ella no podía ir en otro centro. Ella tenía que esperar el mes para que la atendieran.

E: Ya, ¿y fuiste sola, te acompañó alguien...?

[...]

T: Ella se fue sola porque hay una muchacha que traduce. Ella estaba ahí traduciendo, pero ellos le dieron la hora nomás y tenía que esperar el mes.

E: Y con la facilitadora, sin problemas de comunicación, ¿igual tuviste que esperar un mes?

T: Ajá, sí.

---

<sup>8</sup> «T» corresponde a la traductora, que acompañó el proceso de esta entrevista.

E: Y, entremedio, ¿qué hiciste para poder sentirte mejor? ¿Te dieron alguna recomendación o ir a alguna otra parte mientras tanto?

T: Ella no, no ha hecho nada y nadie le dijeron nada. Nadie le dijeron nada.

E: Solamente esperaste el mes.

T: Ella espera hasta que ella vomitó sangre.

E: Chuta.

T: Mmm.

E: Ya, y aún así tú esperaste hasta el mes.

T: Hasta el mes.

E: ¿Y qué te dijeron cuando pasó ese mes, en el doctor?

T: OK. Después de esto ellos le dieron, eh, receta, para el vómito. Y ella... le dieron hora seguido pa' acá, para que vaya... a ver el doctor, pa' que la revisara. (Mujer haitiana, a través de traductora)

El origen nacional de las mujeres tiene un correlato diferenciado en la atención de salud de las mujeres migrantes. Las practicas se hacen presentes en distintos momentos de la atención de salud: prolongar la espera en la atención o en el acceso, no querer tocar ni limpiar a las mujeres, no explicar en detalle las necesidades de atención, entre otras. La cristalización de formas diferenciadas de maltrato y discriminación, relativas al origen nacional, se hace visible en la interacción con las mujeres migrantes. En el caso de las mujeres peruanas, bolivianas, colombianas, prácticas de discriminación verbales y físicas son evidenciadas a través de las narraciones, en ellas se explicita la hostilidad por la condición nacional y de mujer gestante.

En el relato de una mujer peruana, ella reconoce diferencias entre las matronas que la atienden en salud primaria y en el hospital. Su vivencia en la atención primaria se sintetiza de esta forma:

Ella era súper mala, me dijo: todas las mujeres, ustedes, de su país vienen acá a tener hijos, porque acá está bien el parto, y yo me quedé callada y no le dije nada y yo me tenía que aguantar con tal de que haga la ficha y de que me reciban y después cuando di a luz, como a las dos semanas, vine a que me ponga un método anticonceptivo y me tocó ella [ ] me dijo que tenía que cuidarme para no tener más hijos porque Chile

y ya no tiene plata para que le paguen a todas las mujeres, me dijo así y yo también me quedé callada (...). (Mujer peruana)

De los relatos de las mujeres se desprende que los equipos de salud sitúan en las mujeres migrantes las carencias y justifican en ello los malos tratos o la violencia. Sobre las mujeres migrantes, recae la culpabilización y responsabilización que el sistema explicita en relación con la gestación: se les culpa por acceder tardíamente al sistema de salud, problemas durante el parto, o la crianza. No siempre se produce un acercamiento comprensivo por parte de los equipos de salud hacia las mujeres. El no reconocimiento de las diferencias impide observar y aprender de estas, identificando las condiciones que enfrentan las mujeres en sus lugares de origen y en los contextos de atención de salud en Chile. Las mujeres migrantes, dada su experiencia en origen, tenderían a esperar superar el primer trimestre de embarazo para acudir a consultar, puesto que es probable que no tengan certeza de su condición de embarazo o que ocurran abortos espontáneos, o que la atención de salud sea pagada y que no sea una garantía el control del embarazo, o por las condiciones territoriales no se den las condiciones para acceder a esta atención. El sistema de salud es duro en subrayar negativamente la consulta tardía como un problema de las mujeres migrantes. Se cuestiona también la decisión de la maternidad (tanto el lugar, como el momento de este), el número de hijos y la falta de previsión de las mujeres para evitarlos; se cuestiona la disposición de estas para utilizar métodos de anticoncepción.

Las representaciones y las expectativas negativas que se construyen sobre las mujeres migrantes y las mujeres más vulnerables van cambiando en la medida que estas *se chilinizan*, es decir, en tanto estas se comportan y utilizan los servicios de acuerdo con lo que se espera del propio sistema de salud (Avaria, 2018b).

*Expectativas de resolución del parto*

Las expectativas de resolución de los partos de las mujeres migrantes están vinculadas a las vivencias, construcciones y experiencias en el contexto de origen, saber que se funda en el aprendizaje al interior de sus grupos familiares y sociales. Las perspectivas respecto del parto se perfilan también de acuerdo con el marco de atención sanitario disponible en cada país y a los saberes acumulados por las mujeres en torno a estos. Nos enfrentamos a tantas expectativas como mujeres y partos (y sistemas de salud); propongo que estas puedan agruparse en: i) la *naturalización del parto*, asociado principalmente a contextos en donde los partos ocurren en casa, apoyados por parteras, la familia, o que puedan ocurrir en sistemas de salud en donde se apoya el parto de las mujeres entendiendo que este será vaginal (mujeres peruanas, haitianas, colombianas, dominicanas), o en donde la función del sistema de salud es acompañar un proceso en que las mujeres cuentan con las condiciones biológicas para lograr el parto sin intervención; ii) la *medicalización del parto*, por oposición, mujeres que provienen de contextos en que las mujeres cercanas, de la familia, o las experiencias propias, refieren una alta intervención médica, en estos casos, se espera del sistema prácticas similares, es decir, una resolución en donde se privilegia el saber médico y por ende la intervención, especialmente el ejercicio de la cesárea (mujeres venezolanas principalmente); iii) un *saber revisitado*, reconstruido o apropiado que se produce en mujeres nacionales o migrantes y extranjeras, estas se enfrentan a un cuestionamiento de la experiencia vivida o a lo que se percibe es la resolución del parto en destino. Estas mujeres someten a revisión la medicalización del parto y valoran los saberes acumulados (por ellas directamente o el conocimiento a través de las experiencias de otras mujeres). Se potencia una apertura a componer «otra narrativa», una narrativa desde el cuerpo. Esta se abre a la posibilidad de un parto humanizado, de la mano de la institucionalidad<sup>9</sup>, a través del *Chile crece*

<sup>9</sup> La APS potencia y promueve el parto humanizado, sin embargo, se produce un desfase con lo que ocurre en la atención de especialidad, hospitalaria, durante el parto.

*contigo*, o por medio del acompañamiento de otras mujeres, por lo general matronas en ejercicio privado, dispuestas a acompañar estos procesos<sup>10</sup>.

En su mayoría, mujeres colombianas, venezolanas y peruanas coinciden en que las vivencias de parto positivos o negativos no están vinculados a la medicalización de estos, puesto que no son los procedimientos médicos lo más gravitante a la hora de expresar la valoración positiva o negativa de este en el marco de atención en Chile. La expectativa no está condicionada *a priori* a algún tipo de parto. La valoración se relaciona directamente con el trato, el sentirse acogidas, atendidas, escuchadas, esto es, sin duda, lo que determina la valoración (o no) del sistema.

Las mujeres haitianas, en particular, se preocupan en Chile especialmente del dolor en el marco de la atención hospitalaria del parto, es decir, su foco no es solo el dolor del parto natural (contracciones), sino al dolor asociado a la intervención que se practica en el país: temor a la episiotomía, a la cesárea, a la soledad durante el proceso de parto, miedo a lo desconocido a las barreras que debe enfrentar.

La política nacional estimula la participación de las parejas en el proceso reproductivo y de crianza. El derecho a estar acompañadas se estimula en los controles y la atención en APS, este no siempre se materializa durante la atención del parto. En los relatos de las mujeres peruanas, principalmente, la participación masculina no se cristaliza en todos los casos. Las narraciones de las mujeres migrantes durante los controles de embarazo y el parto, están marcadas por relatos de soledad, especialmente de aquellas mujeres peruanas llegadas hace poco a Chile, los progenitores por lo general ausentes durante el proceso; embarazo, parto, crianza, la ausencia masculina como una constante. Sin embargo lo anterior, todas las mujeres observan positivamente la participación de los hombres en el proceso reproductivo, para muchas esta es una oportunidad que se abre en este nuevo contexto (vivir en Chile), en donde la presencia masculina (durante la gestación y parto, e incluso en la crianza) es valorada y también estimulada en diversas

---

<sup>10</sup> Este último aspecto no se abordará en este artículo, sin embargo, es parte constitutiva de la investigación FONDECYT 3160106.

instancias institucionales (en APS, a partir de la intervención social) y también sociales (las redes de amigos, en el barrio, consultorio, lo que se ve como en el contexto nacional).

En palabras de una mujer peruana, ella reconoce que la presencia masculina, de la pareja, es una experiencia reciente:

Que le toque la guata [durante el embarazo] cuando estaba ahí [el padre durante el embarazo de su madre] con mi hermano, no he visto esos detalles, es muy diferente, bueno sí, las cosas han cambiado, pero a raíz de esos cambios hay cosas buenas, que ya el papá es más participe en todo sentido, ya en el embarazo. (Mujer peruana)

La valoración positiva respecto de la participación masculina de las mujeres peruanas coincide con lo expresado por las mujeres haitianas.

Llama la atención que, de parte de los equipos no se observa una valoración positiva, los equipos coinciden en subrayar interpretación negativa respecto de la presencia de los hombres en el acompañamiento, de las mujeres haitianas: la representación que comparten los equipos respecto de la presencia masculina, se construye desde una perspectiva etnocéntrica, refiere a una masculinidad dominante que representa a las mujeres haitianas como dependientes, víctimas del machismo y bajo el control de los hombres haitianos.

Para las mujeres, en cambio, esta modificación producto de la migración, en la presencia y acompañamiento de la participación masculina y en los procesos de embarazo, parto y crianza, está relacionada con un mayor compromiso, no solo con el hijo/a, sino con la mujer.

### *Valoración de la atención vivida*

La valoración de la atención vivida por las mujeres en el proceso de parto es observada desde al menos dos perspectivas. La primera, asociada a la resolución de este, que por lo general implica la gratificación de tener en los brazos al recién nacido, es decir, el foco de satisfacción del proceso se traslada hacia el hijo/a. Se valora que el recién nacido/a se encuentre saludable, y no se piensa en el proceso

vivido por las mujeres o en las condiciones de este. La segunda dice relación con hacer conscientes en el tiempo, los procesos que enfrentan las mujeres. Es decir, hacer consciente tanto la experiencia vivida en y a través del cuerpo y la atención médica recibida. Esto implica varios aspectos que dicen relación con autoexplicarse conductas, acciones o decisiones respecto de sus procesos, implica narrar desde el lugar del cuerpo vivido, en donde se plasma el temor, el dolor, la soledad, el menosprecio, la autonomía, gratitud, o alivio.

Las mujeres peruanas narran sus experiencias de parto en Chile contrastándolas con las experiencias vividas en origen, en ambos contextos ellas se atienden en el sistema público de salud. Respecto de la atención en Chile, coinciden en señalar lo negativo de sus vivencias de parto. El trato es un eje estructurante de esta valoración, actitudes, trato degradante o de menoscabo por encontrarse embarazadas. A través de la atención se evidencia la xenofobia y la aporofobia de que son víctimas estas mujeres.

Las mujeres peruanas se refieren al parto con una fuerte carga de miedo. Esta percepción negativa dice relación con la falta de empatía, acogida y respeto de parte de los y las tratantes refuerza. La interacción sobre la base de la exclusión refuerza esta vivencia que se ancla en el miedo.

Fue en el hospital, yo estuve como ocho meses sin sentir mi vejiga, con problemas de incontinencia, me orinaba donde sea, tenía problemas para levantarme, estuve mucho tiempo con el útero inflamado, no fue muy agradable mi experiencia.  
(Mujer peruana)

Cabe subrayar que, si bien en los relatos se describen vivencias de violencia, las mujeres no refieren la violencia explicitada directamente, o no identifican lo vivido desde el reconocimiento del maltrato. Esto es posible de ser explicado a partir de la introyección de las lógicas de atención médica (Sadler, 2004), la fragmentación de los cuerpos de las mujeres, la culpabilización de estas, donde las mujeres asumen la responsabilidad por lo que experimentan, tanto por su condición de embarazo (sentirse culpables) y culpables por ser migrantes embarazadas (que abusan del sistema) y la violencia

vivida, recibida de parte del sistema. Tanto en origen como en destino, las mujeres introyectan, a través de la experiencia propia y de otras, la importancia de callar para ser bien atendidas y acogidas: contenerse, anular o no manifestar el dolor, silenciar cualquier necesidad o expresión asociada al parto. Llama la atención que las mujeres, especialmente latinoamericanas, coinciden en señalar que la recomendación de guardar silencio, aguantar, viene inicialmente de sus madres, de otras mujeres, de sus pares que han vivido un parto en un hospital, y se replica en este.

La valoración positiva se sostiene en el reconocimiento de un buen trato, de la acogida y contención, más que uso de la tecnología, o la presencia de especialistas; por el contrario, lo que cobra valor es la humanización de la atención.

Me atendieron bien, me dieron harto cariño, me estimulaban, yo estaba sola[...] me dieron todita cositas pa' la guagua, que no tenía nada, nada po', la asistente... pero como se dice, se ganó [la guagua] el cariño de todas las doctoras, todos los encargados, le daban leche de mamá, estaba listo, hasta ahorita recibí harto apoyo porque es un niño que no estaba bien él, tiró para adelante. (Mujer peruana)

Para las mujeres colombianas, principalmente, el apego emerge como una experiencia positiva y altamente valorada. Es relevante para ellas la posibilidad de establecer un vínculo con el/la recién nacido/a al momento del parto. En esta línea también es altamente apreciada la información, el aprendizaje que se produce durante el embarazo a través de los controles de salud en APS, especialmente la atención recibida de las matronas en la atención primaria.

La atención gratuita es hondamente apreciada. Las mujeres peruanas, venezolanas, haitianas, dominicanas, especialmente, valoran el programa «Chile crece contigo», que se hace presente luego del parto, por medio de la entrega de beneficios para el/la recién nacido. La apreciación se produce al recibir un beneficio social, a través de el se reconoce una necesidad sentida y se satisface materialmente las carencias de los y las recién nacidos/as, en un contexto de alta

precariedad y necesidades relativas a las precarias condiciones laborales y de habitabilidad de las mujeres y sus familias.

En palabras de una mujer haitiana, el aporte del programa se instala para ella como derechos asociados al nacimiento,

(...) mi parto era bueno, porque mi parto fue en el hospital y no me cobran nada y yo tuve todo gratis y me regalaban cuna que son, que es algo muy, muy importante, porque, porque yo sé que todo, un hijo, uno hace un hijo, nadie te dice tienes que tener un hijo, que uno ve que te dan la atención gratis y ese hijo es tuyo, no es del gobierno, más cuando nace esa guagua te entregan una cuna para que duerme, eso para mí es importante porque yo tenía que comprar mi cuna que es mi guagua y me han entregado la cuna que cuando me dice que tome esa hoja después pasa la boleta que se va a su casa de alta y yo cuanto tengo que pagar y me dice que no, que la ley, que dice que todos los niños que nazcan en Chile tienen que entregarle una cuna, y eso me da mucho pensar porque en mi país, que es nuestra tierra, uno nace acá y ni siquiera te entrega una amoxicilina y allá te atienden bien, más los chilenos son amorosas, en eso no hay nada de decir, porque a mí, cuando nazca mi guagua de San José, había una, un técnico, una técnica, que me la mudé, la hacía cuidar tanto a mi hija. (Mujer haitiana)

Para las mujeres colombianas, la percepción y valoración de la atención de salud pública están inversamente relacionadas con el nivel educativo y el origen social de estas: es decir, a mayor educación, menor valoración de la atención recibida y a la inversa, se produce una actitud más reflexiva y crítica sobre la atención y su proceso.

Para parte importante de las mujeres venezolanas entrevistadas, la atención del embarazo y parto estructura el proyecto migratorio. La precariedad del sistema sanitario en Venezuela y los riesgos asociados a la atención en Colombia (que para muchas una alternativa al parto en mejores condiciones que en Venezuela) llevaron a las gestantes a considerar la migración hacia Chile. La migración se constituyó para estas mujeres, en una oportunidad asegurar el derecho a salud reproductiva a través de la atención de salud en el parto y de la atención de los recién nacidos en un país desconocido,

pero al que acudieron sabiendo que era una garantía. Las mujeres reconocen al sistema sanitario chilenos como un sistema de calidad, que permite satisfacer las necesidades de atención de las mujeres y los recién nacidos. Migran entre el quinto o séptimo mes de embarazo. Las mujeres venezolanas, sin importar las condiciones económicas previas a la migración, ni los niveles de educación de estas, coinciden en afirmar que, para ellas, acceder al sistema de salud chileno constituye un alivio y esto motivó la migración, así aseguraron condiciones de nacimiento a sus hijos/as y de salud en el parto para ellas. En general, dicen sentirse agradecidas de la atención y en especial de la gratuidad, pues libera a las familias del peso asociado al costo de la atención de salud en un contexto de alta vulnerabilidad y de migración reciente.

En el marco de atención del parto, si bien las mujeres aparecen subordinadas a una estructura y modelo de atención del parto, es posible observar la agencia de las mujeres en el marco de la violencia en la atención de salud reproductiva, la agencia como respuesta a la vulneración de los derechos reproductivos y de nacimiento. En el relato de una mujer peruana se observa la tensión que implica para los equipos el ejercicio de agencia de las mujeres en los procesos de parto y en la toma de decisiones de las mujeres en este:

Pasaron a preguntar quién se iba a colocar la epidural, y yo dije que no quería, y aun así a pesar de eso vinieron y me pusieron la epidural, pero le dije; que yo no quiero y me dijo te la pones ahora porque yo no voy a volver a pasar y acá la ronda es de 8 a 6 horas, me dijo y le dije, yo no la necesito, no la quiero le dije, prefiero aguantar el dolor y me dijo bueno es cosa tuya y se dio media vuelta, pasó por dos o tres camillas más, volvió a venir y me dijo te la voy a colocar, yo le dije yo no quiero, ¡yo ya firmé y ya!, dije que no, y me dijo, ¡no!, te la voy a colocar igual porque tengo entendido que te van a pasar a la sala de operaciones y necesitas colocártelo, y bueno qué voy a hacer, no me voy a colocar a pelear, porque voy a hacer esto más tedioso y más tirante [ ] la misma anestesióloga, que fue la que yo denuncié, me empezó a pellizcar el brazo, y me dijo ¿sientes?, así como sientes esto, y me pellizcaba fuerte, me dejó morado, me dejó varios moretones en el brazo y me pellizcaba y me pellizcaba también en el vientre [ ] yo todavía

siento dolor acá, igual o sea no hay ninguna diferencia, me dijo no puede ser posible, ya te puse ya [vino el doctor que me iba a operar y preguntó, ¿ya está lista? Sí, ya está lista le dijo, y cuando empieza cortar y sentí todo y pegué el grito y la misma anestesióloga vino y como tenía la tele adelante, y me pegó una cachetada y me dijo ay qué son alharacas ustedes de su país, que no sé qué, y yo me quedé fría, se me cayó las lágrimas y la enfermera que estaba al lado mío me tomó la mano y yo quedé fría. (Mujer peruana)

Este relato es especialmente violento. A pesar de esto, evidencia la agencia de la mujer durante el parto y las resistencias que ella despliega. El relato también da cuenta de la falta de empatía, la xenofobia que estructura la relación y determina la práctica médica y el control que se ejerce sobre las mujeres. La falta de explicación en relación con los procedimientos, la falta de empatía y el control sobre cuerpo de las mujeres impiden un ejercicio de los derechos reproductivos y de nacimiento.

## REFLEXIONES AL CIERRE

A partir de la narración de las experiencias de partos de las mujeres migrantes se demuestran diversos escenarios y prácticas hegemónicas, violentas, de control y subalternización de estas mujeres. Las principales faltas durante la atención de salud de las mujeres se producen en relación con los derechos del nacimiento (Leiva, 2018), la violencia física que experimentan las mujeres, la profundización de esta violencia a partir de la condición de migrantes, la falta de consentimiento sobre acciones médicas o decisiones que implican la salud y el cuerpo de las mismas mujeres, la falta de privacidad, etc. Desiguales contextos de atención de salud reproductiva, establecimientos hospitalarios que carecen de condiciones materiales y la habilitación de los equipos limitan una atención con pertinencia cultural. Falta de coherencia interna en la implementación de programas de salud, la necesidad de articulación entre la atención de nivel primario y secundario, carencia de un contexto social de respeto y acogida de las diferencias y diversidad sociocultural. Hacen falta

espacios de atención y formación de especialistas a nivel de centros de atención de salud, que desde la práctica sensibles culturalmente, que no consideran cuestiones éticas básicas de confidencialidad y trato para resguardar los derechos de las mujeres, sus cuerpos e identidades, asegurar así procesos e intervenciones médicas desde los derechos, que sean reflexionadas para evitar la violencia que se ejerce, y desarrollar la empatía, etc. Se requiere garantizar el trato digno y respetuoso, el reconocimiento de las mujeres migrantes, de la diversidad de sus realidades en el nacional, como también lo relativo a sus contextos sociales y culturales de origen. Debemos comprender los sistemas médicos de atención en los países de origen y las particularidades las prácticas culturales y sociales en relación con la gestación, parto y crianza, de modo de transformar las relaciones de hegemonía y subalternidad que se reproducen en la atención de salud de población minorizada (Piñones et al., 2019).

Se propone, a partir de los aspectos presentados, generar: i) acciones que permitan mejorar el conocimiento social y la percepción sobre los derechos de atención de salud de las mujeres migrantes. Es indispensable asegurar mecanismos de comprensión y resguardo de los derechos reproductivos y del nacimiento, pues la falta en el aseguramiento de estos y del respeto de ellos constituye una falta grave, especialmente cuando nos referimos a mujeres (migrantes y también chilenas) que enfrentan múltiples vulnerabilidades. Se debe asegurar la formación de los equipos de salud y su condición de garantes de derechos, ii) por medio de la exploración y comprensión de las respuestas de las mujeres migrantes a la medicalización, al control de sus cuerpos y de su condición de migrantes, el cuestionamiento de la subalternización de estas. Considerar también las agencias que emergen en las mujeres en los contextos de parto permitirá dar cuenta de los nodos críticos que subyacen en la atención de salud reproductiva en el país. iii) Se requiere una transformación al interior del sistema de salud. Para ello, es indispensable la habilitación de los equipos, de los espacios de atención desde la pertinencia cultural, un abordaje que considere la interculturalidad, esta permite mejorar la comprensión de las diversas necesidades y prácticas asociadas al

embarazo y parto. El sistema de salud no puede responsabilizar a las mujeres de la violencia y la negligencia que se ejerce sobre ellas. iv) Se sugiere abordar la salud sexual y reproductiva considerando la compleja intersección de raza, origen nacional en el contexto chileno, el género, y de clase que se produce en el marco de atención —público-privado— de salud reproductiva.

Observar estas consideraciones y continuar profundizando en el conocimiento de las múltiples complejidades, sociales, médicas, antropológicas, etc., que afectan el embarazo, parto y crianza que experimentan las mujeres migrantes, sin duda mejorará tanto la atención de las mujeres migrantes como nacionales. Se espera continuar profundizando en estas líneas de investigación que he iniciado a través de este trabajo exploratorio, de modo de proponer acciones orientadas al cambio en las prácticas de atención de salud reproductiva. Estas prácticas del sistema de salud, sin duda deben considerar las experiencias de las mujeres en sus lugares de origen y en destino; reflexionar desde la interacción que se produce en el ámbito sanitario permitirá construir intervenciones de salud más interculturales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar, L., Delgado, I. Oyarte, M, & Cabieses, B. (2017, enero-junio). Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis*, 25, 95-112.
- Avaria, A. (2018a). Parir en el lugar equivocado: migración y la legitimidad (del derecho) de parir. En P. Morales, & M. A. Rodríguez Aguilera (Comp.), *Los derechos humanos hoy: reflexiones, desafíos y proyecciones a los 70 años de la declaración universal (1948-2018)*. Ril Editores.
- Avaria, A. (2018b). «El parto (no) es cuestión de mujeres». Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y crítica*. Universidad de Academia de Humanismo Cristiano, 2, 130-159. ISSN: 0719-9147 <http://revistas.academia.cl/index.php/academiaycritica/issue/view/128>

- Bellinard, C. (2016). Negritudes extranjeras en Chile. Significaciones y estereotipos sexo-genéricos en la interacción de inmigrantes afrocaribeñas (os) con chilenos (as). En M. E. Tijoux (Ed.), *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración* (pp. 243-260). Editorial Universitaria.
- Benítez, A., & Velasco, C. (2019). Desigualdades en salud: brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. En I. Aninat, & R. Vergara (Eds.), *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional*. FCE, CEP.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 34(2), 167-175. doi: 10.17843/rpmpesp.2017.342.2510
- Berrios, J., & Bortolotto, I. (2015). *Migración e interculturalidad. Una oportunidad y no una amenaza*. Editorial San Pablo.
- Bridges, K. M. (2011). *Reproducing race. An ethnography of pregnancy as a site of racialization*. University of California Press.
- Browser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. *Report of a Landscape Analysis. USAID-Ttraction Project*. Harvard School of Public Health. University Research Co. LLC.
- CASEN. (2017). Disponible en [http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Inmigrantes\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf)
- Cabieses, B. (2019). Salud y migración: un proceso complejo y multidimensional. En N. Rojas, & J. T. Vicuña (Eds.), *Migración en Chile. Evidencia y mitos de una nueva realidad* (pp. 143-170). LOM Editores.
- Cabieses, B., Oyarte, M., & Delgado, I. (2017). Capítulo 9. Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre, *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Canales, M. (2013). *Análisis interpretativo en la investigación cualitativa*. LOM Ediciones.
- Canales, M. (Coord.-Ed.). (2006). *Metodología de Investigación social. Introducción a los oficios*. LOM Ediciones.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración (INE-DEM). (2019). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile, al 31 de diciembre 2018. Informe metodológico. Santiago, Chile.

- Intendencia de Prestadores. (2018). Observatorio de calidad de la salud. Guía práctica. Calidad y seguridad asistencial en Chile para alumnos de Carreras de la salud. Unidad de Asesoría Técnica.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: clinical, lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*, 4, 140-149.
- Leiva, G. (2018). Derechos sexuales y reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: la situación de Chile. *Cuadernos médicos sociales*, 58(2), 31-41.
- Liberona, N. (2015, julio-diciembre). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, XV(2), 15-40.
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Arturo Prat*, 28, 507-520.
- Liberona, N., & Mansilla, M. A. (2017). Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.
- Ortiz, J., Díaz, M., Araya, M., Quiroz, J., Carroza, B., Pérez, J., Gutiérrez, L., & Binka, L. (2019). Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and perinatal characteristics among immigrant and native women in metropolitan region in Chile. *Midwifery*, 75, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.008>
- Oyarte, M., Cabieses, B., & Delgado, I. (2017). Capítulo 10. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre, *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Pedrero, V., Oyarte M., Cabieses, B., Arriagada, V., & Silva, C. (2017). Perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile* (pp. 115-147). Universidad del Desarrollo.
- Pedrero, V., Bernales, M., & Pérez, C. (2018). Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Rev. Med. Clin. Condes*, 29(3), 353-359.
- Piñones, C., Liberona, N., & Montecino, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis, revista latinoamericana*, 54, 141-153.

- Rapp, R. (2000). *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*. Routledge.
- Richard, P. (2017). *Racismo. El modelo chileno y el multiculturalismo neoliberal bajo la concertación 1990-2010*. Editorial Pehuén.
- Riedemann, A., & Stefoni, C. (2015). Sobre el racismo, su negación, y las consecuencias para una educación anti-racista en la enseñanza secundaria chilena. *Polis* [Online], 42. Online since 03 March 2016, connection on 07 September 2017. <http://polis.revues.org/11327>
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Publicaciones Universidad de Deusto.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. Sadler, M. E. Acuña, & A. Obach, *Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género* (pp. 15-66). Catalonia.
- Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., & Álvarez, A. (2014, enero). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad & Equidad*, 6, 6-33.
- Sibrian, N. (2017). Programa Chile Crece Contigo: su performatividad en la biografía de mujeres gestantes. *Revista Rumbos*, XII(16), 121-154.
- Stefoni, C., & Stang, F. (2017). La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Iconos* [online], 58, 109-129.
- Thayer, E. (2016). Migración, Estado y seguridad. Tensiones no resueltas y paradojas persistentes. *Polis Revista Latinoamericana* [Online], 44. Online since 14 September 2016, connection on 07 September 2017. <http://polis.revues.org/11854>
- Tijoux, M. E. (2011). Negando al «otro»: el constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En C. Stefoni (Coord.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 15-42). Universidad Alberto Hurtado Ediciones.
- Tijoux, M. E., Córdova, M. G. (2016). Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis* [En línea], 42 | 2015, Publicado el 27 febrero 2016, consultado el 04 septiembre 2017. <http://polis.revues.org/11226>
- Usallán, L. (2015). El pluralismo cultural y la gestión política de la inmigración en Chile: ¿ausencia de un modelo? *Polis* [En línea] 42/2015. Publicado el 27 febrero 2016. Consultado el 08 de marzo 2016. <http://polis.revues.org/11481>.
- Vasquez De Kartzow, R., & Castillo Durán, C. (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(4), 366-370.
- Walsh, C. (2012). *Interculturalidad crítica y (de) colonialidad*. Ensayos desde Abya Yala. Serie Pensamiento Decolonial. Ediciones Abya Yala.

EMOCIONES Y HOSPITALIDAD: DISYUNTIVAS  
DE ADAPTACIÓN EN UNA VENEZOLANA  
EMBARAZADA USUARIA DE CHILE  
CRECE CONTIGO

*Nairbis Sibrian*<sup>1</sup>  
*Mario Millones Espinosa*<sup>2</sup>

INTRODUCCIÓN

En el fenómeno migratorio existe una dimensión poco explorada, a diferencia de, por ejemplo, el trabajo o la situación de legalidad de su estadía. Nos referimos a las emociones. Si bien existen algunos estudios donde las emociones tienen importancia, entre ellos, el análisis sobre las cadenas globales de cuidados de Leiva (2015) en el norte de Chile, no obstante, las emociones no tienen la centralidad

---

<sup>1</sup> Doctora en Sociología. Académica de la Escuela de Comunicaciones, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: nsibrian@santotomas.cl

<sup>2</sup> Doctor © en Sociología. Académico Universidad Católica Silva Henríquez. Correo electrónico: mario.millones.espinosa@gmail.com

en la investigación o, en su defecto, si las tienen (Pincheira, 2019), la migración entonces desaparece como problema.

En Chile, en los últimos años, la migración tomó gran parte de la agenda pública precrisis social de octubre del 2019. Desde el racismo como reacción a la misma (Tijoux, 2016), la necesidad de la comprensión cultural en el caso de la comunidad haitiana y su lenguaje, hasta la politización de esta (Guzmán-Concha, 217). En el caso de la migración venezolana, se ha generado una controversia poco habitual, dado el contexto político que la ha provocado, por un lado, y la masividad que la caracterizó en un momento, por el otro (Koechlin & Eguren, 2018). Y es dentro de esta población que la siguiente investigación o caso de estudio se centra.

De ser una población que, prácticamente, no generaba datos en Chile a comienzos de los 2000, desde el 2017 y sobre todo a comienzos del 2019 se posa como la primera colonia de migrantes en el país, superando incluso a la población de origen peruano, que por años fue la primera mayoría. Entre los datos que comienzan a manejarse, se sabe que tiene en promedio más años de estudios que la población chilena siendo 15,7 para los primeros y 12,1 para los segundos. A su vez, que la edad fluctúa en su mayoría entre 15 y 29 años (Cárdenas, 2018) y que en un gran número de estos ocupan el sector servicio y muchos no tendrían hijos/as al ingresar a Chile (Salgado et al., 2018). Por otro lado, estando ya en situación laboral más o menos regular, muchos utilizan el servicio público de salud FONASA (Fondo Nacional de Salud) con un 56,5% frente a un 10,9% que lo haría en ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), y existe un 32,6% que se encontraba sin previsión de salud hasta mediados del año 2018, según el estudio de Salgado, Contreras y Albornoz (2018).

Más allá de, precisamente, tales datos que comienzan a caracterizar a la población migrante venezolana, creemos que cuando sucede de forma tan dinámica como en este caso en particular, se activan mecanismos o fenómenos donde las controversias se agudizan y, por ende, surgen estrategias de adaptación que quizás antes no llamaban la atención. No solo trabajo, estudios o salud son necesarios de

adquirir para un bienestar cuando se migra, sino que, dependiendo de la situación, las emociones en torno a la hospitalidad pueden llegar a ser incluso más o tan importantes como las condiciones materiales.

A través de esta idea o problema, indagaremos en el caso de una mujer venezolana que llega a Chile, comienza a gestar sin mayores redes de apoyo y es usuaria del programa Chile Crece Contigo. A través de su caso, problematizamos en torno a las estrategias de adaptación de la migración y cómo surge, allí, un conflicto emocional, el cual implica ciertos arreglos o ajustes en el día a día. Por último, cabe advertir que quizás no todo migrante pasa por el mismo conflicto que Francisca (nombre ficticio), pero este caso invita a pensar en problemas emocionales más allá de la dicotomía extrañez/alegría, como se suele representar a la migración.

## METODOLOGÍA

Se realizó el seguimiento de una mujer gestante usuaria del programa Chile Crece Contigo. Se la acompañó a sus controles en los consultorios públicos donde funciona la política, así como a talleres y actividades. Fueron diez contactos de seguimiento y dos entrevistas semiestructuradas (inicial y postparto). La información se analizó a través del *software* Nvivo, generando códigos comprensivos de problemas que fueron apareciendo a través de algunas preguntas que interrogan cómo las mujeres gestantes van resolviendo las tensiones que se presentan en su proceso de gestación.

Metodológicamente, es un estudio de caso (Stake, 1999) con perspectiva etnográfica (Gubern, 2011), que enfatiza en las prácticas cotidianas desde la narración y la observación participante. A su vez, recurrimos al paradigma interpretativo en el análisis de los datos (Guba & Lincoln, 2002).

La selección del caso respondió a criterios teóricos y contextuales, es decir, no se busca lograr representatividad, sino densidad en la descripción de prácticas de producción y construcción social del embarazo en condiciones migratorias, mientras su ubicación espacio temporal obedece a razones de cercanía y conveniencia. Se emplea

al relato biográfico (Leclerc-Olive, 2009) de un período acotado: el embarazo, en el cual exploramos el discurrir de los acontecimientos.

Se cuenta con el consentimiento informado de la entrevistada, quien autoriza usar la información proporcionada con fines académicos. Por último, este texto forma parte de una investigación más amplia que contempla el seguimiento etnográfico de otras mujeres gestantes, a propósito de la tesis doctoral de la primera autora.

## CHILE CRECE CONTIGO

La política pública Chile Crece Contigo nace el año 2006, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet. Este sistema articula políticas y acciones preexistentes en el abanico de prestaciones del servicio público, operando, prácticamente, en todas las comunas del país. Cubre desde el primer control de gestación hasta el ingreso al sistema escolar o equivalente del niño/a.

Durante la gestación, el programa ofrece diversos planes, tales como: fortalecimiento de los cuidados prenatales (controles), plan cuidado personalizado (consultas con especialistas), talleres y visita a la maternidad, atención personalizada del proceso de nacimiento (parto) y un programa de apoyo al recién nacido (neonatología). Todos estos planes incluyen la entrega de una agenda o tarjeta de control prenatal; materiales educativos para el autocuidado, nacimiento, lactancia y crianza temprana; leche especial para embarazadas (leche Purita), vitaminas, medicamentos, el ajuar cuando el niño nace (cuña, mantas y lencería) y en algunos casos un subsidio familiar para la mujer embarazada desde el quinto mes de embarazo.

Aunque está dirigido a toda la infancia, desde su gestación, en la práctica se produce una segmentación provocada por el propio sistema de salud (Avaria, 2018), pues en Chile la seguridad social es de carácter obligatorio, lo que significa que todo trabajador debe adscribir al sistema público o privado y, de ese modo, quienes no cuentan con condiciones para ingresar al sistema privado son considerados beneficiarios del sistema público. Esta aparente elección genera, como dice Larragaña (2000), «segmentación del

sector salud entre un sistema privado que concentra a las personas de ingreso más alto y menor riesgo médico y un sistema público que reúne aquellos de ingreso más bajo y mayor riesgo en salud» (p. 421). No obstante, este programa atiende a todas las mujeres gestante usuarias del sistema público (Bedregal et al., 2014), tengan o no nacionalidad chilena. De allí su gran impacto y posibilidad de estudio en su funcionamiento.

## EL PROBLEMA EMOCIONAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Eva Illouz (2007) señala que el capitalismo tiene una fuerte relación con el mundo de las emociones. Aún más, advierte que este sistema político, económico e ideológico no podría haberse desarrollado si no fuera por un componente emocional en su despliegue. En el mundo empresarial, de la publicidad o del consumo, las emociones siempre estuvieron ligadas a este proceso de producción, aunque poco se les ha estudiado como parte del sistema capitalista, haciendo de las emociones una especie de mundo paralelo.

Por su parte, Hochschild (2008) manifiesta que existe, incluso, una labor o trabajo emocional dentro del mundo del trabajo que justifica, en el caso de las mujeres, su estadía y aceptación de muchas condiciones. Pero más allá del lugar donde se da la labor emocional, esta forma parte de un «yo» sensible como dice Hochschild, un yo que tiene capacidad de sentir y, a su vez, conciencia de tal característica, separando, por tanto, la idea de que las emociones son ajenas a la racionalidad. Tal conciencia de sentimientos y de las directrices culturales que los configuran, en muchas ocasiones el individuo explora lo que espera sentir y lo que se quiere sentir. No sería un cálculo racional entendido como una especie de panificación premeditada de la emoción, sino más bien implica una relación entre acción normada y reglas en un contexto normativo que, de cierta forma, acarrea el conocimiento de la emoción que se debería producir en ciertos escenarios.

Así, a los sentimientos se les aplican ciertas reglas para juzgar si son o no apropiados para contextos situados temporalmente. Por

ejemplo, Hochschild (2008) señala que existe adecuación clínica, la cual hace referencia a lo que se espera de personas normales y saludables (es bueno enojarse, aunque no tanto), que existe una adecuación moral que implica una especie de legitimidad moral al sentimiento (por ejemplo, dejarle de hablar a un niño con fin de enseñanza sería inapropiado moralmente) y, por último, que existe una adecuación sociocultural, la que, sin duda, manifiesta una fuerza normativa para el surgimiento de una situación determinada (como estar feliz en una fiesta). Ahora bien, todo ello se aplica tanto a nuestra propia experiencia biográfica como a la de los demás en el sentido de presión social, configurando lo que se podría comprender como un mercado de expresiones, el cual influye en el valor que atribuimos a las mismas en ciertos escenarios.

Pero en una sociedad mercantilizada, la expresión positiva está más valorada que otro tipo de sentimientos comunes, como el enojo o el resentimiento. Quiere decir esto, que ciertos sentimientos son sancionados más que otros o incluso se podría pensar que a algunas personas se les castiga con mayor fuerza que a otras cuando se les asignan sentimientos infra o hipervalorados. De esta forma, los sentimientos también pueden ser trabajados, en la medida que vamos teniendo consciencia de dicho mercado emocional y su regulación constituye un trabajo importante en la adaptación y superación de desafíos.

## PRUEBAS Y EMOCIONES: UNA POSIBILIDAD DE CONVERGENCIA SITUADA

Martuccelli (2010) trabaja la noción de prueba<sup>3</sup>, la cual alude a tipos de «desafíos históricos y estructurales, socialmente producidos, culturalmente representados, desigualmente distribuidos, que los individuos —todos y cada uno de ellos— están obligados a enfrentar en el seno de una sociedad». Existen varias acciones o acontecimientos que se consideran como pruebas, entre ellas, el trabajo o la familia

---

<sup>3</sup> Existe otra línea en donde la noción de prueba tiene otro argumento teórico, sobre todo en los estudios de Ciencia y Tecnología. Para ver más de ello, revisar: Latour (1986, 2001a, 2001b, 2016).

cuyo desenlace puede ser negativo o positivo, pero que en ambos casos no se puede eludir su aparición.

La importancia de la prueba radica en que a través de ella se articulan procesos estructurales y experiencias personales, donde esta última es definida por cierta idea, noción o imaginario de cómo debería ser un fenómeno particular que engloba y construye una sociedad como, por ejemplo, la familia o el trabajo, y que en su fracaso o éxito exige una justificación para comprender el desarrollo y narrativa de la misma.

Así, la prueba emerge como un hecho de la vida de cada persona que moviliza acciones y subjetividades, que tiene tal nivel de estructuración en la sociedad en tanto un desafío que no se puede omitir y solo queda en trabajar en tal prueba y la justificación que le evoca. Ahora bien, como dicen Araujo y Martuccelli (2012), no todos los problemas en la vida deben ser entendidos como prueba en tanto que es un desafío histórico. Sacar una buena calificación en el colegio podría confundirse con una especie de prueba, sin embargo, no lo es, pues la educación en su conjunto lo sería, dado que nadie puede omitir dicha institución, aunque el triunfo o fracaso en este campo (Bourdieu & Passeron, 2009) va a depender de la situación de cada individuo y sus capitales acumulados biográficamente.

Dicho esto, lo que nos interesa rescatar de esta categoría es que los individuos, para poder pasar exitosamente dicha prueba (éxito acorde a su posición social de clase, género, etc.), deben invertir tiempo y energía para tal acontecimiento. Para Araujo y Martuccelli (2012), los individuos hacen un trabajo como respuesta singular a tales pruebas comunes, que resulta en acciones concretas. Y es en ese trabajo que hacen los individuos, en su practicidad y pragmatismo, que creemos se presenta un desafío emocional y problema mayor para quienes han migrado.

Cabe destacar, en última instancia, que la migración no la consideramos como prueba en sí, aunque quizás dentro de un futuro no muy lejano pueda constituirse como tal para una sociedad altamente cambiante. Más bien creemos que todo migrante acarrea una carga adicional a las pruebas que debe enfrentar, que lo llevan a una especie

de laberinto con dos posibilidades: justificar en positivo su decisión de migrar o, en su defecto, justificar en negativa su experiencia y, por ende, entra en un dilema con la hospitalidad recibida. La idea de hospitalidad está intrínsecamente ligada a una reflexión sobre la ley y el deber, el derecho y la justicia que desde la filosofía cuestiona la capacidad de las sociedades para recibir a personas extranjeras. Para Derrida y Dufourmantelle (2006), se trata de repensar tales relaciones, así como de apostar por una política que coloque en su centro la acogida y no la hostilidad.

### CONFLICTOS EMOCIONALES: LABERINTOS Y SALIDAS EN LA HOSPITALIDAD

Por no tener documentos migratorios regulares al momento de quedar embarazada en Chile, Francisca recurre a los servicios de salud del Estado chileno FONASA, donde la registran en su base de datos, y se comienza a atender por el programa Chile Crece Contigo. Sin embargo, esta no había sido la primera opción para ella y su pareja. Fueron en un comienzo al sistema privado de salud ISAPRE<sup>4</sup> debido a que su pareja tiene un trabajo estable, pero se encontraron con múltiples obstáculos por su condición de migrante.

A partir de ese momento, se configura una diatriba emocional con la familia de su pareja. Estos, en forma de comentarios, en cualquier reunión familiar, cuestionaron el sistema de salud público, sosteniendo que en Chile lo privado siempre funciona mejor. Desde las instalaciones, los profesionales, el trato o cualquier otra parte del sistema eran juzgados como inferior y precario por la familia de la pareja de Francisca y, allí, se puede atisbar el conflicto emocional relacionado con la prueba de la familia, que en este caso se agudiza con la condición migratoria y que pasamos a revisar.

---

<sup>4</sup> El sistema de salud chileno se encuentra dividido en público y privado, a partir de la neoliberalización de los servicios públicos chilenos que comenzó en la década de los ochenta. Para ver más sobre las consecuencias de esta fragmentación, ver: Goyenechea y Sinclair (2013).

*Acompañamiento y testimonios*

La primera entrevista fue realizada en un consultorio a las 08.00 am. Hacía mucho frío y Francisca se encontraba comiendo un pan con queso esperando su turno. No había podido desayunar para poder llegar temprano y ser atendida. Explica que la van a pesar, medir, tomar su presión y luego le darán un número para ser vista por una especialidad. Cuenta que llegó muy temprano, aún no salía el sol y un vecino taxista le hizo un descuento por el viaje. Comenta, a su vez, que ha tenido que venir varias veces y que si llega antes de las 08:00 es probable que a mediodía esté lista. Respecto al sistema de salud, señala:

Aquí no pago nada, nada, nada. Aquí, todo es gratis y esto lo pone el Estado. Y eso es bueno porque muchas personas tienen que contratar, no sé qué, la matrona, pagarle los honorarios a no sé quién. Lo único que sí tuvimos que pagar al principio, porque no teníamos FONASA, eran los ultrasonidos y los exámenes de sangre, que todavía no los cubría. Mientras ya después que nos salió FONASA, me salió como en enero, ya después que me salió, entonces, no pagué nada (...) No me quejo, la verdad, tuve que esperar, pero por algo uno es paciente. (Contacto de seguimiento, 12/06/2017)

Francisca llevaba poco tiempo en Chile al momento de quedar embarazada, por lo que solo tenía la compañía de su pareja. No conoce a nadie más. De tal modo que la sensación de sentirse sola es recurrente en sus relatos:

( ) yo me sentía sola, porque yo sí le dije a mi esposo «yo me siento sola» y estar en el apartamento sola todo el día era llorar, entonces, yo le decía, «yo no siento ayuda de nadie y entonces como que empezamos como que a buscar un poquito de apoyo en la familia de él, pero era como que más me estresaban porque me empezaron a decir: «¡Tienes que comer esto!», «¡No comas esto!», «¡Tienes que comer aquello!», «¡No hagas esto!», «¡No te puedes bañar!». Esas cosas de señoras antiguas, entonces lo que yo hacía como que no estaba bien: «¡No, porque eso no es así!», «¡No, porque por

eso es que te vomitas!», «¡Por eso es que te duele la cabeza!».  
(Contacto de seguimiento, 05/05/2017)

El problema que señala Francisca comienza a ser determinante en su historia. Siente que en todo momento la familia de su pareja cuestiona su forma de cuidarse, comer, dormir, y aunque sean solo comentarios (a tono de consejos), la hacen sentirse incómoda en la medida que va pasando el tiempo. Surge una discordia que algunos migrantes comienzan a vivir, quizás de otras formas a la de Francisca, pero que sin duda deben sentir: la familia de acogida no cumple las expectativas de un entorno familiar o, dicho de otra forma, tiene la sensación de que esta familia no tiene el sentido que para ella debería tener. La situación de la hospitalidad, por tanto, comienza a problematizarse en tanto que bienvenida y convivencia de un entorno con la otredad.

Francisca siente que en tales consejos hay una crítica hacia ella como futura madre. Por ello, para sentirse mejor, toma la decisión de alejar a la familia de su esposo del proceso de embarazo: «Entonces, yo le dije a mi esposo, que no que no vengan más, no los quiero ver, prefiero quedarme aquí sola y hablar con la televisión o con un muñeco» (contacto de seguimiento, 05/05/2017). De alguna u otra forma, esta decisión divisoria advierte una idea que quizás todo migrante siente en algún momento de su hospedaje. La idea de un bando percibido como aliado y otro más bien como enemigo o contrario a sus intereses.

En el caso de Francisca, el bando que comienza a ser percibido como aliado será justamente el servicio de salud público donde se atiende y que era criticado de manera constante por la familia de su pareja. Relata, por ejemplo, que cuando va a los respectivos controles de su embarazo, al personal que le corresponde atenderla le cuenta todo lo que está viviendo en su casa, entablando una relación con el servicio que manifiesta, para ella, sentimientos parecidos a la amistad. Así, por ejemplo, comenta que a la doctora le habla con confianza como si fuese un espacio de contención emocional:

Yo le digo a mi doctora «es que no soporto a nadie» y le digo a mi matrona «es que los odio a todos», «todos huelen mal», «odio el perfume», «odio el jabón», «odio hasta que mi esposo se eche perfume en el cuarto», «odio hasta que se eche champú». Yo creo que, como me dijo la psicóloga, es el mismo estrés que me produce el embarazo por el cambio hormonal. (Contacto de seguimiento, 23/05/2017)

De cierta forma, la estrategia que comienza a utilizar Francisca es una especie de transferencia de emociones (siguiendo la idea de un mercado de estas) donde, tal cual si fuese un entorno familiar, le otorga un estatus de cercanía al recinto hospitalario y a sus anfitriones, sintiendo que allí la hospitalidad supera la asistencia médica a su embarazo: «A veces no tengo consulta pero voy a preguntarle a la matrona, porque escuché tal cosa o por comentarios que hace mi cuñada de pacientes de su clínica privada y voy y le pregunto y me dicen que no escuche cosas» (contacto de seguimiento, 23/05/2017). Sin embargo, a la familia de su pareja le otorga o transfiere una sensación de desconfianza total, donde cada palabra que escucha es puesta a prueba y pasada por el filtro del conocimiento que le entrega el hospital respecto al embarazo. Por ejemplo, en un episodio, cuando su cuñada le pregunta por un examen que deberá hacerse (dado que es enfermera), ella preocupada va al día siguiente al servicio de salud a corroborar la veracidad del comentario:

(...) le pregunté a la asistente social, le pregunté a mi matrona, le pregunté a las otras matronas y me dijeron que eso no se hace [el examen], porque eso es meter un espéculo y raspar el útero y puede dañar al bebé. Entonces, eso me alivió, pero igual le dije a mi esposo: «¡que mi cuñada no venga más! porque si no me va a aportar, que no venga». (Contacto de seguimiento, 23/06/2017)

Esta constante transferencia emocional en la cual Francisca habita y en donde crea una especie de alianza emocional con los profesionales del servicio de salud, mientras se aísla de la familia de su pareja, acarrea consecuencias que, sin embargo, van más allá de la mera acción emocional que hasta ahora se viene describiendo,

pues implica tomar acciones relacionadas con su propio embarazo y que quizás en otras circunstancias podrían ser objeto de crítica. Por ejemplo, Francisca tiende a suavizar algunos acontecimientos ocurridos en sus visitas a controles médicos e incluso durante el parto. Por ejemplo, relata que un día le fueron a sacar sangre y:

(...) no me encontraban sangre y me pillaron dos veces aquí, entonces, me dicen: «vamos a sacar» (...). Yo, dentro de mí, decía: «no, no busques ahí, busca otra vez aquí». Pero me dolía igual. Pero ella no me encontraba la vena (...) Ella, la enfermera, tenía una mariposa aquí y yo, por dentro: «no, no pongas la mariposita ahí; si con mariposa duele más». Me pilló tres veces buscando (...) Todo el mundo me miraba y ella me decía «es que no puedo extraer la mariposa porque no tenemos más». Tuve que aguantar y cuando llegué ese día a la casa tenía morado el brazo (...) Yo me quería poner a llorar, pero aquí he aprendido a calmarme y a ser paciente. (Contacto de seguimiento, 12/06/2017)

No es el hecho de que sintiera algo de dolor en sí lo crucial, sino más bien cómo Francisca comienza a asumir una actitud donde parece ser que la hospitalidad recibida por el programa y su transferencia emocional se van transformando en un laberinto que tiene una salida emocional, como cuando señala que solo le quedó «calmarse y ser paciente»<sup>5</sup>. Sucede algo similar cuando relata su parto y la forma en que le hicieron parir a su hijo<sup>6</sup>, la salida a dicho laberinto fue suavizar el acontecimiento para que no parezca como queja aquello que relata, pero que quizás en otra circunstancia habría cuestionado:

(...) había que hacerlo todo por el bien del bebé, nunca me trataron mal, nunca sentí reproche por ser extranjera, me dieron un servicio que es del país como a muchas personas chilenas. Aunque me rompieron la bolsa y me dolió mucho,

<sup>5</sup> Auyero (2013) señala que, el Estado a los pobres los hace constantemente esperar en muchas circunstancias, creando verdaderos pacientes, sumisos muchas veces, como forma de subordinación política. La alusión que hace Francisca a volverse paciente alude, precisamente, a esta idea de esperar, pues de lo contrario no se obtiene el servicio requerido.

<sup>6</sup> Sobre la cesárea en Chile y de cómo esta práctica médica se ha convertido en una de las más altas del mundo, ver Sadler y Rivera (2015).

la verdad no tengo quejas, me pusieron anestesia para que no me doliera más y me tomaron solo dos puntos ahí abajo, todo fue muy rápido, además, me dieron una cuna que se arma y se desarma, con muchos libros para leerle al bebé, pienso que Chile tiene un buen sistema de salud, en comparación con lo que han pasado mis hermanas en mi país, para mí fue súper. (Contacto de seguimiento, 19/07/2017)

A raíz de estos relatos problematizaremos, encontramos lo que hasta ahora hemos señalado como el conflicto emocional en la condición de migrante que, además, creemos que muchos y muchas deben enfrentar, sin embargo, lo que nos parece importante en este conflicto es el hecho de que la justificación emocional puede suavizar hechos o acontecimientos que en otras circunstancias quizás no serían muy bien aceptados.

### CRISIS DE LOS CUIDADOS EMOCIONALES: FAMILIA VERSUS ESTADO

Un primer enfrentamiento en el caso de Francisca en tanto que migrante fue la oposición entre familia versus Estado. Todo trabajo de cuidado (Carrasco et al., 2011) implica una elaboración emocional (Hochschild, 2008) que hasta cierto punto justifica la feminización de este. Se trata de una imposición histórica que, bajo la idea de don sin reciprocidad, emerge como un trabajo que reparte arbitrariamente tiempos y responsabilidades, teniendo como base moral el género (Comas-d'Argemis, 2017).

Hochschild (2001), en su investigación sobre una empresa en Estados Unidos, se percata de un fenómeno complejo que cruzaba lógicas que pertenecían al mundo del trabajo con el de la familia. En términos concretos, en el trabajo las mujeres encontraban emociones que antes pertenecían al hogar, tales como reconocimiento, amor, bienestar, sociabilidad; mientras que en el hogar, las emociones eran más similares a las que siempre caracterizaron al trabajo como el no reconocimiento, el maltrato o garantizar una especie de producto. Así, los tiempos de ambas esferas se ensamblan y el trabajo deviene

reducto emocional, mientras que el hogar espacio de racionalidad cuasi-taylorista<sup>7</sup>.

De cierta forma, la experiencia de Francisca sobre su embarazo refleja que el centro de salud público de Santiago (norte) y la familia de su pareja coinciden. No es el mismo enlace que percibe Hochschild, pues Francisca no trabaja formalmente, sin embargo, respecto al reparto de las emociones en la migración acarrea un fenómeno parecido. Cuando sabe que está embarazada y decide quedarse en Chile, comienza a construir un proyecto de familia que tiene, sin embargo, algunas particularidades que le pertenecen a la migración o que quizás con el migrar se acentúan. Ella está sola y la familia de su pareja es lo único parecido al entorno familiar que dejó atrás. No obstante, como se aprecia en sus relatos, siente cuestionamientos hacia su forma de cuidar su embarazo tanto por la madre de su pareja como por la hermana de este. Al mismo tiempo, escucha de forma permanente una crítica al sistema de salud público donde se atiende que es, por cierto y muy importante, el único que la acepta en condición migratoria.

Así, pues, al sentir cuestionamientos a su forma de ser o *habitus*, en términos de Bourdieu (1997)<sup>8</sup>, toma la decisión de alejar a la familia de su pareja y, por ende, hacer una transferencia de emociones a los profesionales del servicio de salud que la atienden y, a la inversa, a la familia de su pareja en Chile le transfiere sentimientos que corresponden más a la crítica de las instituciones, tales como la desconfianza. Por tanto, Francisca no solo va a asistir al control de su embarazo en las fechas que corresponden, sino que creará la costumbre de ir en muchas otras ocasiones bajo variadas excusas. Y aunque todas ellas están relacionadas con su embarazo, prontamente

---

<sup>7</sup> En el sentido de que para muchas mujeres que trabajan y una vez vuelven a sus casas, tienen el tiempo programado para las distintas tareas, como bañar a los hijos, comer, estar con ellos y hacerlos dormir. Ver Hochschild (2012).

<sup>8</sup> Bourdieu (1997) señala que el *habitus*, en tanto que construcción individual y colectiva, constituye la base del consenso sobre el sentido común y de lo que puede significar la familia en particular y lo que debe ser el buen camino. La familia, así, se impone como trascendente, como una institución con sus propios intereses que instituye a sus miembros a garantizar la integración a través de obligaciones afectivas.

en su relato se advierte que va con el fin de entablar relaciones afectivas que son más cercanas a un entorno o familiar o amistoso. La estrategia, así, de Francisca es utilizar todos los servicios a los cuales puede acceder, volviéndose conocida entre matronas, enfermeras, psicólogas, entre otras, y se convierte, por ello, en una gran usuaria del programa Chile Crece Contigo. Le otorgan, incluso, un reconocimiento de paciente destacada y ejemplo para otras mujeres gestantes<sup>9</sup>. Dicho estatus emocional, que en otras palabras la proyectaba como futura buena madre, contrasta con la sensación de cuestionamiento del cual era objeto por la familia de su pareja. De allí, que la transferencia emocional era correcta como decisión estratégica de adaptación.

#### LA GRATITUD COMO RECURSO DE SOCIALIZACIÓN Y LA QUEJA ESCONDIDA

Según Hochschild (2008), la gratitud es una forma de apreciación donde nos sentimos agradecidos por cosas que nos parecen adicionales a las que esperamos o tenemos. Existen, por ello, fuentes o marcos de referencia que funcionan como especies de motores que movilizan la emergencia de la gratitud: marcos morales, marcos pragmáticos y marcos históricos. Respecto a Francisca y su situación de ser mujer, migrante, estar embarazada y solo con la compañía de su pareja (que trabaja por turnos), la gratitud aparece como un discurso y práctica que impactan en la forma cómo se va a relacionar con el servicio de salud donde atiende su proceso de gestación.

Allí se aprecia una dimensión histórica de origen, pues se podría señalar que desde donde viene, Venezuela, el problema de la crisis actual (política, económica, social y moral) acarrea que los servicios de salud estén en un deterioro constante, por lo que llegar a Chile y

<sup>9</sup> El Centro de Salud Familiar (CESFAM) donde se atiende Francisca es un consultorio que desde antes del nacimiento del programa Chile Crece Contigo ya funcionaba como un servicio de acogida para migrantes y atención en salud, de manera que el programa se inserta con un personal con experiencia en migración, no obstante, los hechos contradictorios (malos tratos, espera y violencia obstétrica durante el parto ocurre cuando debe ir a un hospital o a otro centro de especialidad y durante el parto).

ser atendida con todos los servicios médicos, así deba esperar largas jornadas, es un derecho (mínimo) ganado. Su gratitud en ese sentido es histórica. Francisca así lo señala:

(...) en comparación ahorita a cómo están las cosas en Venezuela, yo me siento súper, me siento privilegiada. Porque tengo atención, tengo... Voy a los talleres que me encantan y me enseñan cosas. (Contacto de seguimiento, 12/06/2017)

Y de ahí que se logra entender la molestia de ella con la crítica que hace la familia de su pareja respecto al sistema de salud público donde se atiende, pues considera que su situación migratoria no es comprendida y que, por tanto, en el servicio de salud su situación tiene un cuidado especial, al punto de ser reconocida como muy buena usuaria.

Ahora bien, la gratitud de Francisca también es pragmática. La transferencia emocional que ella ha elaborado durante todo este proceso con el personal le ha traído, según su propia percepción, algunos beneficios como, por ejemplo, que pueda recibir la leche que allí se entrega de forma gratuita y sin hacer fila para ello, lo que, en ese sentido, Francisca comienza a ver o percibir que la transferencia emocional y gratitud también se transforman en una estrategia de intercambio que agiliza ciertos servicios.

Lo mismo con la caja de leche, yo vengo y me la tienen lista porque ya conozco a la chica de la bodega. Yo fui y le dije: «María José, regálame una caja» y me dijo «bueno». No tuve que hacer cola. (19/07/2017)

Sin embargo, así como la gratitud emerge en todos los relatos de Francisca, la queja como emoción o recurso discursivo se difumina en tanto que es solapada por todo aquello que ella siente que ha ganado. Francisca relata una serie de hechos que podrían ser objeto de queja (como se ven anteriormente), pero las cuenta más bien como anécdotas jocosas o de forma tímida para que la propia queja no sea entendida como tal. Francisca, así, ha desarrollado cierta capacidad crítica de situaciones, las cuales, sin embargo, son ajustadas

a la transferencia emocional efectuada durante meses de atención, por lo que la queja como tal no tiene tanta valía como la gratitud.

La queja, se podría decir de otro modo, contiene el problema del estigma del carácter (Goffman, 2006) en una época donde la positividad surge como nuevo régimen. Una persona «quejona» no será escuchada. Y parece ser que Francisca, hasta cierto punto, se ha hecho consciente de ello como migrante. Como ella bien lo dice, ha aprendido a calmarse y ser paciente en un servicio que la reconoce como buena cuidadora, cuando en el entorno familiar siente lo contrario. Por ello, su queja tiene ribetes de no serlo, pues podría perder aquel reconocimiento ganado como mujer, migrante, embarazada y buena usuaria.

El problema surge cuando la gratitud, como estrategia de intercambio, podría solapar, suavizar o hacer permeable malos tratos, discriminación o violencia que bien podrían valer una queja en el caso de muchas personas migrantes, lo que crea entonces un panorama complejo de atender en este contexto. Se tiende a pensar que la queja no contiene en sí un lado bueno. Que no beneficia a las instituciones o que solo tiene razón cuando es institucional. Sin embargo, en un contexto de creciente migración, con instituciones disciplinarias que ponen a prueba al sujeto migrante, podría ser útil para mejorar la atención y, sin embargo, cierto solapamiento podría ir en la dirección contraria a su mejora.

## CONSIDERACIONES FINALES

Derrida y Dufourmantelle (2006) señalan que la hospitalidad siempre es condicionada, pero que también existe un principio de ley donde la hospitalidad sería ilimitada, esto es, cuando hay respeto por el otro u otra. En ambos casos, sino se contradicen y tensan entre sí, la misma hospitalidad podría entonces no serlo y, toda cultura y vínculo social parten desde un principio de hospitalidad como tal. Sea la clase, el color de piel, el país de origen o la orientación política, todas pueden resultar excusas para que la hospitalidad sea

una frontera demarcada y demarcable, aunque también reinventada una y otra vez.

Muchos de los que migran tendrán que demostrar, quizás una y otra vez, el aporte que traen consigo (material, social, simbólico) para quien lo hospeda, de lo contrario, es probable que se les recuerde su condición de huésped limitado de manera permanente. Por ello, creemos que el caso de Francisca muestra cómo en su proceso de adaptación va optando por una elaboración emocional que tiene consecuencias sobre el modo en que se reciben a las personas que migran.

En este sentido, la elaboración emocional rompe la tolerancia como marca suplementaria de soberanía y, así, ella puede navegar por aguas desconocidas, logrando elaborar una emoción de gratitud con el servicio público de atención de salud al cual asiste. Sin embargo, a través de la transferencia emocional que realiza, al traspasar emociones del ámbito familia o personal al servicio público, Francisca suaviza acontecimientos que podrían ser objeto de crítica. El problema de suprimir la crítica es que se ocultan problemáticas asociadas a las formas en las cuales se garantiza salud a las personas migrantes, las cuales podrían estar condicionadas en su hospitalidad.

Abrir la complejidad de tales interacciones, donde las emociones tienen un rol central, permite comprender un fenómeno como la migración de un modo mucho más holista e intercultural, el cual en Chile aún se percibe plagado de prejuicios que se necesitan desterrar y donde —creemos— estas juegan un papel muy importante en la adaptación cotidiana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Auyero, J. (2013). *Los pacientes del Estado*. Eudeba.
- Avaria, A. (2018). El parto (no) es cuestión de mujeres. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica*, 2.
- Bedregal, P., Torres, A., & Carvallo, C. (2014). *Chile crece contigo: el desafío de la protección social de la infancia*. Documento de Trabajo. PNUD [En línea].
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.

- Bourdieu, P., & Passeron, J. (2009). *Los herederos. Los estudiantes y la cultura*. Siglo XXI Editores.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Los Libros de la Catarata.
- Derrida, J., & Dufourmantelle, A. (2006). *La hospitalidad*. Ediciones de la Flor.
- Goyenechea, M., & Sinclair, D. (2013). La privatización de la salud en Chile. *Políticas Públicas*, 6(1), 35-52 [En línea].
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denmar, & J. A. Haro (Comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-134). El Colegio de Sonora.
- Gubern, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI.
- Guzman-Concha, César (2017). Piñera arrastró votos DC, izquierda anti-concertación y activó a la derecha con «Chilezuela». *CIPER*, Temas. Disponible en: <https://ciperchile.cl/2017/12/21/pinera-arrastro-votos-dc-izquierda-anti-concertacion-y-activo-a-la-derecha-con-chilezuela/>
- Hochschild, A. (2001). *The time band. When work becomes home and work home becomes work*. Holt Paperbacks.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz Editores.
- Hochschild, A. (2012). *The second shift. Working families and the Revolution at home*. Penguin Books.
- Koechlin, J., & Eguren, J. (2018). *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*. Universidad Antonio Ruiz de Montoya.
- Latour, B. (1986). The power of association. Law, J. (Comp.). *Power, action and belief: a new sociology of knowledge? Sociological Review Monograph*, 32, 264-289.
- Latour, B. (2001a). *Pasteur. La guerre des microbes*. La Découverte.
- Latour, B. (2001b). *Irréductions*. La Découverte.
- Latour, B. (2016). La sociedad como posesión la prueba de la orquesta. *Revista diferencia(s)*, 3(2), 159-177.
- Larrañaga, O. (2000). Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno. En D. Titelman, & A. Uthoff (Comps.), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos-Canadá-Argentina-Chile-Colombia*. Volumen II. FCE/CEPAL.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(8), 1-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211014822001>

- Leiva, S. (2015). Organización social de los cuidados en Bolivia y Chile. Estado y ciudadanía. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 26, 61-81 [En línea].
- Pincheira, I. (2019). *Las emociones en Chile contemporáneo*. Ediciones Metales Pesados.
- Sadler, M., & Rivera, M. (2015). El temor al parto: yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72 [En línea].
- Salgado, F., Contreras, C., & Albornoz, L. (2018). La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 8(1), 81-117 [En línea].
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Tijoux, M. (2016). *Racismo en Chile: a piel como marca de la inmigración*. Universitaria.

# NECESIDADES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES EN CHILE: ANÁLISIS A PARTIR DE LA ENCUESTA CASEN PARA LOS AÑOS 2015-2017

*Macarena Chepo*<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

### *Cifras de migración en Chile y en el mundo*

La migración internacional históricamente ha sido un fenómeno global, relevante, complejo y altamente heterogéneo, donde se conjugan múltiples aspectos económicos, sociales y de seguridad social. A nivel mundial, el número de migrantes internacionales se multiplicó aproximadamente 2,5 veces, pasando de 93 millones en 1960 a 241 millones en 2015 (UNESCO, 2019). Para el año 2017, se calculaban 258 millones de migrantes internacionales en todo el mundo, lo que representa al 3,3% de la población mundial (International Organization for Migration (IOM), 2018). Este grupo se

---

<sup>1</sup> Enfermera, magíster en Salud Pública, profesora investigadora Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Correo electrónico: macarena.chepo@gmail.com

distribuiría principalmente en Asia (80 millones), seguido por Europa (78 millones) y América del Norte (58 millones) (United Nations, 2017). Dentro de los corredores más importantes de migración figuran Europa oriental hacia Europa occidental, el África Septentrional hacia Europa Meridional, y Asia Meridional a los países del golfo, siendo el corredor mayor en términos absolutos el de México hacia los Estados Unidos, con 12,7 millones de migrantes en 2017 (UNESCO, 2019).

Respecto a las edades, a nivel mundial, el mayor número de migrantes internacionales correspondería a personas entre 30 a 34 años de edad, cuyo sexo es predominantemente femenino (48%) (United Nations, 2017). Aplicado a infancia, según datos de la UNICEF, la población infantil migrante actualmente alcanzaría los 50 millones de personas, donde un tercio aproximadamente habría sido desplazado por la fuerza de sus propios países (Garin et al., 2016). Siguiendo en esta línea, para el caso de Chile, de acuerdo a estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), calculadas sobre la base de combinación de datos censales más registros administrativos de las instituciones vinculadas al proceso migratorio (Departamento de Extranjería y Migración (DEM), 2019), para fines del año 2018 existían 1.251.225 personas extranjeras residentes en Chile. El fenómeno migratorio predominante es «sur-sur», donde la mayoría de los extranjeros provendrían predominantemente desde Venezuela (23%), seguido de Perú (17,9%), Haití (14,3%) y Colombia (11,7%). El sexo preponderante es el masculino (51,6%). Respecto a niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes, un 10,3% sería menor de 15 años de edad (128.512 habitantes), de los cuales un 29,7% serían originarios de Venezuela, 15% de Perú, 11,7% de Bolivia, 11,6% de Colombia y 7,7% de Haití.

### *Relación entre salud y migración aplicado a infancia*

Desde la perspectiva de curso de vida (Spallek et al., 2011), durante el proceso migratorio los niños y niñas enfrentarían diferentes

exposiciones en distintos momentos: en el país de origen, durante el proceso de migrar y en la llegada al país de acogida. Dependiendo de la edad en que migraron y las condiciones socioeconómicas de los padres, las exposiciones y períodos críticos vividos determinarían una acumulación de riesgos que tienen el potencial de manifestarse en la primera o segunda generación, lo que puede tener una influencia persistente en la vida posterior (Spallek et al., 2011).

Los niños y niñas migrantes son un grupo particularmente vulnerable dada la conjugación de diferentes factores: i) características derivadas de su edad y el grado de dependencia y cuidado especial que requieren para desarrollarse de manera adecuada, y ii) el fenómeno migratorio muchas veces es involuntario, secundario a un proyecto que habitualmente no es propio sino de sus padres, situación que los enfrenta «en algunos casos» a precariedad socioeconómica, barreras culturales, de lenguaje y escenarios de discriminación y vulneración de derechos (Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú, n.d.). Lo anterior tendría un impacto directo en el goce y el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, lo que condiciona que este grupo enfrente una situación de vulnerabilidad incluso mayor que la de sus padres (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, Organización Internacional para las Migraciones, OIM, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2012).

Por otra parte, la migración internacional puede afectar a los niños y niñas de diferentes maneras (UNICEF, n.d.); por una parte, aquellos niños «que quedan atrás», situación donde sus padres migran a otro país y los dejan al cuidado de otras personas; están también aquellos que migran acompañando a sus padres o, en su opuesto, emigran solos; también se encuentran aquellos niños y niñas retornados o que han sido repatriados. Finalmente, otro grupo que considerar son aquellos niños quienes, a pesar de no ser migrantes, se ven de alguna manera afectados por este fenómeno al vivir en comunidades que envían o reciben una gran cantidad de migrantes. Cada uno de estos escenarios implica que este grupo enfrente retos diferentes, los cuales pueden suponer resultados adversos para su

salud, especialmente si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas (Cabieses, Chepo, et al., 2017).

En ámbitos de resultados en salud, a nivel internacional, una reciente revisión bibliográfica (Curtis et al., 2018) determinó que existe cierta renuencia de los niños y niñas migrantes a hablar sobre su salud, actitud atribuida en algunas ocasiones al *estigma* asociado a su condición de migrantes. Sin embargo, cuando se dispone de auto-reportes de salud, los resultados indican altos niveles de percepción de «mala salud» y necesidades de atención de salud no cubiertas, padecimiento de enfermedades crónicas y de salud mental, experiencias insatisfactorias con los servicios de salud derivadas de dificultades para obtener horas médicas, problemas en los registros clínicos, dificultad de comprensión de problemas de salud dominantes en el país de origen, barreras idiomáticas, entre otros (Curtis et al., 2018). Estos resultados coinciden con hallazgos desde los equipos de salud, donde la salud general de los niños migrantes es percibida como peor que la de los no migrantes, con mayor presencia de enfermedades crónicas, donde los factores culturales y lingüísticos han sido reportados como la barrera más frecuente para acceder a la atención de salud, a lo que se suma escaso acceso a intérpretes profesionales y mediadores culturales (Carrasco-Sanz et al., 2018). En ámbitos de adaptación, dependiendo de barreras lingüísticas, los niños y niñas inmigrantes pueden tener dificultades en ámbitos escolares, baja autoestima, trastornos de conducta, depresión, anorexia nerviosa y otros síntomas somáticos (Gualdi-Russo et al., 2014).

Otros problemas de salud descritos en la literatura son mayores tasas de hospitalización evitables (Dalla Zuanna et al., 2017), entendido como hospitalizaciones generadas por afecciones por las cuales una atención ambulatoria oportuna y efectiva puede ayudar a reducir los riesgos de hospitalización, en casos como, por ejemplo, neumonía bacteriana, apendicitis, deshidratación, asma, diabetes no controlada y afecciones relacionadas con inmunización. Otros resultados reportados han sido mayor riesgo de tuberculosis, caries, diferencias en patrones de crecimiento y aceleración en la aparición de pubertad (Gualdi-Russo et al., 2014). Finalmente, estudios recientes

aplicados en población hispana y latina dan cuenta de que para el grupos de 2 a 19 años, la condición de ser migrante se relacionaría con un mayor riesgo de mortalidad en comparación con población local de la misma edad (Shor et al., 2017).

Para el caso de Chile, Cabieses y colaboradores (2017) han descrito que, en comparación con población chilena, existe una mayor proporción de inmigrantes embarazadas con riesgo biopsicosocial, mayor reporte de ingreso tardío al programa de control antenatal, menor cantidad de cesáreas, mayor proporción de niños migrantes fuera del sistema escolar, mayor proporción en pobreza multidimensional en niños migrantes y la mayor causa de egresos hospitalarios en migrantes entre 7-14 años de edad por traumatismos/otras causas externas (23,6% vs 16,7% en chilenos).

### *Acceso y uso de servicios de salud y niños y niñas migrantes*

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el año 1946 (Naciones Unidas, n.d.), el derecho a la salud, definido como *el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental*, ha sido reconocido en diversos pactos y tratados internacionales, definiéndolo como un tópico trascendental, donde todos los Estados se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes, políticas nacionales y conferencias internacionales.

En Chile, desde el año 2008, la Ley de Atención Universal en Chile garantiza que cualquier persona inmigrante, independiente de su situación legal, puede acceder a los beneficios de la provisión de salud, los cuales incluyen atención en casos de emergencias, control prenatal y atención de salud para todos los menores de 18 años (control sano, escolar y atención adolescente), independiente de su situación migratoria en Chile y la de sus padres, tutores o representantes legales (Ministerio de Salud Chile, 2017). Por otra parte, en junio del 2016, se realizó una modificación al Decreto 67 de FONASA (Gobierno de Chile Ministerio de Salud, 2015), que dice relación con los mecanismos y circunstancias para acreditar

a las personas como «carentes de recursos o indigentes», quienes acceden al Tramo A FONASA, incorporando una cuarta categoría, consistente en «tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos». Este cambio permite que las personas en dicha circunstancia puedan ser beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, con una validez de un año de duración. Sumado a lo anterior, la Circular A15 Nro. 4 (junio 2016) enfatiza que los bienes públicos en salud deben entregarse a todas las personas, independiente del seguro de salud, pues son de acceso universal y generan beneficios que van más allá de lo individual, porque protegen a toda la población, en su carácter preventivo y de promoción de la salud, tales como: vacunas, prestaciones de salud sexual y reproductiva, alimentación complementaria, prestaciones referidas a enfermedades transmisibles como ITS, TBC, VIH, entre otros.

Pese a lo anterior, estudios destacan que, si bien el programa de salud para la infancia representa una importante —y garantizada— alternativa de atención para los niños/as y adolescentes inmigrantes en Chile, muchas veces el uso de este servicio se ve obstaculizado por elementos externos o barreras, tales como desconocimiento de cómo funciona el sistema, temor a la deportación, entre otros (Cabieses, Bernal, & McIntyre, 2017; Cabieses, Chepo, et al., 2017; United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), & Organización Internacional de Migraciones (OIM), 2012). Sumado a lo anterior, existe escasa literatura comprensiva respecto a los problemas de salud que enfrentan los niños y niñas migrantes en Chile, situación que supone un desafío para los equipos de salud en miras a cumplir con los acuerdos nacionales e internacionales establecidos en materia de infancia.

El objetivo del presente capítulo es describir necesidades de salud por parte de la población migrante en Chile menor de 18 años de edad, a partir de indicadores de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) para los años 2015 y 2017.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional, análisis repetido de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) para los años 2015- 2017. La Encuesta CASEN, cuyas bases se encuentran a libre descarga en la página web del Ministerio de Desarrollo Social, es representativa de la población residente en Chile en las viviendas particulares de las 15 regiones del país, tanto en zona urbana como rural. Esta encuesta utiliza un diseño muestral complejo, mediante muestreo probabilístico, estratificado, por conglomerado y en múltiples etapas.

La unidad última de selección es la vivienda, la unidad de interés es el hogar y la unidad de reporte son las personas miembros del hogar (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Para el presente análisis, de la totalidad de la base de datos de cada año, solo se consideraron los núcleos familiares que reportaron integrantes menores de 18 años de edad dentro de su grupo familiar, tanto chilenos como inmigrantes internacionales. La condición de «inmigrante internacional» fue representada a partir de la pregunta «¿Cuándo usted nació, en qué comuna residía su madre?». El total de población menor de 18 años inmigrante expandida calculada para cada año se encuentra disponible en la Tabla 1.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS SEGÚN AÑO CASEN

	CASEN 2015 (N= 17.552.505)			CASEN 2017 (N= 17.807.414)		
	Población estimada	%	Tamaño muestral	Población estimada	%	Tamaño muestral
Tamaño total	4.369.035	100	66.461	4.146.468	100	50.308
Chilenos	4.282.894	98,0	65.541	4.001.002	96,5	48.854
Inmigrantes	76.814	1,8	806	115.225	2,78	1.066
No reportado	9.327	0,2	114	30.241	0,73	388

Fuente: elaboración propia en base datos CASEN 2015 y 2017.

Los resultados serán organizados en dos categorías: i) características sociodemográficas: sexo, edad, región de residencia (tres primeras mayorías), situación de pobreza multidimensional y pobreza por ingresos, distribución urbano-rural, presencia de hacinamiento crítico (más de cinco personas por dormitorio) y asistencia a un establecimiento educacional, y; ii) acceso y uso de servicios de salud: seguro de salud, retiro gratuito de alimentos desde consultorio u hospital (leche Purita, Mi Sopita, fórmula para prematuros, entre otros), tasa de consulta (variable construida a partir de la media de las visitas al servicio de salud dividido por el total de la población) y problema de salud en los últimos tres meses. Todas las variables fueron informadas por el jefe de hogar.

Para el análisis, se seleccionaron medidas de tendencia central para variables continuas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Además, se utilizaron factores de expansión para representación nacional de acuerdo con la estrategia de muestreo establecida por ambas encuestas, aceptando un IC 95%, con uso del *software* Stata 14.

Resulta importante destacar que el presente capítulo se enmarca dentro de los resultados obtenidos en la tesis presentada para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile (2018), titulada «Equidad en acceso a salud de inmigrantes menores de 18 años de edad en Chile 2009-2015», cuya tutora fue la PhD en Salud Pública Patricia Frenz. Parte de los hallazgos de dicho trabajo se encuentran publicado en la revista *Cuadernos Médicos Sociales* (Chepo & Cabieses, 2018).

## RESULTADOS

### *Características sociodemográficas*

En la Tabla 2 se encuentran disponibles las características sociodemográficas de la población tanto chilena como inmigrante internacional, de acuerdo con los datos estimados por la Encuesta CASEN 2017. Puede observarse que, en términos de edad y sexo, las características son bastante similares entre ambos grupos. Respecto

a la distribución por región, la población inmigrante menor de 18 años se concentra principalmente en la Región Metropolitana (RM) (70,9%), seguido de Tarapacá y Antofagasta. Para el caso de la población chilena, también la primera mayoría es en la RM (40,1%), sin embargo, las otras regiones con mayor proporción de población chilena son Valparaíso y Biobío.

Respecto a las condiciones sociales, la población inmigrante se sitúa en una posición más desfavorable comparado con la población chilena, donde presentan una mayor proporción en condición de pobreza por ingresos (22,1% v/s 13,7% para chilenos), mayor proporción de pobreza multidimensional (31,9% v/s 22,6% para chilenos), así como también una mayor proporción residiría en condiciones de hacinamiento crítico (6,3 inmigrante versus 1,4% chilenos). Finalmente, la población inmigrante reporta menor asistencia a un establecimiento educacional comparado con población chilena (74,7% v/s 83,6% chilenos).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, CASEN 2017

	Inmigrantes	Chilenos
Sexo		
Hombres	54,3%	51,6%
Edad (promedio) Región de residencia (tres primeras mayorías)	8,8 años 70,9% RM 7,0% Tarapacá 5,2% Antofagasta	8,7 años 40,1% RM 9,8 % Valparaíso 8,8% Biobío
Pobreza según ingresos	22,1%	13,7%
Pobreza multidimensional (cinco dimensiones)	31,9%	22,6%
Zona de residencia		
Urbano	97,4%	87,1%
Rural	2,6%	1,3%
Hacinamiento crítico	6,3%	1,4%
Asistencia a establecimiento educacional	74,7%	83,6%

Fuente: elaboración propia en base información CASEN 2017.

*Acceso y uso de servicios de salud*

En la Tabla 3 se encuentran disponibles las características de acceso y uso a servicios por parte de población migrante internacional comparado con población chilena para los años 2015 y 2017. Respecto a la previsión de salud, en ambos períodos la población inmigrante reporta mayor proporción de personas sin previsión de salud, comparado con población chilena, sin embargo, esta cifra ha mostrado una leve reducción en los últimos dos años (22,3% 2015 y 20,2% el 2017). Por otra parte, desde la población inmigrante, en ambos períodos, existe un menor reporte de problemas en los últimos tres meses, menor tasa de consulta (aunque con un leve aumento para el año 2017 comparado con el 2015) y retiran en menor proporción alimentos desde los centros de APS u hospital.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, CASEN 2015 Y 2017

	2015		2017	
	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante
Sin previsión de salud	1,6%	22,3%	1,2%	20,2%
Problema de salud en los últimos tres meses	20,4%	13,9%	18,1%	13,2%
Tasa de consulta	1,17	0,63	1,7	1,06
Retiro de alimentos	56,9%	30,3%	55,4%	30,7%

Fuente: elaboración propia en base información CASEN 2015-2017.

## DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación nos permiten afirmar que existen diferencias en las condiciones sociales y en indicadores de acceso y uso de servicios de salud entre la población infantil menor de 18 años de edad inmigrante internacional y la población nativa chilena del mismo grupo etario, situación desfavorable para la población migrante. Los NNA migrantes se encuentran en mayor proporción en condición de pobreza por ingresos, pobreza multi-dimensional, en condiciones de hacinamiento y asistiría en menor

proporción a establecimientos educacionales. Asimismo, este grupo reportaría un menor acceso y uso de servicios de salud, comparado con población chilena.

Según la perspectiva de los determinantes sociales en salud, la pobreza y la salud son dos conceptos estrechamente relacionados (Davies et al., 2009). Se encuentra documentado que las personas que viven en situación de pobreza perciben menor acceso a salud y mayor prevalencia de problemas de salud (Blewett et al., 2010). Algunas de las razones de esta asociación es que las familias inmigrantes de bajos ingresos pueden enfrentar algunas barreras culturales, como dificultades en el lenguaje, falta de experiencia familiar con programas de salud o desconfianza en el sistema de salud, particularmente aquellos casos en situación migratoria irregular. En Chile, la población migrante enfrenta situaciones socialmente adversas, como acceso a trabajos menos calificados, segregación residencial, hacinamiento, entre otros (Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M., 2017), situaciones que alterarían el bienestar de niños y niñas migrantes.

Por otra parte, una reciente revisión sistemática (Markkula et al., 2018) determinó que existe una menor utilización de la atención médica por parte de los migrantes en comparación con los no migrantes, particularmente en las categorías «acceso general a la atención», «atención primaria», «salud bucal», «vacunas» y «salud mental», versus un mayor uso de servicios hospitalarios o de urgencias. Algunas de estas diferencias han sido atribuidas en la literatura a diversos factores, tales como: i) barreras culturales, como el género del proveedor de salud (hombre o mujer), diferentes significados asociados al concepto salud-enfermedad, expectativas de atención, entre otras; ii) barreras de comunicación, como problemas idiomáticos, falta de habilidades de comunicación intercultural, como estilo de preguntas (directas v/s indirectas), diferentes estilos para atender a un paciente (señor, usted, nombre, etc.), trato más bien horizontal versus jerárquico; iii) status socioeconómico, cuando la atención se encuentra asociada a pago bolsillo, lo que ocurre en aquellos casos de personas inmigrante sin previsión de salud, o los costos asociados al pago por transporte o ubicación geográfica y; iv)

barreras estructurales del sistema de salud, por ejemplo, naturaleza de la atención —dependiendo del país— centrada en atención primaria, lo que dificulta el acceso a especialistas, formas de asignación de horas de atención, entre otras; iv) conocimiento del sistema de salud, como,, por ejemplo conocer acerca de los beneficios o también cómo navegar en el sistema (Ahmed et al., 2016). Asimismo, los migrantes en situación de irregularidad pueden ser reticentes a acceder a estos servicios por temor a ser deportados del país (United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) et al., 2012). Finalmente, otro de los elementos destacados han sido las actitudes de discriminación y prejuicios por parte de los profesionales sanitarios (United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) et al., 2012).

Si bien existen diferencias en acceso y uso a servicios entre la población chilena y migrante, es posible observar también que parte de esta brecha ha tenido una reducción entre el 2015 y 2017, tal como puede verse en indicadores como la tasa de consulta (mayor para el 2017) o la cantidad de NNA sin previsión (menor para el 2017). Es probable que estas diferencias estén explicadas por los esfuerzos sostenidos que Chile ha realizado en miras a mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud para población migrante internacional, de acuerdo a la legislación vigente, traducidos en documentos como los Objetivos Sanitarios 2011-2020 (Ministerio de Salud de Chile, 2011) y el lanzamiento el año 2017 de la Política de Salud Migrantes, estrategias para mejorar el monitoreo de salud, a través de bases de datos como los egresos hospitalarios, los Registros Estadísticos Mensuales (REM), alianzas con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Derechos Humanos y OIM, como así también los diversos servicios de salud a lo largo del país se encuentran diseñando estrategias de sensibilización respecto a las necesidades de las personas migrantes internacionales (Ministerio de Salud Chile, 2017).

Si bien este capítulo entrega información novedosa respecto a las necesidades de salud de NNA migrantes, no está exento de limitaciones. La principal limitación se relaciona con el tamaño muestral

de población inmigrante internacional disponible en ambos años de la CASEN, situación que puede traducirse en un aumento del error estándar e incluso podría enmascarar situaciones de mayor vulnerabilidad, proveniente particularmente de inmigrantes indocumentados. Esta situación se atribuye a la naturaleza de la encuesta, la cual no está diseñada en su origen para realizar evaluaciones de salud en población general ni mucho menos determinar necesidades de población migrante. Lamentablemente, no existe otro instrumento con representatividad nacional que recoja la información presentada en el presente capítulo, por lo que se considera que los datos expuestos pueden servir como aliciente para el desarrollo de nuevas investigaciones en la materia.

Otra limitación es que la encuesta CASEN tiene una disponibilidad limitada de elementos o variables asociadas a las conductas de acceso y uso de servicios de salud, que ayudarían a comprender las diferencias entre población migrante y local, tales como preferencias en salud, conocimiento de beneficios, percepción de necesidad en niños y niñas, percepción de estigma y/o discriminación, entre otras. Además, es importante destacar que esta encuesta es respondida por el jefe de hogar, situación que se puede traducir en un sesgo de memoria y de información. Es necesario que, para futuras investigaciones, se profundice en estos aspectos, idealmente con estudios de naturaleza cualitativa o mixta, lo que sin duda ayudará a alcanzar una real comprensión del fenómeno.

## CONCLUSIONES

En el presente documento se ha descrito que los niños y niñas migrantes en Chile enfrentan diversos desafíos, donde existiría mayor exposición a situaciones que los posicionan como un grupo con mayor vulnerabilidad en términos de condiciones sociales y de acceso a servicios de salud. La evidencia descrita en este capítulo es consistente con hallazgos en literatura internacional disponible a la fecha, donde se demuestra la desventaja social que este grupo

enfrenta en distintos contextos (Blewett et al., 2010; Gelatt, 2016; Khanlou et al., 2017; Markkula et al., 2018; Silberholz et al., 2017).

Chile ha realizado importantes esfuerzos en materia de salud en los últimos años para desarrollar un sistema de salud más equitativo para la población migrante en Chile, promoviendo y difundiendo sus derechos en miras hacia una salud más justa e inclusiva (Ministerio de Salud Chile, 2017). Los hallazgos del presente capítulo invitan a seguir trabajando en la misma senda, no solo fortaleciendo las oportunidades de acceso y difusión de derecho en población migrante, sociedad civil y organizaciones, sino también desarrollando estrategias dirigidas a los mismos trabajadores de salud en términos de acceso a información, no-discriminación, sensibilización, todos elementos que pueden transformarse en barreras de acceso a la atención de salud.

Desde la esfera de la academia se hace necesario promover el desarrollo, en ámbitos de pre y postgrado de las carreras de la salud, de planes de estudio que fortalezcan la competencia cultural en salud, entendida como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario (Bernales et al., 2015). Diversos estudios indican que una atención centrada en el paciente, con un enfoque de competencia cultural, es capaz de responder a las necesidades particulares de cada persona, lo que a largo plazo tendría un fuerte impacto en la reducción de disparidades en salud (Anderson et al., 2003; Betancourt, 2003).

En ámbitos de investigación, uno de los desafíos es continuar buscando elementos que colaboren en la comprensión de las actuales brechas de acceso a la atención de salud entre niños y niñas migrantes y chilenos, información que puede ser de gran utilidad para los tomadores de decisión en materia de salud para el desarrollo de estrategias dirigidas hacia dichos factores. Algunos de los desafíos futuros pueden ir de la mano de las evaluaciones de impacto de la política de salud recientemente desarrollada en materia de reducción de brechas de acceso a servicios de salud en población migrante, o también, el desarrollo de estudios cualitativos respecto

a las preferencias en salud, satisfacción usuaria o participación comunitaria. En materia de infancia migrante, se hace muy necesario también explorar otras vulnerabilidades no desarrolladas en el presente capítulo, pero sí descritas en la literatura chilena, como lo son elementos de discriminación en contextos escolares y su impacto en el bienestar de NNA migrantes (Pavez-Soto, 2017; Salas et al., 2016; Tijoux-Merino, 2013).

Considerando la proyección del escenario migratorio en Chile, el avanzar en la salud de niños y niñas migrantes se transforma en un imperativo ético y moral. Si bien se han formalizado compromisos en materia de derechos humanos e infancia tanto a nivel nacional como internacional, es urgente y necesario continuar trabajando por lograr el bien superior de los niños y niñas migrantes, en miras a una sociedad más justa e inclusiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522–1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, Organización Internacional para las Migraciones, OIM, & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2012). *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos*.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68–79. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12668199>
- Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Competencia Cultural en Salud: Una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista Medica de Chile*, 143(3), 401–402.
- Betancourt, J. R. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>

- Blewett, L. A., Johnson, P. J., & Mach, A. L. (2010). Immigrant children's access to health care: differences by global region of birth. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(2), 13–31. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0315>
- Cabieses, B., Bernaldes, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (1st ed.). Universidad del Desarrollo. Retrieved from [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707–716. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>
- Carrasco-Sanz, A., Leiva-Gea, I., Martín-Álvarez, L., del Torso, S., van Esso, D., Hadjipanayis, A., ... Grossman, Z. (2018). Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child: Care, Health and Development*, 44(2), 183–187. <https://doi.org/10.1111/cch.12538>
- Chepo, M., & Cabieses, B. (2018). Diferencias en salud entre niños y niñas chilenos y migrantes: análisis de la CASEN 2009-2015. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4), 65–70.
- Curtis, P., Thompson, J., & Fairbrother, H. (2018). Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences. *Public Health*, 158, 71–85. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.038>
- Dalla Zuanna, T., Spadea, T., Milana, M., Petrelli, A., Cacciani, L., Simonato, L., & Canova, C. (2017). Avoidable hospitalization among migrants and ethnic minority groups: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 27(5), 861–868. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx113>
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). Migration: A social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10–12. Retrieved from [http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL DRAFT - IOM SDH.pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL_DRAFT_IOM_SDH.pdf)
- Departamento Extranjería y Migración (DEM). (2019). Estadísticas Migratorias.
- Garín, E., Beise, J., Hug, L., & You, D. (2016). *Uprooted: the growing crisis for refugee and migrant children*. UNICEF.
- Gelatt, J. (2016). Immigration Status and the Healthcare Access and Health of Children of Immigrants. *Social Science Quarterly*, 97(3), 540–554. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12261>

- Gobierno de Chile Ministerio de Salud. (2015). Circular A 15 Nro. 6 Atención de Salud de Personas Inmigrantes. Retrieved from [https://www.google.cl/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjozuCGzPDJAhXMEZAKHZFJA6oQFgg0MAI&url=http://transparencia.cmpuentealto.cl/index.php?action=plantillas\\_generar\\_archivo&ig=93&m=6&a=2015&ia=1846&usg=AFQjCNGnL1hAchv\\_Uc](https://www.google.cl/url?sa=t&rcct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjozuCGzPDJAhXMEZAKHZFJA6oQFgg0MAI&url=http://transparencia.cmpuentealto.cl/index.php?action=plantillas_generar_archivo&ig=93&m=6&a=2015&ia=1846&usg=AFQjCNGnL1hAchv_Uc)
- Gualdi-Russo, E., Toselli, S., Masotti, S., Marzouk, D., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2014). Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *The European Journal of Public Health*, 24(suppl 1), 16–25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku107>
- Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. (n.d.). *Derechos de los/as niños/as migrantes*. Retrieved from [http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2012/05/amicus\\_curiae\\_derechos\\_ninos\\_migrantes.pdf](http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2012/05/amicus_curiae_derechos_ninos_migrantes.pdf)
- International Organization for Migration (IOM). (2018). *World Migration Report 2018*. (International Organization for Migration (IOM), Ed.). Geneva, Switzerland. Retrieved from [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_en.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf)
- Khanlou, N., Haque, N., Skinner, A., Mantini, A., & Kurtz Landy, C. (2017). Scoping Review on Maternal Health among Immigrant and Refugee Women in Canada: Prenatal, Intrapartum, and Postnatal Care. *Journal of Pregnancy*, 2017, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2017/8783294>
- Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S., & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Globalization and Health*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018). *CASEN 2017: Metodología de Diseño Muestral*. Santiago, Chile. Retrieved from [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Diseno\\_Muestral\\_Casen\\_2017\\_MDS.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Diseno_Muestral_Casen_2017_MDS.pdf)
- Ministerio de Salud Chile. (2017). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Chile. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Res-Exenta-1308-2017-Politica-de-Salud-de-Migrantes-Internacionales.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. <https://doi.org/http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
- Naciones Unidas, O. (n.d.). El derecho a la salud. Folio Informativo Nro. 31.

- Pavez-Soto, I. (2017). Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Revista de Antropología Chilena*, 49(4), 613–622. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562017005000105>
- Salas, N., Del Río, F., San Martín, C., & Kong, F. (2016). *Caracterización y prejuicio acerca de los inmigrantes en el sistema escolar*.
- Shor, E., Roelfs, D., & Vang, Z. M. (2017). The «Hispanic mortality paradox» revisited: Meta-analysis and meta-regression of life-course differentials in Latin American and Caribbean immigrants' mortality. *Social Science & Medicine*, 186, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.049>
- Silberholz, E. A., Brodie, N., Spector, N. D., & Pattishall, A. E. (2017). Disparities in access to care in marginalized populations: *Current Opinion in Pediatrics*, 1. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000549>
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-8-6>
- Tijoux-Merino, M. E. (2013). Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias. <https://doi.org/http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10524674004>
- UNESCO. (2019). *Global Education Monitoring Report 2019: Migration, Displacement and Education – Building Bridges, not Walls*.
- UNICEF. (n.d.). Migration and Children. Retrieved from <https://www.unicef-irc.org/article/606-migration-and-children.html>
- United Nations. (2017). *2017 International Migration Report*.
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), & Organización Internacional de Migraciones (OIM). (2012). *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos*. Santiago de Chile. Retrieved from [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/NINOS\\_MIGRANTES\\_baja.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/NINOS_MIGRANTES_baja.pdf)

EXPERIENCIAS DE TRISTEZAS, DESARRAIGOS  
Y SOLEDADES: IDENTIFICACIÓN  
DE NECESIDADES DE SALUD  
EN ADOLESCENTES MIGRANTES A PARTIR  
DE LOS RESULTADOS DE UN ESTUDIO  
ETNOGRÁFICO

*Alexandra Obach*<sup>1</sup>

*Carla Urrutia*<sup>2</sup>

*Alejandra Carreño*<sup>3</sup>

## INTRODUCCIÓN

Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2015-2030) de Naciones Unidas dan relevancia a la salud de

---

<sup>1</sup> Profesora asociada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Correo electrónico: aobach@udd.cl

<sup>2</sup> Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

<sup>3</sup> Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

adolescentes y jóvenes en tanto grupos prioritarios (OMS, 2015; Caffè et al., 2017). Esto se debe a que existe consenso internacional respecto a la vulnerabilidad de los/as adolescentes, principalmente por la situación de invisibilidad social en la que se encuentran, y las condiciones de vida desfavorables en las que muchos de ellos/as viven y se desarrollan: bajos ingresos y nivel educativo, condiciones de vida de jóvenes indígenas, migrantes, junto con otros determinantes sociales que los/as desfavorecen y excluyen (OMS, 2015). La Organización Mundial de la Salud considera la adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años (Minsal, 2008). De acuerdo con los datos del Censo de 2017, la población adolescente en Chile (10-19 años) es de 2.392.112 personas, constituyendo el 13,6% de la población (INE, 2017). Este grupo concentra el segmento con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, siendo uno de los sectores sociales más vulnerables del país (15-19: 12,3%) (Casen 2018). Al igual que en el resto de la región, en el país, la principal causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años son las externas (accidentes, homicidios y suicidios), correspondiendo a un 60% de estas (Minsal, 2012). Junto con esto, las temáticas de la salud mental se reconocen como prioritarias para este grupo. Según datos de la Octava Encuesta Nacional de la Juventud de Chile, uno de cada cuatro jóvenes reconoce haberse sentido triste, desanimado o deprimido el último mes (Injuv, 2017). Cabe destacar el aumento sostenido del suicidio en este grupo de la población en los últimos años (Minsal, 2012). Por último, los ámbitos de salud sexual y reproductiva (SSR), lo que se refleja en el aumento de casos de VIH/SIDA en el país, el cual afecta principalmente al segmento de población entre los 15 y 29 años (Alarcón et al., 2018; MINSAL, 2016; ISP, 2016), así como el aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes y jóvenes (MINSAL, 2018b, 2018a).

Estos temas de salud afectan de manera diferencial a la población adolescente, dependiendo de una serie de variables, tales como el género, la clase social, la etnia y la nacionalidad. Respecto a este último punto, de acuerdo a los datos del Censo del año 2017, del total de población adolescentes del país, un 3% corresponde a adolescentes

nacidos fuera del territorio nacional (INE, 2017). Los/as adolescentes inmigrantes internacionales es una población relativamente desconocida, por diversos motivos: i) por una parte, por ser menores de edad en una sociedad altamente adultocéntrica, es decir, donde las creencias y valoraciones sociales válidas son aquellas que provienen del mundo adulto, lo cual fomenta una relación asimétrica y tensional de poder entre adultos y adolescentes. Desde este enfoque se tienden a negar los contenidos propios de la adolescencia y no se reconoce a este grupo en tanto sujetos sociales (Duarte, 2000; Chávez, 2014; Obach & Macintyre, 2016). ii) Por otra parte, por su condición de migrantes, toda vez que cuando se investiga y gestiona la migración y los procesos migratorios suelen dejarse de lado las experiencias y opiniones de los/as adolescentes (Fernández, 2012). Esto se debe al hecho de que la atención en los estudios sobre migración ha girado en torno a otros sujetos sociales, estos son: migración masculina por una parte (hasta los años setenta los estudios estuvieron enfocados principalmente en estos sujetos); mujeres migrantes desde la década de los ochenta, gracias a los esfuerzos de las académicas feministas por posicionarlas en la discusión. Recién en la última década se ha puesto el foco en la migración de adolescentes, entendiendo a este grupo como actores relevantes de este proceso, que lo experimentan de manera particular, transformando las prácticas y las vivencias de los/as adolescentes migrantes en comparación a quienes no viven estos procesos (Fernández, 2012). Así, diversos autores sostienen que existen una serie de dinámicas y problemáticas particulares de este grupo social que han sido en su mayoría ignoradas (Porráz, 2015). Estas experiencias se desarrollan durante todo el proceso migratorio, el cual impacta a los individuos en diversos niveles, entre ellos, social, cultural, financiero, político y psicológico (Fernández et al., 2017). Dentro del proceso migratorio se identifican tres etapas: premigratoria, durante la migración y postmigratoria. Cada una de estas etapas conduce a experiencias particulares, las que, de acuerdo con Casas (2014), involucran la exposición a eventos traumáticos específicos. Por esto mismo, surge la necesidad de dar cuenta de las necesidades en salud de adolescentes migrantes que se reconocen

en cada una de estas etapas, identificando las particularidades propias de este grupo etario, entendiendo por necesidades en salud el grado de salud-enfermedad que los/as usuarios/as potenciales de los servicios de salud experimentan, dadas por las necesidades básicas de los individuos (salud física, autonomía), necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación), y su relación con las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población (Torres-Arreola et al., 2006). Sobre la particularidad de adolescentes migrantes, Hein (2010) sostiene que los hijos/as de residentes extranjeros tienen una experiencia de migración distinta a la de sus padres en al menos dos sentidos: la primera vinculada al hecho de que ellos/as no eligen migrar, sino que sus padres deciden por ellos/as; la segunda vinculada al hecho de que su inserción en el país no ocurre a través del mercado laboral sino a través de los establecimientos escolares. La autora sostiene que, a diferencia de lo que señala la evidencia internacional, los niños/as y adolescentes de origen extranjero en Chile logran adaptarse de manera satisfactoria a las exigencias académicas del sistema escolar chileno, teniendo en algunos casos mejores resultados académicos que sus pares nacionales, pero que estos resultados no son suficientes para garantizar la movilidad social. Junto con lo anterior, la autora da cuenta del alto nivel de discriminación que se observa al interior de las escuelas hacia niños/as y adolescentes de origen extranjero. Diversos autores señalan que el ingreso de inmigrantes al sistema educativo en Chile está acompañado de procesos de discriminación y amenaza a la identidad nacional e institucional. Dichas discriminaciones se producen tanto a nivel de estudiantes, como de profesores y directivos (Salas et al., 2017; Stefoni et al., 2008).

Otra explicación respecto a la invisibilización de los/as adolescentes migrantes está vinculada al hecho de que, en muchas ocasiones, el proceso de movilidad los/as aleja del estado de moratoria propio de la adolescencia occidental, y los sitúa en una posición que los vincula más con el mundo adulto, que con los estereotipos tradicionales de adolescencia y juventud. Esto se debe tanto por su

entrada prematura al mundo laboral, como por la conformación temprana de familias que se da en adolescentes inmigrantes (Reyes, 2013). Esto se ve claramente reflejado en el caso de Chile donde, de acuerdo con datos de la encuesta Casen 2015, la población de casados y convivientes es significativamente mayor en la población inmigrante internacional de entre 15 y 29 años, en comparación con la población nacional (Cabieses et al., 2018; Reyes, 2013).

El presente capítulo tiene por objetivo reflexionar, sobre la base de los resultados de un estudio cualitativo llevado a cabo en la ciudad de Santiago de Chile, en torno a las necesidades en salud de adolescentes migrantes, desde la perspectiva de los/as propios adolescentes que han migrado a Chile, profesionales de la salud y profesores. Esto, en el entendido de que los procesos migratorios que experimenta este grupo generan necesidades específicas en salud, las cuales suelen ser ignoradas tanto por el sistema de salud como por el educacional.

## SOBRE LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La investigación se realizó mediante una metodología cualitativa, la cual presume la coexistencia de experiencias múltiples respecto a un mismo fenómeno, validando y exaltando el relato subjetivo de los sujetos en relación con un tema determinado (Creswell, 2014). En este marco, la investigación cualitativa no busca medir la extensión de los fenómenos, sino indagar en cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan (Patton, 2002). La investigación se llevó a cabo a través del diseño metodológico etnográfico, método de investigación que busca observar y describir las prácticas culturales de grupos sociales (Creswell, 2014).

La investigación se desarrolló en tres escuelas de la comuna de Lo Prado, de la Región Metropolitana de Chile. La muestra se construyó de acuerdo a criterios teóricos y prácticos, a través de los cuales se logró la saturación de la información. Se seleccionó a profesionales de salud y educación que trabajan en las tres escuelas abordadas. En el caso de adolescentes, se seleccionó a alumnos/as

de las tres escuelas, hombres y mujeres de entre 15 y 18 años de edad cursando entre octavo básico y cuarto medio. La muestra se intencionó con el objetivo de incluir la mayor diversidad posible de realidades entre los/as adolescentes, aquellos/as que han sido madres y padres; de la diversidad sexual; e inmigrantes internacionales. En el caso de las autoridades y tomadores de decisión en salud y educación, fueron incluidos autoridades de salud y educación del nivel local-comunal y central.

La investigación se llevó a cabo a través de las técnicas de investigación de observación etnográfica, entrevistas semiestructuradas, y grupos de discusión. Se realizó observación etnográfica en distintos días y horas de la semana, y en diversas áreas de las escuelas, con el fin de observar con la mayor amplitud posible las prácticas e interacciones que suceden al interior de las escuelas entre los/as estudiantes, y entre estos/as y los docentes, personal de salud y directivos de las escuelas. Todas las observaciones fueron registradas en un cuaderno de campo, detallando la fecha y hora de cada observación. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo con alumnos/as, profesionales de salud, profesores, directivos de las tres escuelas abordadas y autoridades de educación y salud a nivel local y central. Por último, se realizaron grupos de discusión con profesores y profesionales de salud, y con alumnos/as en cada una de las escuelas abordadas.

TABLA 1. NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Y GRUPOS DE DISCUSIÓN

	Entrevistas semiestructuradas	Grupos de discusión	
	Nº participantes	Nº participantes	Total de participantes
Informantes clave	6	-	6
Personal de salud	13	11	24
Directores de colegios	3	-	3
Profesores	10	17	27
Adolescentes	18	20	38
Total	50	48	98

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados presentados.

Toda la información proveniente del trabajo de campo (las notas de campo, las entrevistas y los grupos de discusión) fueron transcritas *verbatim* a Word. A cada entrevista y grupo de discusión se le asignó un código, resguardando con ello la confidencialidad de las personas entrevistadas. El material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de la información recolectada (Patton, 2002). Se utilizó el *software* NVivo para apoyar la codificación y análisis de la información.

Para garantizar la credibilidad y confiabilidad del estudio, se consideraron los siguientes criterios de rigurosidad (Lincoln & Guba, 1985; Johnson & Waterfield, 2004): i) triangulación de métodos y de participantes a través de entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y observación etnográfica; ii) Audit Trail: en búsqueda de la claridad y justificación de las opciones teóricas, metodológicas y analíticas de la investigación, se creó un diario de campo donde se registraron las ideas y experiencias del equipo de investigación, material que fue fundamental para el análisis y procesamiento de la información; iii) validación de participantes.

El proyecto contó con la aprobación del Comité Científico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Los/as participantes recibieron toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, y se aseguró la comprensión de esta y del carácter voluntario de su participación. Junto con esto, todos los/as participantes firmaron un consentimiento informado. Los/as menores de edad firmaron un asentimiento informado y, además, un consentimiento de sus padres, madres y/o tutores para participar en la investigación.

## RELATO DE EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE PROFESORES Y PROFESIONALES DE SALUD

A continuación, se presentan los principales resultados de la investigación en torno a la identificación de las necesidades en salud de adolescentes migrantes, desde la perspectiva de los diversos actores sociales involucrados en la investigación, a saber, estudiantes

migrantes, profesores y profesionales de la salud insertos en los contextos escolares abordados en el estudio.

Respecto a los/as estudiantes migrantes, se entrevistó a hombres y mujeres de enseñanza media de entre 15 y 18 años, de nacionalidades colombiana, venezolana y haitiana, con un tiempo de residencia en Chile de entre 10 años algunos, a cuatro meses otros. Cabe destacar que desde los países de origen, los/as jóvenes entrevistados/as provienen de distintas ciudades, es decir, tanto de las capitales y zonas urbanas, como también de ciudades más pequeñas y zonas rurales. De esta forma, la muestra trató de diversificar los perfiles de los y las participantes.

A partir de las entrevistas y observaciones realizadas, se identifican temáticas relativas a las necesidades de salud a partir de las experiencias que han vivido en las diversas etapas del proceso migratorio: premigratoria, durante la migración, y postmigratoria, en lo que respecta a la adaptación a una nueva sociedad, inserción en el sistema escolar, condiciones de vida, y entrada al mercado laboral.

## LA EXPERIENCIA MIGRATORIA SENTIDA DESDE LA SOLEDAD Y LA TRISTEZA

La etapa premigratoria se caracteriza por aquellos eventos que precipitan la decisión de los/as migrantes de dejar su país de origen. En el caso de los/as adolescentes entrevistados/as, fue posible identificar aspectos comunes en la manera de experimentar esta etapa, caracterizada en la mayoría de los casos por la partida de sus padres, o al menos uno de ellos, y quedar a cargo de familiares, generalmente abuelos, en sus países de origen. Si bien cada uno de los/as adolescentes migrantes entrevistados/as tiene un relato particular sobre esta etapa de sus vidas, coinciden en el impacto que tuvo en ellos/as la lejanía de sus progenitores. Tal como sostiene una adolescente entrevistada respecto a la partida de su madre desde Colombia hacia Chile un año antes de traerla consigo:

Nos dijo el primer año que llegó acá eh, ella estuvo todo un año acá y al año siguiente ella nos dijo que nos iba a llevar con ella, nos iba a traer para acá, que nos iba a traer, pero pasó un año y no nos trajo y al otro año siguiente, en el dos mil quince, ella fue por nosotros en agosto y se estuvo todo un mes allá y nos vinimos en octubre.

*¿Y cómo fue para ti esa vez que dijo los voy a traer y no los trajo, qué te generó a ti?*

Una tristeza, porque tenía muchas ganas de verla, quedarme acá con ella, porque me hacía mucha falta.

Esta sensación de falta de la madre durante el periodo de espera para reunificarse familiarmente en el país de acogida es común en las entrevistas, y los/as mismos/as adolescentes relatan que la carencia se ve exacerbada por la etapa del ciclo vital que están viviendo, donde requieren la presencia y la guía de sus progenitores, enfatizando la necesidad de la figura materna por sobre la paterna.

Una vez llegados a Chile, los/as adolescentes migrantes entrevistados/as relatan diversas dificultades experimentadas en su proceso de adaptación en la cultura chilena. La mayoría da cuenta de experiencias de discriminación en esta etapa, tanto por el color de piel como por diferencias en el lenguaje, vestimenta y costumbres. Tal como lo relata una adolescente haitiana entrevistada:

Me dicen cómo, me discriminan por mi color de piel y por mi país también (...) me dicen haitiana *culiá*, sí, y otras cosas más, no me gusta decirlo.

Los relatos de soledad también son recurrentes entre los/as adolescentes entrevistados, y es una emoción reconocida como común entre estos adolescentes por parte de profesores y profesionales de salud. Los/as adolescentes dicen sentirse muy solos/as, principalmente porque experimentan la falta de algunos de sus padres que se quedó en el país de origen o migró hacia otro lugar, y por la distancia generada con familiares (abuelos, tíos) y amigos que dejaron en sus países de origen. Así lo relata una de las psicólogas entrevistadas:

Sí, yo tengo niños extranjeros que están muy solos a nivel familiar y eso produce mucha depresión, estoy pensando específicamente en una niña que es de nacionalidad peruana que se siente muy solita, que tiene conflictos familiares y la mandaron sola para acá, también tengo una niña colombiana que lo mismo dejó a su mamá allá y se vino con su papá y la pareja de su papá, en ese sentido se sienten muy solos.

Muchos/as de los/as adolescentes migrantes viven verdaderos duelos al tener que aceptar el dejar atrás a sus grupos de pares, sus grupos de pertenencia, así como sus referentes afectivos más significativos como madres, padres, novios/as, familiares, entre otros. Adaptarse al nuevo medio les resulta difícil, sobre todo en esta etapa de la adolescencia en la que los pares juegan un rol central en el desarrollo de la identidad de los sujetos. La soledad también se vivencia al tener que adaptarse a nuevas dinámicas familiares, donde los padres ya no están tan presentes, ya que todo el proyecto migratorio está enfocado en el trabajo, y los/as adolescentes ya no cuentan con las redes familiares que tenían en los países de origen. Una de las adolescentes entrevistadas lo relata de la siguiente manera:

Salía del colegio, llegaba a mi casa, dejaba la mochila y salía afuera y veía un montón de personas jugando y yo me sentaba a mirar con mis amigas, a conversar cosas así (...). En cambio acá, yo llego del colegio, me siento y no hay nadie en la casa, salgo afuera silencio y es muy aburrido, no me gusta eso.

## LA ESCUELA COMO ESPACIO DE (DES)ENCUENTROS

La adaptación a las escuelas es un tema que tanto los/as adolescentes migrantes, como profesores y equipos de salud identifican como particularmente difícil. Esto se debe tanto a problemas de comunicación en casos como adolescentes haitianos que no hablan español, como aquellos que sí lo hablan, pero tienen dificultades con los modismos chilenos. Esta dificultad en la comunicación es sentida como un factor de aislamiento por los/as adolescentes migrantes, y es reconocida por profesores y profesionales de la salud como una

de las principales barreras para la integración. Tal como lo señala una profesora entrevistada:

Se debería hacer a nivel no sé nacional o de Ministerio o de política pública, algo para que existan más recursos para estos niños, un traductor, algo que nos pueda facilitar también la comunicación con ellos porque finalmente la pasan muy mal, y es algo que también escapa de las manos de los profesionales que trabajan acá, o sea, si bien podemos buscar las mil y una manera para poder comunicarte, pero hay cosas que ya están fuera de tu alcance poh.

Las dificultades en el proceso de adaptación a la escuela acarrearán una serie de consecuencias para los/as adolescentes migrantes, principalmente en los ámbitos de autoestima, ya que la mayoría de los sujetos entrevistados sostiene que, al ingresar en el sistema educacional chileno, los alumnos/as extranjeros bajan su rendimiento en comparación al que tenían en su país de origen. Una de las trabajadoras sociales lo ejemplifica a través de la siguiente experiencia de una adolescente migrante:

Le ha costado adaptarse y lo otro que la bajaron de nivel educacional y eso le afectó mucho, eso le ha afectado mucho, está muy enojada con este país, siente que eh, retrasarla dos años en su escolaridad para ella ha sido muy frustrante, le ha costado aceptar eso, eh, y por otra parte dejar familia, tíos, tíos, también ha sido como duro en esta adolescente, no, no ha sido fácil.

Estas experiencias de dificultad para adaptarse a las exigencias escolares del nuevo país se suman a la emoción de desarraigo que muchos/as adolescentes experimentan, al dejar a familiares y amistades en el país de origen. Esto se ve exacerbado en el ámbito de la socialización entre pares, espacio que se identifica como particularmente difícil para los/as adolescentes migrantes, ya que en muchas ocasiones experimentan situaciones de exclusión y aislamiento por parte de los pares chilenos. Esto lo identifican profesores y profesionales de la salud, tal como lo narra una trabajadora social entrevistada:

En los adolescentes las conversaciones son distintas, los grupos de pares son más reacios, acá hay un tema con los colombianos, acá a los chilenos no les gustan los colombianos, entonces los aíslan, los tienen como eh enfrentándose.

## CONDICIONES DE VIDA Y TEMPRANA ENTRADA AL MERCADO LABORAL

Las condiciones de vida también son identificadas como determinantes sociales que afectan la salud de los/as adolescentes migrantes. Así, por ejemplo, el hacinamiento en que viven muchas familias migrantes se reconoce como un obstáculo para el pleno desarrollo de los/as adolescentes, ya que limita su privacidad tanto para con ellos/as mismos/as, como para generar reuniones con amigos o encuentros con parejas. Al respecto, una psicóloga entrevistada comenta:

Ahora que están viviendo este proceso ya de la adolescencia, de necesitar sus espacios, de a lo mejor que sí, sí de incomodidad de a lo mejor tener que compartir pieza con los papás eh (...) y siendo niños que tienen cuánto, dieciséis años, entonces a esa edad uno necesita tener mayor privacidad. El hecho de que a lo mejor estén en pareja y no inviten a la pareja a la casa, ahí les complica un poco.

La inserción al mercado laboral en etapa escolar es otro aspecto que resaltan los sujetos entrevistados/as. Esta inserción surge como una necesidad que se da de manera más recurrente entre adolescentes migrantes que entre los/as nacionales, ya que el proyecto familiar de quienes migran está generalmente enfocado en mejorar las condiciones de vida del grupo, por lo que todos/as deben colaborar en esta tarea. Una de las matronas entrevistadas lo dice así:

Mira, los alumnos extranjeros no están viniendo acá porque sus condiciones sean buenas donde estaban, acá los extranjeros que tenemos son extranjeros que de por sí ya vienen vulnerables, entonces eh, obviamente poder ayudar a sus familias para ellos seguir estudiando no es tanto una ayuda, sí quieren, pero están pucha con la idea ya preconcebida de

que van a trabajar poh, de que esto es lo que corresponde, la media es lo que corresponde, pero hay muchos extranjeros que están trabajando los fines de semana.

Trabajar y estudiar al mismo tiempo conlleva una serie de consecuencias para los/as adolescentes migrantes, entre ellas, cansancio, estrés, baja en la autoestima, entre otros. Así lo relata un adolescente migrante que trabaja y estudia simultáneamente:

Y entonces empecé a decaer porque trabajaba todos los días de lunes a domingo, prácticamente nueve horas y me pagaban cinco mil pesos diarios, entonces me sentía mal, no podía hacer las cosas bien, no aportaba lo suficiente. De repente me empecé a decaer y a cansar, inclusive tenía peleas con mi mamá por eso. Después entonces mi novia me terminó porque no era el momento, no era el tiempo ni el lugar y la distancia, se dio una cosa y otra y tuvimos que terminar, entonces yo empecé a caer en mucha depresión, mucha, mucha depresión, literalmente empecé a dañarme a mí, no física sino mentalmente, me decía que yo era un tonto, que todo esto era mi culpa, que no sabía hacer nada (...).

## DESAFÍOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La gran mayoría de los/as profesores y profesionales de la salud entrevistados/as mencionan la temática de salud sexual y reproductiva como un eje central a la hora de abordar a adolescentes migrantes. Uno de los aspectos que aparece en los relatos es una suerte de estereotipo que recae sobre esta población en los ámbitos de la sexualidad, sobre todo en adolescentes provenientes de países caribeños. Los/as profesionales de la salud y profesores tienden a sexualizar a estos/as adolescentes, atribuyendo una mayor propensión a la sexualidad temprana a aspectos culturales y geográficos de los países de origen. Así lo relata una de las matronas entrevistadas:

Bueno, yo tengo una chiquitita en el Estados Unidos [refiriéndose al nombre del colegio] que es de sexto básico, doce años, y que ella fue a pedirme método anticonceptivo.

O sea, sí, o sea países caribeños yo creo que está el tema de la sexualidad más todavía a flor de piel que nosotros, sí, sí, eso es como lo que he visto.

Por otra parte, se reconoce en los/as adolescentes migrantes una mayor conciencia respecto al cuidado del embarazo en la adolescencia, ya que el proyecto migratorio gira en torno a mejorar las condiciones de vida del grupo familiar, por lo que existe claridad de las consecuencias negativas que un embarazo puede acarrear para la concreción de dicho proyecto. Una matrona comenta esta idea de la siguiente manera:

Ellos vienen con la mentalidad mucho que si bien son activos sexualmente, la mayoría con un promedio mayor de parejas sexuales eh, no quieren embarazarse o no quieren contagiarse una infección de transmisión sexual porque llegaron a Chile con un propósito y los papás los tienen acá por algo más, entonces acuden hartos, consultan hartos.

Además de esto, la mayoría de las matronas entrevistadas identifica que los hombres adolescentes migrantes, principalmente colombianos y venezolanos, son más involucrados en su salud sexual y reproductiva que los pares nacionales, y buscan más recursos para cuidarse en estos ámbitos, como solicitud de preservativos y de información respecto a ITS y prevención de embarazos. Tal como lo relata una matrona entrevistada:

En general son adolescentes que son bien responsables con su salud sexual. Sobre todo, los usuarios hombres. Nos consultan bastante por prevención de infección de transmisión sexual y método anticonceptivo en general. Son usuarios donde el uso de preservativo es siempre en su mayoría.

Esto genera un gran desafío para el sistema de salud chileno, el cual centra sus acciones en salud sexual y reproductiva en adolescentes principalmente en la prevención de embarazo en las mujeres, sin focalizarse mayormente en los hombres adolescentes en tanto sujetos activos en estos ámbitos.

## A MODO DE CIERRE

Los resultados presentados abren preguntas de investigación en las que confluyen aspectos propios de los estudios migratorios con los estudios del ciclo vital y las juventudes. Respecto a los primeros, los/as adolescentes representan una dimensión de la migración que ha sido excluida de las teorías clásicas centradas en aspectos más bien económicos o demográficos de la migración (Oso, 1998; Giménez Romero, 2003). La presencia de adolescentes migrantes demuestra que, para abordar las migraciones, es necesario posicionarse desde una perspectiva que considere los tres subprocesos implícitos en toda partida: la emigración, la inmigración y el retorno (Blanco, 2000). Las condiciones de partida, los motivos que están detrás de la organización familiar y comunitaria a partir de la cual se pone en acto el viaje, son factores tan importantes como las condiciones en las que se realiza el viaje y las experiencias que se vivirán en la llegada e inserción en la sociedad de arribo. El sueño del (no) retorno es también fundamental en la forma en que se estructuran las emociones y afectos vividos a lo largo de esta experiencia. Sayad (2000), en su concepto de «la doble ausencia», resume estos procesos en el continuo proceso de invisibilización que sufre quien migra: está ausente en su comunidad de origen —en el patio evocado por una de las jóvenes entrevistadas—, en la composición de la familia que se dejó, y al mismo tiempo permanece ausente en la comunidad en la que se inserta, aislado, ignorado o no reconocido como un par, un «eterno extranjero». Estos procesos son vividos en modo particularmente sensible por parte de los/as adolescentes, quienes nos hablan de la complejidad que habita en las familias transnacionales y de las múltiples formas de paternidad y maternidad que se ponen en acto a través de la migración. Por su parte, los estudios sobre ciclo vital y juventudes enfrentados a la diversidad cultural que emerge del encuentro migratorio, están obligados a repensar conceptos como la misma adolescencia. Si bien concebida desde la psicología evolutiva de sociedades occidentales, abundante es la literatura que problematiza la universalidad de esta experiencia (Mead, 1963), obligando a integrar los factores culturales que determinan cuándo empieza o

termina este proceso de transición, así como qué es lo que se debe y puede esperar del comportamiento de un/a adolescente. La literatura internacional, surgida en contextos en los que la migración de niños, menores no acompañados y jóvenes es una realidad asentada (Silva & Campani, 2004; Sourander, 1998), advierte sobre la necesidad de abordar el tema aceptando que en contextos migratorios habitan diversas concepciones de infancia, adolescencia y juventud. Esta diversidad implica el encuentro de modelos educativos y de crianza en los que lo que se espera de un niño/a o adolescente podrá ser radicalmente diferente entre la sociedad de origen y de llegada. Un/a adolescente puede ser considerado un adulto listo para trabajar frente a los ojos de sus padres, y a la vez un niño inmaduro y temeroso frente a los ojos de sus educadores. A estas variaciones culturales se agregan factores de clase, etnia y de género que hacen aún más compleja la realidad de estos grupos sociales, cuya condición etaria tiende además a crear distancia con los grupos adultos que concentran el poder de decisión sobre sus propios destinos.

A partir de lo expuesto desde la literatura, y de los resultados de investigación presentados, se identifican ciertos ámbitos que representen necesidades específicas en salud de adolescentes migrantes. Uno de ellos es el de salud mental, vinculado a las experiencias de tristeza, soledad y desarraigo que relatan adolescentes entrevistados/as, así como profesores y profesionales de salud vinculados a este grupo. Asimismo, experiencias de discriminación tanto en su proceso de adaptación a la sociedad en general, como a los espacios educativos en particular. Esto se condice con la evidencia internacional, dado que los estudios en adolescentes migrantes indican una diferencia en los indicadores de salud mental, desde problemas mentales, problemas emocionales y problemas de comportamiento, así como una amplia gama de influencias en la salud mental desde la edad de la migración y la duración de la estancia hasta el lugar de residencia, los ingresos y la discriminación (Pottie et al., 2017). En este marco, se sostiene que los/as adolescentes inmigrantes de primera generación experimentan una mayor tasa de acoso y agresión entre compañeros en comparación con la tercera generación y sus

homólogos nativos. Es decir, se reconoce que al menos en los espacios educativos los/as adolescentes migrantes están en una posición de mayor vulnerabilidad en comparación con los/as adolescentes nacionales (Pottie et al., 2017). La constatación de los factores de riesgo en salud mental que emergen en el espacio migratorio para los adolescentes migrantes ha ido acompañada de la aplicación del modelo de estrategias de aculturación (Berry, 1980), en la que los procesos de adaptación a un nuevo país han sido estudiados identificando tres posibilidades: asimilación, cuando el inmigrante abandona su identidad de origen para adquirir la del país de llegada; integración o biculturalismo, cuando manifiesta una fuerte identificación con ambas sociedades; o segregación, en el caso que la persona no establezca relaciones con el grupo mayoritario, reforzando su identidad por oposición y, en consecuencia, su marginalidad. Estos modelos han sido ampliamente criticados desde un enfoque antropológico que alerta sobre las consecuencias de poner atención únicamente en el comportamiento del individuo, sin considerar las condiciones políticas y económicas que la sociedad pone a los/as migrantes, en un proceso que es necesariamente colectivo (Beneduce, 2004). Aun considerando la asertividad de esta crítica, los estudios sobre salud mental de adolescentes migrantes que han adoptado el modelo de aculturación de Berry (Valtolina, 2019) advierten sobre la necesidad de abordar la vulnerabilidad de estos jóvenes, considerando que el principal desafío que enfrentamos como adultos es el de ayudarles a construir su identidad, manteniendo «la unidad de sí mismo en distintas situaciones» (Cesari Lusso, 1997). Los/as jóvenes y adolescentes migrantes se encuentran suspendidos en definiciones a menudo contradictorias consigo mismos, donde sus deseos, emociones, y acciones adquieren significados y valoraciones diversas de parte de los distintos interlocutores que los rodean. El desafío de las sociedades de acogida consiste, entonces, en ofrecer las mejores condiciones para que estos jóvenes puedan sentirse reconocidos en sus pertenencias múltiples, sin que estas supongan una contradicción o una renuncia forzada, sino que, al contrario, sean valoradas como parte de la potencialidad y riqueza que aporta cada ser humano.

Otro de los ámbitos identificados como prioritarios en relación con las necesidades de salud de adolescentes migrantes se vincula con la salud sexual y reproductiva. Diversos estudios en el país que han indagado la relación entre juventudes y el sistema formal de salud muestran una distancia entre las percepciones y prácticas sexuales juveniles, y los enfoques del sistema de salud. Esto se traduce en acciones sanitarias poco efectivas, y en la reproducción de estigmas y discriminaciones hacia la población joven (Sadler et al., 2011; Rojas et al., 2017). En el caso de la población adolescente migrante esto se ve exacerbado dados los estigmas y prejuicios que recaen sobre esta población por parte de pares, y también de trabajadores de la salud. Tijoux (2014) sostiene que la construcción de otredad que recae sobre los cuerpos de los sujetos migrantes, a través de una imagen estereotipada que genera un proceso de racialización y sexualización de estos. Esto se ve claramente reflejado en los discursos de profesionales de la salud entrevistados, quienes respecto a la sexualidad de adolescentes migrantes tienden a sexualizar las diferencias corporales, significando los cuerpos de hombres y mujeres adolescentes migrantes, especialmente de origen caribeño, desde una óptica que exagera las diferencias. Por otra parte, la identificación de los hombres adolescentes migrantes como más conscientes y comprometidos con su salud sexual y reproductiva conlleva el desafío de incluir enfoques de masculinidades en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en Chile, las que hasta la fecha tienden a enfocarse en los cuerpos femeninos y en las dimensiones reproductivas de estos (Knight et al., 2012; Figueroa-Perea, 1998; Obach et al., 2018; Buzi & Smith, 2014).

A partir de los resultados presentados se desprenden una serie de recomendaciones para el abordaje de adolescentes migrantes, entre estas: i) la necesidad de incorporar un enfoque intercultural tanto en salud como en educación. Esto, con el fin de generar acciones culturalmente pertinentes que incorporen y validen las diversas experiencias de vida de los/as adolescentes migrantes, integrando la diversidad cultural como un valor más que como una amenaza. (ii) Incorporar un enfoque de género, con especificidad en masculinidades, ya que

la evidencia sostiene que los hombres jóvenes usan escasamente los centros de salud (Buzi & Smith, 2014; Marcell et al., 2017; Knight et al., 2012), y que contar con servicios amigables de salud para adolescentes, aunque es de gran importancia, no necesariamente garantiza su participación (Sternberg & Hubley, 2004). Por esto mismo, se plantea como prioritario hacer presentes a los varones en todos los procesos relacionados con la salud (Figueroa-Perea, 1998). Ello, considerando que las estrategias aborden las normas sociales de género imperantes, y apunten a reducir las inequidades de género presentes en las sociedades (Sternberg & Hubley, 2004; Hardee et al., 2017), siempre desde una perspectiva de interculturalidad en salud que incorpore las especificidades no solo de género, sino también las culturales. (iii) Poner foco en las temáticas de salud mental y salud sexual y reproductiva en tanto áreas prioritarias de salud en adolescentes migrantes.

A través de la presentación de los resultados y discusión, el estudio busca contribuir a mejorar las condiciones de salud de adolescentes migrantes. Si bien tuvo la limitación de tratarse de una investigación enfocada en casos específicos de escuelas de una comuna de la ciudad de Santiago de Chile, se establece que gran parte de sus resultados son coherentes con lo que muestra la evidencia internacional y nacional respecto a las necesidades de salud de adolescentes migrantes. A partir de este estudio exploratorio, se espera poder continuar estudiando las necesidades de salud de adolescentes migrantes internacionales, con el fin de profundizar en áreas específicas de investigación en la temática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, L. (2008). Reflexiones sobre las prácticas de producción de conocimientos: ciencia y tecnología. *Cinta Moebio*, 31, 14-22.
- Alarcón, A., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M., & Northland, R. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Rev Chilena Infectol*, 35(3), 276-282.
- Beneduce, R. (2004). *Frontiere dell'identità e della memoria: etnopsichiatria e migrazioni in un mondo* (Vol. 5). Franco Angeli.

- Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. En A. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Westview.
- Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Alianza Editorial.
- Buzi, R., & Smith, P. (2014). Access to sexual and reproductive health care services: young men's perspectives. *Journal of sex & marital therapy*, 40(2), 149-157.
- Caffe, S., Plesons, M., Camacho, A. V., Brumana, L., Abdool, S. N., Huaynoca, S., & Chandra-Mouli, V. (2017). Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reproductive Health*, 14(83). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0345-y>
- Casas, M. (2014). Caution: Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-34.
- CASEN. (2018). Situación de pobreza. Síntesis de resultados. Casen 2017. Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_pobreza\\_Casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf)
- Cesari Lusso, V. (1997). *Quando la sfida viene chiamata integrazione. Percorsi di socializzazione e di personalizzazione di giovani «figli di emigrati»*. NIS.
- Chávez, M. (2014). La estigmatización de la adolescencia como grupo poblacional en riesgo y sus repercusiones en la construcción de ciudadanía. *Sinéctica*. Guadalajara, Universidad Jesuita de Guadalajara, 42. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n42/n42a3.pdf>
- Creswell, J. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed). Publications.
- Duarte, K. (2000). Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Última Década*, 13, 59-77.
- Fernández, R. (2012). Una mirada a los derechos de los niños, niñas y adolescentes inmigrantes en Chile. En A. Riva, D. Lawson, Y. Ocon, L. Sonia, N. Espejo, & A. Balart (Eds.), *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y desafíos*. ACNUR, OIM, UNICEF.
- Figueroa-Peroa, J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Públ.*, 14(1), 87-96.
- Giménez, C. (2003). *Qué es la inmigración. ¿Problema y oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes? ¿Multiculturalismo o interculturalismo?* R. B. A. Integral.
- Hardee, K., Croce-Galis, M., & Gay, J. (2017). Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health*, 214(1), 14.

- Hein, K. (2010). «Como uno era de otro país, como que tenían un poquito de bronquita»: jóvenes inmigrantes de origen latinoamericano en el contexto escolar chileno. En D. Sirlopú, & H. Salgado (Eds.), *Infancia y adolescencia en riesgo. Desafíos y aportes de la psicología en Chile*. Universidad del Desarrollo.
- INJUV. (2017). Octava Encuesta Nacional de la Juventud 2015. Recuperado de [http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro\\_Octava\\_Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Juventud.pdf](http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Resultados Censo 2017.
- ISP. (2016). Resultados confirmación de infección por VIH en Chile 2010-2015. Boletín Vigilancia de laboratorio.
- Johnson, R., & Waterfield, J. (2004). Making words count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International*, 9(3), 121-131. <https://doi.org/10.1002/pri.312>
- Knight, R., Shoveller, J. A., Oliffe, J. L., Gilbert, M., Frank, B., & Ogilvie, G. (2012). Masculinities, «guy talk» and «manning up»: a discourse analysis of how young men talk about sexual health. *Sociology of Health & Illness*, 34(8), 1246-1261. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01471.x>
- Krauskopf, D. (2015). Los marcadores de juventud: La complejidad de las edades. *Última Década*, 23(42), 115-128. doi: 10.4067/S0718-22362015000100006.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publication.
- Marcell, A. V., Gibbs, S. E., Howard, S. R., Pilgrim, N. A., Jennings, J. M., Sanders, R., et al. (2017). Do Nonclinical Community-Based Youth-Serving Professionals Talk With Young Men About Sexual and Reproductive Health and Intend to Refer Them for Care? *Am J Mens Health*, 11(4), 1046-1054.
- Mead, M. (1963). *Sex and temperament in three primitive societies* (Vol. 370). Morrow.
- MINSAL. (2008). *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2012). *Programa Nacional de Atención Integración de Salud de adolescentes y jóvenes*. Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2016). *Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual 2016*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2018a). Boletín Epidemiológico Trimestral Gonorrea, semanas Epidemiológicas 1 a 26 (N.o 2). Recuperado de Departamento de Epidemiología: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/BET-GONORREA-JUNIO-2018.pdf>

- MINSAL. (2018b). Boletín Epidemiológico Trimestral Sífilis, semana epidemiológica 1-26 (N.o 2). Recuperado de Departamento de Epidemiología: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/BET-SIFILIS-JUNIO-2018.pdf>
- Obach, A., & Macintyre, A. (2016). Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en Chile. En B. Cabieses, M. Bernales, A. Obach, & V. Pedrero (Eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (pp. 119-138). Universidad del Desarrollo.
- Obach, A., Cabieses, B., & Carreño, A. (2018). Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4), 41-50.
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., & Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.124>
- OMS. (2015). La Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1)
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE Publications.
- Oso, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Petit, J. (2003). *Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas. Impacto sobre los niños, niñas sus familias y sus derechos*. Serie Población y Desarrollo, CEPAL.
- Porraz, I. (2015). Juventud migrante del Sur: Apuntes para su construcción conceptual. *Revista Pueblos y fronteras*, 10(20), 171-194. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2015.20.38>
- Pottie, K., Dahal, G., Georgiades, K., Premji, K., & Hassan, G. (2015, octubre). Do First Generation Immigrant Adolescents Face Higher Rates of Bullying, Violence and Suicidal Behaviours Than Do Third Generation and Native Born? *J Immigr Minor Health*, 17(5), 1557-66.
- Reyes, A. (2013). Juventudes migrantes. Indocumentados, invisibilizados y mitificados. Marco conceptual para una agenda de investigación en el estudio de la migración juvenil. *Revista de El Colegio de San Luis*, 5, 287-307. <https://doi.org/10.21696/rcsl052013551>
- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M. I., & Palma, I. (2017). Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 41, 8.

- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, A. (2011). Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- Salas, N., Castillo, D., San Martín, C., Kong, F., Thayer, L., & Huepe, D. (2017). Inmigración en la escuela: caracterización del prejuicio hacia escolares migrantes en Chile. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-15.
- Sayad, A. (2000). *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Seuil.
- Silva, C., & Campani, G. (Eds.). (2004). *Crescere errando: minori immigrati non accompagnati* (Vol. 16). Franco Angeli.
- Stefoni, C., Acosta, E., Gaymer, M., & Casas-Cordero, F. (2008). Niños y niñas inmigrantes en Santiago de Chile. *Entre la integración y la exclusión*. Universidad Alberto Hurtado/OIM.
- Sternberg, P., & Hubley, J. (2004). Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promot Int.*, 19(3), 389-96.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child abuse & neglect*, 22(7), 719-727.
- Tijoux, M. E. (2014). El Otro inmigrante «negro» y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones. *Boletín Onteaiken*, 17. [www.accioncolectiva.com.ar](http://www.accioncolectiva.com.ar)
- Torres, I., Pereira, S., Aicart, Y., & Salas, G. (2017). Crossing International Borders in Search of Better Life: Examining the Psychological Impact of the Immigration Experience. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-15.
- Torres-Arreola, L. P. et al. (2006). Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*, 38(7), 381-6.
- Valtolina, G. (2019). Procesos de aculturación, identidad étnica y menores migrantes. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 31-47.



DINÁMICAS DE INTERVENCIÓN  
HACIA POBLACIÓN INMIGRANTE  
EN TERRITORIOS EXTREMOS.  
APROXIMACIÓN DESDE LOS SERVICIOS  
DE SALUD EN LA REGIÓN DE AYSÉN

*Pastor Cea-Merino*<sup>1</sup>

*Caterine Galaz*<sup>2</sup>

*Rolando Poblete Melis*<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Académico de Trabajo Social del Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Aysén. Integrante del Núcleo interuniversitario Estudios Críticos de la Diversidad y de la Red U-Nómades. Doctor en Psicología Social, máster en Investigación en Psicología Social y máster en Intervención Psicosocial por la Universidad Autónoma de Barcelona. Psicólogo y licenciado en Psicología por la Universidad de Las Américas. Sus actuales líneas de investigación se vinculan con los procesos migratorios transnacionales y los procesos de intervención psicosocial. Correo electrónico: [pastor.cea@uaysen.cl](mailto:pastor.cea@uaysen.cl)

<sup>2</sup> Académica de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Co-coordinadora del Núcleo I+D Diversidad y género: abordajes feministas interseccionales de la Universidad de Chile, co-coordinadora internacional de la Red U-Nómades y coordinadora del Grupo de Trabajo CLACSO, Migraciones Sur-Sur. Doctora en Ciencias de la Educación y magíster en Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, magíster en Políticas Sociales de la Universidad ARCIS y licenciada en Comunicación Social de la Universidad de Santiago de Chile. Se ha especializado en el análisis de políticas y sistemas de acogida a población migrante.

<sup>3</sup> Doctor en Antropología Social y Cultural y máster en Investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona, licenciado en Filosofía por la Universidad

## INTRODUCCIÓN

Chile se ha transformado en polo de atracción para diferentes colectivos migrantes que en su mayoría provienen de países latinoamericanos. Las bases de datos disponibles (Casen, 2006, 2013; 2015 y 2017; Censo, 1992, 2002 y 2017) dan cuenta de un crecimiento sostenido de la población extranjera, reflejando que se trata en su mayoría de población económicamente activa, lo que permite inferir que uno de los principales motivos para migrar es la posibilidad de acceder a empleo y mejores remuneraciones.

Un tema relevante para la investigación que dio origen a este capítulo es lo relativo a la distribución territorial de la población migrante. Si bien en Chile la mayor parte de la población migrada se concentra en la Región Metropolitana, alcanzando un 65,3% del total en el país (Casen, 2017), paulatinamente ha comenzado a generarse un proceso de movilidad hacia otras regiones, de forma tal que hoy la presencia de estos colectivos se advierte en todas las ciudades capitales de Chile. La Región de Aysén también ha visto incrementado el número de migrantes, pasando de un 1,5% en 2003 a un 2,3% el 2017 (Casen, 2017). Si bien la inmigración en la Región de Aysén aún es incipiente en términos numéricos, no cabe duda de que su presencia ha generado un conjunto de desafíos para los servicios sociales en orden a satisfacer las demandas y necesidades de la población migrante.

La inmigración conlleva para los países de recepción múltiples beneficios en lo social, económico, político y cultural (Galaz, 2009). No obstante, no siempre los países receptores están preparados para satisfacer correctamente las necesidades de estos colectivos en un marco de derechos efectivos (Yufra y Santamaría, 2015). De hecho, investigaciones en Chile han reportado que pese a que determinados derechos están garantizados en el sistema de salud, persisten

---

Católica de Valparaíso. Académico e investigador de la Facultad de Educación de la Universidad Bernardo O'Higgins. Integrante del núcleo interuniversitario Estudios Críticos de la Diversidad y de la Red U-Nómades, sus áreas de trabajo son políticas públicas, migraciones, diversidad, género y educación.

diferencias en el acceso y trato, cuestión que requiere de un abordaje integral y sostenido (Galaz, Poblete y Frías, 2017).

En ese marco, este capítulo presenta resultados de la investigación «Antropología del Estado y diversidad: atención en servicios sanitarios y procesos de subjetivación de mujeres inmigradas»<sup>4</sup>, desarrollada en la Región de Aysén y que buscó analizar las prácticas de atención hacia personas inmigradas por parte de servicios de salud en la región. Los datos ponen en evidencia que tal como sucede con la población nacional, la mayoría de las personas inmigradas accede a prestaciones de salud a través de FONASA. No obstante, la misma fuente indica que un 15,8% de este grupo no accede a ningún tipo de prestación de salud (sin considerar la población irregular). Bajo este contexto, la institucionalidad pública se ha visto interpelada a crear marcos normativos para garantizar la atención sanitaria del colectivo inmigrado.

En efecto, el año 2003 el Ministerio de Salud de Chile comenzó a generar un conjunto de normas y decretos que permiten, por ejemplo, el acceso a atención sanitaria de embarazadas y menores de edad, independiente de su situación migratoria. Lo mismo para los casos de urgencias médicas de personas en condición de «irregularidad», como se indica en el Instructivo N°9 que asegura la atención básica en salud para menores de 18 años, mujeres embarazadas, partos y personas con riesgo vital; y el Plan Piloto de Acceso a Salud para Inmigrantes, que busca ampliar la población migrante usuaria a aquellos con visa en tramitación, agilizando y asegurando la atención de niños/as, embarazadas y quienes no cuenten con ningún tipo de visa (Bernales y McIntyre, 2017). En la actualidad, el mismo ministerio ha creado una Política de Salud de Migrantes Internacionales, cuyo propósito es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes, con equidad y desde un enfoque de derechos humanos (MINSAL, 2017).

A pesar de estos avances, aún no se cuenta con una propuesta integral a nivel país y persisten brechas territoriales respecto a estos instructivos y políticas, cuestión que cobra especial relevancia en

---

<sup>4</sup> Fondo semilla Universidad de Aysén y Tutoría investigación Universidad de Chile.

territorios extremos como la Región de Aysén. Así, nos encontramos con zonas aisladas que presentan debilidades en la cobertura de ciertas políticas públicas. Con todo, zonas extremas y/o aisladas no poseen una estructura que viabilice un modelo de desarrollo homogéneo en relación con otras regiones (Soza y Correa, 2014), existiendo zonas más invisibles para el contexto nacional, donde las políticas públicas se harían más débiles (Urquieta, 2017).

A esto se suma el hecho de que a veces son las y los propios funcionarios quienes en los espacios de atención determinan las posibilidades de acceso para la población migrante. En efecto, investigaciones realizadas al respecto ponen en evidencia que, si bien las y los funcionarios cumplen un rol determinado administrativamente, la mayor parte de las veces ponen en juego sus propias características y subjetividades en el ejercicio de ese rol, operando entonces como facilitadores u obstaculizadores del acceso de las personas migrantes a los servicios del Estado (Lipsky 1980, 1996; Dubois, 2003).

## METODOLOGÍA

Para la investigación asumimos una noción crítica de la categoría «sujeto migrante», concibiéndola como una construcción social, cultural e histórica (Santamaría, 2002), y que refiere no solo a los sujetos y sus traslados efectivos, sino también a las relaciones establecidas con la sociedad de recepción, configuradas por estructuras y relaciones de poder (Cea-Merino y Montenegro-Martínez, 2014; Galaz y Montenegro, 2015). Así, consideramos que las personas inmigradas son sujetos inmersos en diferentes dinámicas de poder y subordinación (Rose, 1996), y que pueden experimentar desigualdades múltiples y específicas, derivando en procesos de inclusión/exclusión. Estos últimos van más allá de la privación económica, e implican una privación de derechos y libertades en relación con diversas desigualdades sociales como la edad, el sexo, la procedencia nacional, entre otros (Subirats, 2010). No obstante, esta construcción social no es monolítica e interesa ver a las personas migrantes como agentes activos, es decir, que pueden desarrollar prácticas de

resistencia y agencia ante diversas situaciones de discriminación y dominación (Cea-Merino, 2015).

La investigación asume una mirada territorial (Urquieta, 2017; Bebbington, Soloaga y Tomaselli, 2016), abordando las características particulares de la Región de Aysén como territorio no central, y por otro lado, una perspectiva interseccional (Hill Collins y Bilge, 2016), donde se contempla la articulación entre las diversas desigualdades que pueden atravesar a las personas inmigradas en la región, poniendo especial énfasis en cómo se manifiesta la reproducción de estereotipos de género, clase y procedencia nacional en la construcción/ejecución de las políticas públicas de salud a nivel regional.

Se trabajó desde un enfoque cualitativo, en tanto la perspectiva de los sujetos fue relevante para el proceso de recogida de datos como para su posterior análisis e interpretación (Ruíz, 2012). La técnica utilizada correspondió a entrevistas semiestructuradas, en tanto herramienta que favorece el surgimiento del lenguaje. Se realizaron 24 entrevistas a personas inmigradas (Haití, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil y Argentina) que tuvieron al menos una experiencia de atención en servicios de salud de la región; 20 entrevistas a trabajadoras/es de servicios de salud de la región (médicos/as, trabajadoras/es sociales, enfermeras/os y matronas); y 10 entrevistas a informantes claves trabajadoras/es de servicios públicos vinculados a temas de migración en la región. La unidad muestral fue de carácter intencionado y no probabilístico. Se utilizó una estrategia de conveniencia, lo que implicó contactar a las personas participantes por su cercanía o accesibilidad. Se adoptó un muestreo de «bola de nieve» hasta que se saturaron los datos para los análisis de la investigación. Cada participante firmó un documento de consentimiento informado. El trabajo de campo se realizó en tres centros urbanos: Coyhaique, Puerto Aysén y Chile Chico.

La información obtenida fue trabajada a partir del análisis de contenido con el fin de descomponer el texto, asignando y desarrollando categorías (Flick, 2002). El procedimiento analítico consideró las tres etapas señaladas por Vázquez (1996), a saber: i) preanálisis, ii) codificación, y iii) categorización. La información se organizó

y clasificó considerando posturas símiles y disímiles en torno a los objetivos de la investigación, construyéndose ejes, categorías y subcategorías. De esta forma, algunos resultados de la investigación se presentan en tres acápite: i) relación entre territorio, atención y migración en Aysén, ii) las actitudes de los/as funcionarios/as hacia personas migrantes usuarias del Sistema de Salud Pública de Aysén, y iii) las prácticas de agencia de las personas inmigradas en la Región de Aysén.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### *Relación entre territorio, atención y migración en Aysén*

Para comprender los factores condicionantes en la atención en salud pública en Aysén desde un punto de vista territorial, es necesario considerar que la migración es un fenómeno que se evidencia en los territorios con migraciones diferenciadas y características particulares, lo cual se expresa en el acceso a la atención de salud y condiciones de salud diferenciadas (MINSAL, 2017). Esta mirada sugiere que el territorio es una construcción social, temporal e histórica, en la que se generan redes comunitarias, sociodemográficas e institucionales específicas. Por tanto, para las políticas públicas es importante tener en cuenta el foco familiar e individual, pero también el territorial. A pesar de los esfuerzos históricos por descentralizar la intervención pública en nuestro país, las comunas y regiones — periféricas o no centrales como Aysén—, se han construido con una desigualdad social y económica respecto a otros territorios centrales. Un enfoque territorial pone en la palestra las diversas inequidades en la estructura de oportunidades que tienen a su alcance algunos territorios.

### *Alta demanda y baja oferta programática en sistema de salud pública*

Hay características territoriales particulares en Aysén que la hacen una entidad compleja de analizar en cuanto al acceso de personas

migrantes al sistema de salud. Como en otras regiones extremas, existe una baja oferta de posibilidades públicas (escaso número de especialistas, presupuestos, programas en ejecución, etc.), lo que es destacado constantemente por las personas entrevistadas. Pero esto que puede afectar de igual manera a todas las personas residentes (nacionales y extranjeras) adquiere una característica particular en el caso de los colectivos inmigrados: estos además pueden presentar una débil capacidad de selección de ofertas al estar situados muchas veces en condiciones de vulnerabilidad social y/o económica, con escasez de redes de apoyo y afectados por imaginarios sociales negativos. De esta manera, como señala Urquieta (2017) en nuestro país tenemos territorios que in(ex)cluyen, donde Aysén es un ejemplo que conjuga una baja disponibilidad de alternativas desde lo público con un alto nivel de riesgo de selección de las personas inmigradas.

La Región de Aysén es la única a nivel nacional donde los servicios de salud pública no son municipales y donde no existen clínicas privadas, es decir, existe una única red de salud que concentra desde los consultorios hasta los hospitales y postas. A pesar de esto, se constató la existencia de un sistema de funcionamiento mixto (público/privado) en algunas instituciones de salud, lo que genera brechas de acceso mediadas por la posición socioeconómica de la persona migrante.

Si pides hora te dan para X fecha en el sistema público. Pero si tienes dinero, como el hospital funciona algunos días como «privado», entonces puedes pagar y el mismo médico que atiende en el sistema público, mandándote a esas largas listas de espera, algunos días subalquila su box y atiende de forma privada. Te atiendes de forma rápida, pertinente, te da tus recetas y diagnósticos. Todo fácil. Pero no todas las personas migrantes pueden pagar eso, entonces toca esperar y además hacen diferencias. Por ejemplo, mi marido llevó a mi hija al sistema público por una afección, la atendió un médico, mi marido es médico, pero no lo mencionó y le dijo que «no era grave» y que «tenía que esperar pabellón» y que «podía demorar seis meses». Luego fui yo con ella al mismo médico en su horario de atención privada. Le comenté que era esposa de un doctor de X servicio y me dijo «es urgente»

y la otra semana pagamos de forma privada el pabellón (del mismo hospital) y la operó. Pero eso es un privilegio porque tenemos condiciones económicas pero no lo pueden hacer otras personas migrantes de aquí. (Mujer colombiana, Co-yhaique, 2018)

De esta manera se construyen ciertas *trampas territoriales* (Bebbington, Soloaga y Tomaselli, 2016), que expresan la alta desigualdad existente en torno a las oportunidades que otorga el sistema público para la población de Aysén. Estas trampas están determinadas por factores institucionales como la escasa oferta programática de salud y la alta demanda de atención que existe, por las dificultades de acceso físico para acudir a centros de atención debido a la distancia y geografía extrema, así como por factores sociales y las condiciones de instalación de las personas inmigradas. Lo anterior deriva en que la escasez de oferta pública o las debilidades que presenta el sistema sean invisibilizadas y atribuidas a la presencia de migrantes. Así, este colectivo emerge como *chivo expiatorio* de «males sociales», invisibilizando las desigualdades territoriales y estructurales existentes a nivel nacional y regional. Empero, la baja oferta y calidad de posibilidades públicas en salud no depende del aumento de demanda vinculada al aumento de la población migrante, sino a un problema estructural condicionado por las desigualdades territoriales del país.

Ejemplo de esto es el hecho de que Aysén cuenta solo con dos hospitales de mediana y alta complejidad, que no ofrecen todas las especialidades y que están situados al centro de la región, en desmedro de localidades y comunas más aisladas, donde se han asentado algunas comunidades migrantes.

Las personas inmigradas identifican las desigualdades territoriales al comparar la atención e infraestructura con servicios de salud de la Región Metropolitana. Existe, entonces, una crítica hacia la *centralización de recursos* en detrimento de las regiones.

Yo estuve no como paciente, sino como acompañante en Santiago, y sí veo a nivel tecnológico y espacial las diferencias. Y me parece inaudito que en la capital esté todo en línea,

todo computarizado, y acá en la Patagonia, que es una región bastante rica, no se puede decir que no, el mobiliario, no hay un cariño, mucha centralización de los recursos en detrimento de las regiones. (Mujer venezolana, Coyhaique, 2018)

En la misma lógica, y al preguntar por la evaluación del sistema de salud, lo que más se destaca por parte de las personas usuarias es el extenso tiempo de espera y el difícil acceso a una cita médica específica.

Pues para mí el tiempo de demora en las citas y el tiempo que pasa para poder tratarse uno. La atención de los pacientes, hay pacientes que esperan desde muy temprano a ser atendidos, y a veces están demasiado enfermos y les toca esperar. (Mujer colombiana, Coyhaique, 2018)

### *Condiciones territoriales de aislamiento*

Es importante considerar el aislamiento como factor territorial que incide en el acceso a la salud en la Región de Aysén. Entendemos el aislamiento haciendo énfasis en el grado de integración de los territorios y localidades, midiendo principalmente las dificultades de acceso de la población a servicios básicos, ya sean públicos o privados, que permitan su desarrollo en igualdad de condiciones con el resto del país (SUBDERE Aysén, 2012).

La Región de Aysén se caracteriza por ser un *territorio aislado*, es decir, está compuesto por localidades con un alto grado de aislamiento y bajos grados de integración (SUBDERE Aysén, 2012). Si lo llevamos al ámbito sanitario, podemos afirmar que existen múltiples dificultades para acceder al servicio de salud, lo que en su conjunto da como resultado un grado menor de integración. Dentro de estas dificultades territoriales podemos encontrar la baja oferta programática de salud pública, la desigualdad económica frente a la escasa oferta privada, la lejanía física entre localidades que solo cuentan con servicios de atención primaria en contraposición a localidades con servicios de salud de mediana y alta complejidad, la falta de ciertas especialidades y subespecialidades, el elevado costo económico de

traslado hacia localidades con mejor cobertura en salud y el tiempo empleado para dicho desplazamiento.

Hay muchas limitantes considero yo... aquí enfermarse grave es peligroso, porque es que estamos en una zona extrema, salir de acá es una locura, si nos vamos por Argentina, son cuatro horas, en auto... la barcaza no sale a cada momento, la barcaza tiene su horario y claro, tengo entendido que los marinos si la cosa es urgente te llevan, pero o sea no es la idea tampoco, la solución pienso yo que debería estar acá, no buscarla afuera, porque yo digo... ¿y la persona que no tiene el recurso? Porque de repente tú tienes el recurso y pagas y tal... pero la persona que no tiene el recurso para moverse, ¿cómo hace? Chile Chico es bien tranquilo y entonces, en cuestión de salud sí es un poquito complicado, estamos lejos de la ciudad, si se te presenta una emergencia, es complicado salir de acá, muy complicado. Las emergencias para salir de Chile Chico son imposibles los costos son altos o pagas avioneta o transbordador y bus hasta Coyhaique y a ver si logras atención con especialista en medio año. Las personas extranjeras ¿vamos a poder pagar eso? Y luego que te miren mal porque eres migrante. (Mujer venezolana, Chile Chico, 2018)

Enfocándonos en la población inmigrada de la región, las dificultades de acceso aumentan considerablemente, pues dependen de las condiciones sociales y específicas de instalación (sistemas de trabajo extensivo, por ejemplo), así como de las múltiples desigualdades a las que se ven expuestas las personas migrantes: situación migratoria, condiciones de integración al trabajo y vivienda, vulnerabilidad social, barreras idiomáticas y culturales, prejuicios y estereotipos hacia el sujeto migrante.

### *Actitudes de las y los funcionarios hacia personas migrantes usuarias*

Analizando los discursos de las y los funcionarios de salud, es posible distinguir diversas percepciones negativas y actitudes segregadoras hacia personas inmigrantes usuarias, las que se condensan en cierto *racismo institucional*, entendido como todas aquellas formas

que colocan en una situación de dominación y desigualdad social a un colectivo, específicamente a un colectivo étnico (Pace y Lima, 2011). El racismo consiste en la valoración social de diferencias, sean estas reales o imaginarias, en beneficio de quien hace la definición y en desmedro de quien es sujeto de esa definición, con el fin de justificar hostilidad (social o física) y agresión (Memmi, 2000). Así, una situación que denota racismo será entonces cualquier situación en la que se establezcan diferencias principalmente fenotípicas entre un grupo y otro, utilizándola para inferiorizar a través de gestos, expresiones verbales o una acción física (Stefoni y Riedemann, 2015).

Un aspecto importante para comprender cómo se ha construido el racismo en nuestra sociedad, es la idea de una identidad nacional homogénea culturalmente (Poblete y Galaz, 2007). La ilusión de ser una sociedad monocultural confabula en la imagen que se construye de la sociedad chilena y de aquellos/as «otros/as» que amenazan y ponen en jaque esa frágil identidad nacional. Este acervo monoculturalista ha funcionado históricamente en nuestro país como un dispositivo de control, fomentando exclusiones y marginaciones para colectivos inmigrados, ubicándolos en posiciones de inferioridad y precariedad respecto de otros grupos sociales (Poblete y Galaz, 2007).

El racismo institucional también se comprende como toda situación expresada en la práctica o en el discurso, que genera diferencias y desigualdades sociales basadas en un abuso de poder de un grupo sobre otro y que se plasma en discursos oficiales e institucionales. Para Van Dijk (2006), estas situaciones o prácticas de racismo institucional están cruzadas por diversas formas de discriminación y actitudes prejuiciosas y estereotipadas. Las formas en las que se expresa el racismo institucional en el sistema de salud en Aysén son múltiples y se observan en discursos, prácticas y gestos expresados por funcionarios/as de salud.

Creo que el fenómeno migratorio de un tiempo a esta parte ha sido rápido ¿ya?, rápido de lugares de donde nosotros no estábamos acostumbrados a tener inmigrantes acá, dícese de la raza negra que ha sido, yo creo que mucha gente lo ha tomado como invasivo ¿ya? (Enfermera, Coyhaique, 2018)

La cita anterior indica cómo se expresa el racismo institucional en el discurso de profesionales de la salud pues, a pesar de que la migración de población afrodescendiente representa un número ínfimo del total de población en Aysén<sup>5</sup>, existe una *hipervisibilización de sus diferencias*, por lo general basada en su color de piel, lo que fomenta la idea de un aumento explosivo, invasivo y amenazante para la identidad nacional y/o regional.

En este proceso migratorio, si hablamos del último tiempo, ha llegado el migrante más vulnerable, que generalmente lo que busca es un lugar donde vivir, donde asentarse en el fondo, y principalmente busca trabajo. La llegada de este migrante vulnerable lógicamente que ha producido una serie de efectos, como que la gente más vulnerable de la región, vea en un primer instante al migrante que viene a buscar trabajo como una amenaza en lo laboral. Entonces había como ese choque o una cierta resistencia a las poblaciones migrantes, y una cierta resistencia también a la gente de color, porque esta sociedad y en particular esta región, tiene características de ser una población que tiene ciertos aspectos, como que es arribista, es machista, y es discriminadora. (Profesional Salud, Aysén, 2018)

Lo anterior queda más claro al abordar la presencia en la región de otros colectivos de origen extranjero, como la población argentina y europea. Precisamente, se evidencia una construcción binaria entre migrantes y extranjeros/as, atribuyendo a los primeros una desvalorización social y a los segundos, una valoración sociocultural. La presencia de rasgos racistas en las actitudes de las y los funcionarios facilita la ubicación de ciertos colectivos migrantes en un binomio de migración deseada/migración no deseada. Así, mientras la presencia de población europea y argentina es mirada como una migración deseada que no pone en peligro la identidad nacional, la existencia de colectivos racializados en el territorio es concebida como un problema social y una migración no deseada.

---

<sup>5</sup> Según datos del CENSO 2017, 35 personas haitianas tienen residencia habitual en la Región de Aysén, lo que representa un 0,03% del total de la población residente en la región, la que asciende a 98.427 personas.

Otra forma en la que se observa la presencia de rasgos racistas desde las personas funcionarias del sistema de salud es aquella que tiende a la generalización de la población migrante, construyendo la idea de un «otro» homogéneo.

Ellos son más agradecidos del sistema público que de otro lado. Yo me imagino que es porque en sus países los sistemas de salud no son tan buenos, tienen que esperar, probablemente en algunos lugares no tengan ni médicos siquiera, entonces yo creo que para ellos estar acá es casi como tener una clínica privada. Yo creo que hay aspectos por ejemplo de saneamiento básico que se tienen que reforzar, o sea, por ejemplo, muchas de las personas que vienen probablemente nunca tuvieron baño adentro de su casa, nunca tuvieron sistema de alcantarillado, nunca tuvieron digamos los elementos necesarios para hacer un aseo correcto de digamos de un baño, de una cocina o manejo de las basuras, etc., entonces en ese aspecto yo creo que hay que hacer digamos una educación. (Enfermera, Coyhaique, 2018)

De esta manera, se establece una frontera por clase y procedencia nacional respecto de personas inmigradas, homogenizando desde una mirada colonialistas la idea de que, por un lado, determinados países están más o menos sensibilizados sobre los cuidados de salud y, por ende, más o menos desarrollados y, por otro lado, a ciertos estratos sociales y económicos como culpables de que el sistema de salud en la zona no dé abasto.

Por ejemplo eso que las mujeres no se controlen el embarazo y lleguen hasta el final a sus controles, en cambio la mujer chilena sabe que si está embarazada va inmediatamente a control porque sabe que necesita la ecografía o porque necesita ser evaluada, y está preocupada del niño que está por nacer, y todo eso es una conducta casi cultural ya arraigada, a nadie se le ocurriría no tener el parto en un hospital, pero ellas llegan cuando ya están, o por lo menos en la experiencia de esas mujeres haitianas que han tenido parto algunas llegan en forma muy tardía. (Matrona, Coyhaique, 2018)

Tener esta visión culturalista implica considerar la cultura como algo fijo y monolítico (Galaz, 2009) y parte esencial de las personas, es decir, es la tendencia a pensar que las personas inmigrantes se deben comportar de una determinada manera solo debido a su cultura de procedencia, comportamiento del que no se les permite salir. Esto no solo se presenta a nivel discursivo, sino que tiene repercusiones directas en las prácticas de atención hacia la población migrante.

Hace un tiempo nos llegó un paciente haitiano, obrero, que había sufrido un accidente laboral. Estaba solo porque además ni el empleador vino. Cuando llegó una compañera enfermera me dijo que ella no atendería a ese negro, que lo atendiera yo. Yo me quedé paralizada. Conozco a esta persona y siempre ha sido buena profesional, no entendía por qué decía eso. A nosotros nos forman para atender usuarios, independiente de su condición. Yo creo que falta mucho aún por formar a los profesionales. Es cierto que hablaba poco castellano, pero no era eso. Yo después le pregunté a ella y me hizo un gesto (arrugando la nariz). Yo lo atendí. (Enfermera, Coyhaique, 2018)

Lo anterior nos permite comprender los mecanismos de inclusión/exclusión específicos de la población migrante y la forma en que se articulan las desigualdades sociales, entre ellas, la edad, la procedencia cultural, la posición socioeconómica, el género, entre otros ejes de discriminación (Cea-Merino, Galaz y Montenegro-Martínez, 2015).

Así, es posible apreciar que la posición social de las personas inmigradas no solo se estructura a partir de sus dificultades económicas en relación con la falta de oferta programática en salud, sino que a partir de su condición de «migrante» y todo lo que conlleva esta posición: falta de redes efectivas, racismo institucional, constituirse en chivos expiatorios de problemas estructurales, así como la confluencia de estereotipos culturalistas y sexo-generizados de ciertas nacionalidades. En el racismo institucional también se ven implicadas otras formas de diferenciación social y estereotipos en torno a la población migrante. Si además de las categorías de clase y

nacionalidad nos enfocamos en el género, se presentan experiencias particulares de representación negativa de algunas mujeres migrantes.

Después, creo que en las localidades hay un prejuicio peyorativo hacia los migrantes, más si son mujeres y sobre todo con las afrodescendientes, si son mujeres negras, se les atraviesan todas las opresiones mujer, migrante, negra, pobre, entonces están en un nivel bien crítico de vulnerabilidad en varios aspectos. (Profesional PRODEMU, Chile Chico, 2018)

Desde una mirada interseccional (Crenshaw, 1989, 1995), la cita anterior da cuenta de procesos simultáneos de generización, sexualización y racialización de las mujeres migrantes, entendidos estos como procesos de producción e inscripción de marcas de carácter racial y sexual en el cuerpo de las mujeres migrantes, arraigados en la conformación de identidades nacionales chilenas en que determinados rasgos corporizados son jerarquizados y considerados inferiores frente a un supuesto constructo homogéneo de «nosotros/as nacionales», y que justifican distintas formas de violencia en la experiencia de mujeres inmigrantes en Chile (Tijoux y Palominos, 2015; Pávez-Soto y Galaz, 2018).

Estos procesos pueden ser percibidos en el racismo presente en los discursos de las interventoras sanitarias y en la visión heteropatriarcal que asume una conexión directa entre el cuerpo de las mujeres, su posición socioeconómica y la carga de acciones preestablecidas en relación con su grupo cultural, cuestión que no sucede con mujeres de otras procedencias nacionales de países centrales, como se ve a continuación:

Más que entre latinoamericanas, con las europeas que son pocas, pero que siempre hay, y que tienen obviamente todos los privilegios por sobre alguien de República Dominicana, desde la educación hasta el color de la piel, todo eso influye en las dinámicas sociales, ahí hay dos prejuicios diferentes que interactúan también, por ejemplo, el tema del color de la piel es el más *heavy*, pues si eres una mujer negra, enseguida opera el prejuicio de que es prostituta, aunque no lo sea. (Profesional PRODEMU, Chile Chico, 2018)

Esta cita hace alusión al estereotipo de la mujer migrante como trabajadora sexual, donde operan las consideraciones según nacionalidad, clase y rasgos corporales. Lo anterior afecta en la atención en salud, por ejemplo, en la distinción estereotipada de focos prioritarios de atención a mujeres migrantes en prevención de ITS y ETS en la región. A pesar de que no se realizan campañas específicas de salud sexual y reproductiva para las migrantes, algunas funcionarias plantean que persiste la creencia de que la mayor parte de la población que ejerce el comercio sexual es el de mujeres inmigradas, estigmatizando y generalizando al colectivo.

Yo creo que existe una concepción en general y también fuertemente en los servicios, así como que las mujeres migradas son como, que vienen casi todas a prostituirse. Lamentablemente, es como ese el concepto que se tiene de una haitiana o de una colombiana, ellas vienen a prostituirse. Entonces la perspectiva de salud es de prevención de ITS y ETS. (Matrona, Coyhaique, 2018)

Incluso si consideramos a la población migrante que efectivamente se dedica al trabajo sexual, sigue existiendo un fuerte estereotipo mediado por procesos de sexualización y racialización respecto a mujeres migrantes como portadoras de enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de las mujeres que trabajan en el comercio sexual, nosotras siempre tratamos, y de hecho las cifras lo dicen, que los últimos dos o tres años ha habido dos trabajadoras sexuales con VIH. Hay más ingenieros que trabajadoras sexuales, no sé si me entienden la relación, que es un equívoco pensar que las trabajadoras sexuales están todas infectadas. (Matrona2, Coyhaique, 2018)

Respecto a la atención en salud sexual y reproductiva, controles en situación de embarazo y atención de niños/as, es posible identificar estereotipos culturalistas sobre los roles maternos. Así, surgen valoraciones de sus habilidades maternas, desde una mirada dicotómica de buena/mala madre.

La forma que tienen de cuidar a sus hijos es distinta ¿ya?, porque viene todo de un sistema cultural distinto, o sea, en otros países los niños prácticamente se crían solos, porque la mamá tiene que salir a trabajar no es como acá que tú, no sé po, tú *mandai* a tus hijos al colegio, en la tarde estás con ellos, te preocupas no sé po, de su higiene personal, de que vayan a sus controles regulares de salud, dentales, etc., allá probablemente no tengan acceso a eso. (Enfermera, Puerto Aysén, 2018)

### *Prácticas de agencia de las personas inmigradas*

Frente a prácticas racistas y de homogenización hacia el colectivo migrante, se identificaron diversas acciones y respuestas del colectivo para enfrentar los vacíos que genera su no reconocimiento efectivo como ciudadanos/as y las prácticas que los/as construyen como sujetos «pasivos», «precarios» y «víctima» (Galaz y Guarderas, 2017). Una de estas acciones es la búsqueda de atención con profesionales sanitarios y administrativos que tengan buena disposición hacia la persona migrante, intentando eludir a personas que, «se sabe», discriminan.

La verdad hace años atrás lo que ha pasado acá era que cuando yo salía de vacaciones o algo, la gente no venía. Eran colombianas, entonces yo les pregunté. Porque yo después llegaba y tenía lleno de gente y decía «bueno, pero si me reemplazaban po». Ellas me decían: una trabajadora venía como con la caña po mire, me decía, «yo puedo aguantar que a mí me traten mal si alguien me trata mal de palabra yo me defiendo, pero yo no me puedo defender cuando la gente pone caras, cuando les ponían caras como de asco, porque hay que hacer especuloscopías, el trato, así como displicente». Ella lo dijo en otras palabras y como estaba así y entre que lloraba y todo, porque decían que debería cerrarse si yo no estaba. Me decía «no ponga a la gente que nos va a atender mal». (Matrona, Coyhaique, 2018)

Ante la escasez de la oferta y el mal trato que algunos reciben, preocupa que prefieran hacer uso de los servicios solo en caso de

«emergencias». Lo anterior puede interpretarse como un acto de autoexclusión respecto del sistema. Ejemplo de esto es la afirmación realizada por una mujer venezolana en Coyhaique que, al preguntarle sobre el trato administrativo, manifiesta:

Mi experiencia ha sido un poco negativa, por eso te digo que solo voy cuando es una emergencia, yo solo voy cuando es estrictamente necesario. Pero no solamente me toca a mí. Yo tengo dos niños que están en una edad donde todos los virus y todos los pollitos los van a agarrar, entonces obviamente yo siempre que acudo... estaba acostumbrada a tener citas de consulta cada seis meses, eso ya no lo hago. Primero por un factor económico, y porque no siento que se van a cumplir mis expectativas, entonces para perder el dinero prefiero dejarlo así. (Mujer venezolana, Coyhaique, 2018)

Otra actuación que habla de la agencia del colectivo inmigrante es la gestión de horas de atención médicas solo con profesionales migrantes. En ese sentido, se plantea que la experiencia migratoria de los/as profesionales o la cercanía cultural incide en sentirse más cómodos en la atención en salud:

El buen trato del médico extranjero ha sido tan positivo que me ha hecho que yo me quede allá (consultorio). Cuando voy, tengo los nombres de ellos en el teléfono, entonces pregunto: «este doctor está por favor, pásame con él». Entonces, mucho hay que mejorar y sobre todo en eso, en la vocación de servicio y en la atención. (Mujer venezolana, Coyhaique, 2018)

Aunque la jerarquía profesional/usuario migrante es reconocida, la procedencia de algunos/as profesionales de salud es enunciada como propiciadora de ejercicios de reflexividad que a su vez inciden en la vocación del servicio y la empatía mostrada por estos profesionales, diferenciándoles de los nacionales.

Sin embargo, por eso me voy al consultorio Alejandro Gutiérrez, que son extranjeros y se ve la diferencia. Un doctor que te mira a los ojos, que te mira al rostro, que te pregunte qué tienes no «por qué viene usted»... Ese doctor que me vio agripada, sintiéndome malísimo con 40 de temperatura,

vomitando, casi desmayada, estaba totalmente descompensada, yo no sabía siquiera que tenía problemas a la presión, y el médico se dio cuenta nada más con verme la cara «oye tú estás descompensada, te sientes mal, has vomitado mucho» y me empezó a preguntar y se dio cuenta de todos mis padecimientos, entonces si eso lo puede hacer un médico extranjero, no veo por qué un médico extranjero vaya a tener más vocación que uno chileno. (Mujer venezolana, Coyhaique, 2018)

En esta línea y ante las dificultades que presenta el sistema, se han rastreado acciones de contacto transnacional de las personas inmigradas con profesionales de sus países de origen, o bien, contactos familiares para «consejos» sobre enfermedades específicas. De esta manera se establecen vínculos simbólicos transnacionales, donde las fronteras parecen desdibujarse.

Yo intento contactar a médico de Haití. A través de mi hermano, le explico y él va donde médico allá, y luego me dice qué hacer. Aquí el sistema es malo para todos, chilenos y extranjeros, pero además dicen que a nosotros no nos entienden cuando explicamos qué nos duele. (Risas). Y yo hablo castellano. Pero al final salgo siempre con ibuprofeno o paracetamol. Así que ya mejor espero y llamo allá. Si no, me aguanto. Luego acompaño a varias compañeras y compañeros a los servicios para poder hablarles a los médicos. (Hombre haitiano, Coyhaique, 2018)

Finalmente, y como se aprecia en la cita anterior, ante la inexistencia de traductores/as en el hospital, las propias personas migradas actúan como facilitadores idiomáticos. Si bien esto es positivo para la comprensión de diagnósticos, síntomas y tratamientos, tiene evaluaciones negativas por parte de algunas mujeres haitianas, que han expresado sentirse incómodas con la presencia de traductores inmigrantes hombres en citas médicas que refieren a atención ginecológica o de salud reproductiva. En esta misma línea, se desprende de una entrevista el aprovechamiento institucional de servicios de traducción no remunerado, pues no existiría una preocupación real por contratar un/a facilitador/a de atención a población que no hable castellano.

Siempre hay problema porque el hospital necesita un traductor también, para ayudar, pero en cualquier momento me pueden llamar: «aló, ¿dónde estás?». Yo no trabajo con ellos, «¿a dónde?», «allá», «llámamelo porfa», mira, yo no *tiene* un sueldo para trabajar con ellos. Yo no *recibe* nada por la hora. Tienen que contratar una persona. Hay tres hospitales acá, cada uno necesita un traductor, pero siempre. Nosotros no hablamos solamente español, yo hablo como cuatro idiomas, creo que un brasilero puede venir acá, si pasó algo tiene que llamarme también, yo hablo también portugués, y una persona viene de la Francia, tiene que llamarme también, yo hablo también francés. Y nosotros también hablamos inglés, se puede llamar, entonces porque acá en el hospital no contratan una gente y tengo los papeles del día, los documentos chilenos y la permanencia de acá, no sé por qué yo no trabajo con ellos, y estoy buscando trabajo. (Hombre haitiano, Coyhaique, 2018)

## CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación ponen en evidencia la necesidad de abordar diversos elementos que dicen relación no solo con el acceso de la población migrante a los servicios de salud, sino también con las formas en que se garantiza este derecho. Sin embargo, a la base de esta constatación está el hecho de que para la Región de Aysén existen dos situaciones que caracterizan el acceso a la salud para toda la población que habita la región: en primer lugar, la alta demanda por atención y la baja oferta profesional y, en segundo lugar, el alto nivel de aislamiento para determinados territorios de la región. Evidentemente estos hechos afectan por igual tanto a la población chilena como migrante, sin embargo, sobre esas dificultades comienzan a operar, tal como muestran los resultados de este estudio, otras barreras que afectan en forma específica a la población migrada. En efecto, la presencia de un racismo institucionalizado, que tiene múltiples expresiones (subordinación; visión culturalista), ubica en la mayoría de los casos en una posición subalterna a los grupos migrados. Es desde esta condición desde la cual se construyen ideas

en torno a su presencia que muchas veces explican las prácticas de agencia que fueron descritas en los apartados anteriores.

De esta forma, desde los principales resultados de la investigación, surgen desafíos que se mueven en diversas esferas centradas en la forma en que se conciben las políticas de salud y en los procedimientos que se utilizan para implementarlas. En relación con lo primero, la incorporación de un enfoque territorial aparece como un factor del todo relevante, esto por las especiales características que tiene la Región de Aysén, en particular si se considera su condición extrema, el relativo aislamiento de las ciudades que la integran y la ausencia de cobertura especializada en salud. A esto se suma el hecho de una migración reciente que ha ido impactando en diferentes ámbitos sociales y culturales sobre una población poco acostumbrada a la diversidad, más allá de la inmigración argentina que es histórica y fuertemente vinculada con la identidad regional «patagónica».

Asumir una perspectiva territorial en la gestión e implementación de las políticas públicas en salud implica reconocer los factores sociales y culturales que caracterizan a la región, pero también incorporar nuevas formas de distribución de recursos que para este caso consideren las necesidades que expresa la población migrante, en tanto nuevos habitantes del territorio. Esto implica reconocer que son sujetos de derechos, tal como establecen las propias normas y política que ha elaborado el Ministerio de Salud al respecto.

Esta situación interpela los aspectos procedimentales de las políticas. Así, se comprueba lo señalado al inicio de este capítulo, cuando se afirmaba que las investigaciones en torno al rol de los/as funcionarios/as muestran que por lo general actúan más allá de los aspectos administrativos de su función, incorporando sus propias subjetividades, lo que finalmente opera como obstaculizador o facilitador para el acceso de la población migrante a los servicios públicos.

Por otro lado, también está instalada una diferenciación culturalista en tanto existen grupos más o menos sensibilizados hacia los cuidados de salud, lo que incide en la construcción de un imaginario sobre los niveles de desarrollo de los países de los cuales procede la población migrante (Galaz, 2009). Esta idea, arraigada en los

imaginarios de los/as funcionarios/as y de la propia población local, contribuye a la generación de estigmas y estereotipos que recaen en los colectivos migrantes, afectando su posibilidad de inclusión social y el ejercicio de sus derechos en el área de la salud. En esa misma línea, la instalación de una idea de *competitividad* entre la población nacional e inmigrada por recursos que son escasos y no siempre de calidad, genera ciertas actuaciones hacia este último grupo, lo que incide en la posibilidad de satisfacer adecuadamente sus necesidades.

Un aspecto relevante en el marco de la investigación es la existencia de una baja valoración de la atención en salud, reconociéndose que su calidad es deficiente tanto para los nacionales como para la población migrante. Sin embargo, está el hecho de que la nueva realidad migratoria, debido a sus patrones de asentamiento, ha generado una disminución de los niveles de aceptación hacia ellos en las sociedades de acogida (Massey, 2017). Esto coincide con lo señalado por Stolcke (1995) a propósito del surgimiento de las «nuevas retóricas de la exclusión», discursos con una carga valórica negativa que ubica en la población migrante la responsabilidad en torno al deterioro de los servicios sociales y del propio Estado de bienestar. Romper estas ideas es complejo, más cuando el propio Estado no logra valorizar la acción pública a través de la mejora de sus servicios, ni cuenta con los recursos o intenciones de formar a sus funcionarios/as en una perspectiva intercultural abierta y respetuosa de la diversidad.

Avanzar en la inclusión de la población migrada y de sus derechos es un desafío que como país debemos asumir, no solo para promover una convivencia democrática, sino también para lograr la consolidación de un Estado respetuoso de los derechos de todas y todos.

Bajo tales parámetros, este estudio contribuye con evidencia que puede aportar a la formulación de políticas públicas con enfoque territorial, mostrando que las brechas e inequidades en la distribución de los recursos y de la oferta en salud vulnerabilizan a distintos sujetos, pero en especial a aquellos que el propio sistema tiende a estigmatizar, generando un trato diferenciado que afecta en mayor

medida a la población migrante. Asumimos que el valor de este estudio radica precisamente en evidenciar la forma en que las instituciones de salud se vinculan con sus usuarios/as, en una relación que debe ser mejorada a partir de protocolos de atención que consideren la variable nacionalidad. Por cierto, quedan dimensiones y variables no consideradas en la investigación (diferencias por nacionalidad, construcciones de género); sin embargo, se cumplen los objetivos trazados y se entregan algunos lineamientos que permitirían avanzar hacia sociedades más inclusivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bebbington, A., Escobal, J., Soloaga, I., & Tomaselli, A. (2016). *Trampas territoriales de pobreza, desigualdad y baja movilidad social: Los casos de Chile, México y Perú*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias, RIMISP, Universidad Iberoamericana.
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- CASEN (2006). Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen\\_obj.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_obj.php)
- CASEN (2013). Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen\\_2013.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2013.php)
- CASEN (2015). Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago de Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen\\_2015.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php)
- CASEN (2017). Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen\\_2017.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php)
- Cea-Merino, P. (2015). De víctimas a agentes. Imaginarios y prácticas sobre la violencia de género en la pareja contra mujeres inmigrantes en el Estado español [Tesis doctoral sin publicar]. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Cea-Merino, P., & Montenegro-Martínez, M. (2014). Más allá de la visibilización: problematizando discursos sobre violencia de género en la pareja contra mujeres inmigradas en España. *Quad Psicol.*, 16(1), 167-80.
- Cea-Merino, P., Galaz, C., & Montenegro, M. (2015). La construcción social de las mujeres inmigrantes en los discursos de la academia. *Psicoperspectivas*, 14(2), 28-3.
- CENSO (1992). Censo Nacional de población y vivienda, Censo 1992. Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas.
- CENSO (2002). Censo Nacional de población y vivienda, Censo 2002. Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas.
- CENSO (2017). Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. Recuperado de: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum*, (1), 139-67.
- Dubois, V. (2003). La sociologie de l'action publique. De la socio-histoire à l'observation des pratiques (et vice-versa). En P. Laborier, & D. Trom (Eds.), *Historicités de l'action Publique* (pp. 347-364). PUF.
- Flick, U. (2002). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Frías, C., Galaz, C., & Poblete, R. (2017). Las operaciones de exclusión de personas inmigradas a través de las políticas públicas en Chile. *Rev CLAD*, (68).
- Galaz, C. (2009). *Las relaciones de cooperación y exclusión social. Un estudio sobre la alteridad*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Galaz, C., & Montenegro, M. (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Univ Psychol.*, 14(5), 1667-80.
- Galaz, V. C., & Guarderas, P. (2017, 1 de enero). La intervención psicosocial y la construcción de las «mujeres víctimas». Una aproximación desde las experiencias de Quito (Ecuador) y Santiago (Chile). *Rev Estud Soc*, 59(35), 68-82.
- Hill-Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russel Sage Fundation.
- Lipsky, M. (1996). Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas. En Q. Brugué, & J. Subirats (Eds.), *Lecturas de Gestión Pública* (pp. 279-298). INAP.
- Massey, D. (2017). *Comprender las migraciones internacionales. Teorías, prácticas y políticas migratorias*. Bellaterra.

- Memmi, A. (2017). What is Racism? En *Racism*. University of Minnesota Press.
- MINSAL (2017). *Política de salud de migrantes internacionales*. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes.
- Pace, Â. F., & Lima, M. O. (2011). Racismo Institucional: apontamentos iniciais. *Rev Difere*, 1(2).
- Pavez, I., & Galaz, C. (2018). Hijos e hijos de migrantes en Chile: derechos desde una perspectiva de inclusión social. *Diálogo Andino*, (57), 73-86.
- Poblete, R., & Galaz, C. (2007). La identidad en la encrucijada: migración peruana y educación en el Chile de hoy. *Emigra Work Pap*, (3). Recuperado de: [https://ddd.uab.cat/pub/emigrawp/emigrawp\\_a2007n3/emigrawp\\_a2007n3p1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/emigrawp/emigrawp_a2007n3/emigrawp_a2007n3p1.pdf)
- Rose, N. (1996). *Inventing ourselves: Psychology, power and personhood*. Cambridge University Press.
- Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Santamaría, E. (2002). *La incógnita del extraño: una aproximación a la significación sociológica de la «inmigración no comunitaria»*. Anthropos.
- Sawaia, B. (1999). *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes.
- Soza, S., & Correa, L. (2014). Regiones extremas chilenas y su invisibilidad económica. *Si Somos Am.*, 14(2), 187-216.
- Stefoni, C., & Riedemann, A. (2015). Sobre el racismo, su negación y las consecuencias para una educación anti-racista en la enseñanza secundaria chilena. *Polis*, 14(42).
- Stolcke, V. (1995). Europa: nuevas fronteras, nuevas retóricas de exclusión. *Anthropology*, 36(1), 1-24.
- SUBDERE (2012). Estudio de identificación de localidades en condiciones de aislamiento 2012. SUBDERE, División de Políticas y Estudios, Gobierno de Chile.
- Subirats, J. (2010). *Ciudadanía e Inclusión Social*. Fundación Esplai.
- Tijoux, M., & Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis* [Internet], 14(42). Recuperado de: <https://journals.openedition.org/polis/11351>
- Urquieta, A. (2017). Territorios de exclusión. Observando dinámicas de inclusión/exclusión en sistemas territoriales complejos del Gran Santiago. Ponencia presentada en: Conferencia internacional marginalidad urbana y efectos institucionales; Santiago de Chile.
- Van Dijk, T. (2006). Discurso de las élites y racismo institucional. En M. Lario (Ed.), *Medios de comunicación e inmigración* (pp. 15-36). Convivir sin Racismo.

- Vázquez, F. (1996). *El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Yufra L., & Santamaría, E. (2015). Aprendiendo los cuidados del hogar en contextos migratorios: ambivalencias, alianzas y distancias. *Univ Psychol.*, 14(5), 1637-47.

# ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES EN CHILENOS E INMIGRANTES. LO QUE PROPONE LA EVIDENCIA ACTUAL

*Yasna Alarcón*<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la migración y los viajes en las distintas regiones del mundo representan un desafío para la salud pública. Si bien la mayoría de los migrantes consultan por infecciones habituales que no difieren de las de la población general, una pequeña proporción de ellos se ven afectados por infecciones importadas desde sus países de origen o tránsito, lo que representa un desafío diagnóstico para el sistema de salud local, a esta situación se suman las brechas sociales, culturales y lingüísticas, lo que hace aún más complejo el escenario de salud para un adecuado manejo del paciente. El riesgo de que algún agente infeccioso exótico se importe es sumamente bajo y, de

---

<sup>1</sup> Médico internista por la Universidad de Santiago de Chile, e infectóloga por la Universidad Católica de Chile. Comité de Infecciones Emergentes. Sociedad Chilena de Infectología. Correo electrónico: yasna.alarcon.vadulli@gmail.com

sucedan, afecta de la misma manera tanto a viajeros habituales como a migrantes (OMS, OIM, 2010; 2013), por lo tanto, son infecciones relacionadas con la movilidad humana. No existe relación sistemática entre migración y riesgo de importación de enfermedades infecciosas, más bien se estima que el riesgo de adquirirlas será proporcional a las prevalencias de cada infección en sus poblaciones de procedencia (WHO, 2018; Balcells, 2017).

Por otra parte, la OMS no recomienda realizar un tamizaje de salud obligatorio a refugiados ni migrantes, ya que no existe evidencia concluyente de que ello sea beneficioso ni costo eficaz, por el contrario, puede generar más bien ansiedad tanto a migrantes como a la población general. Lo importante radica en asegurar acceso a salud para enfermedades transmisibles como no transmisibles, independiente del estado jurídico del migrante, como parte de una cobertura sanitaria universal (OMS, OIM, OHCHR, 2013) y que respete la cultura propia de cada una de las subpoblaciones y su cosmovisión.

Hay que tener presente que algunas de las infecciones que pudiesen afectar a migrantes son poco habituales o inexistentes en nuestro país y, por lo tanto, el personal de salud pudiese no tener experiencia en su manejo, retrasando con ello el diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que afectaría principalmente la calidad de vida del propio migrante. Si a lo anterior sumamos las dificultades de acceso a salud, las brechas culturales y la condición de vulnerabilidad, su situación sanitaria se ve aún más afectada.

Existe un amplio y dinámico abanico de infecciones que pudiesen ser importadas y relacionadas con la movilidad humana de migrantes y viajeros (Balcells, 2017; Monge-Maillo, 2005; ECDC, 2018), y si bien, estas afectan solo a una pequeña proporción de estos grupos, es importante revisar desde la perspectiva infectológica, qué consideraciones deben tenerse en relación con estos grupos, para no entorpecer su proceso migratorio y fortalecer nuestro enfoque diagnóstico acorde a un mundo globalizado.

Considerando que los flujos migratorios en Chile son fundamentalmente intrarregionales (Rojas, 2016), se realizará en este capítulo

una revisión y clasificación práctica de las principales infecciones que marcan este desafío sanitario.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los datos epidemiológicos enfocada en los siete principales países de origen de la población que actualmente migra a Chile: Venezuela, Perú, Haití, Colombia, Bolivia, Argentina y Ecuador.

Entre la información revisada se encuentran informes epidemiológicos locales e información atingente publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Se buscó dirigidamente en el Global Infectious Diseases and Epidemiology online Network (GIDEON) información epidemiológica, clínica y diagnóstica sobre enfermedades infecciosas endémicas y relativa a brotes actuales en los países de la región.

Se revisó en PubMed y Scielo usando los términos «immigrant», «migrant» y «migrant health», seleccionándose guías clínicas y revisiones sistemáticas de aquellas publicaciones donde se viesen representados migrantes provenientes de Latinoamérica.

El análisis de la información recopilada implicó la clasificación principalmente en aquellas que representan un riesgo para la salud pública del país receptor, de aquellas que, sin ser un riesgo para la salud pública, representan un riesgo para el propio migrante por las dificultades diagnósticas, terapéuticas y de acceso a salud que tenemos como país para este grupo de enfermedades «exóticas», donde la experiencia clínica local es limitada, proponiendo, a partir de esta revisión, recomendaciones finales para su enfrentamiento.

## RESULTADOS

Es importante destacar que los programas de inmunización en muchos de los países de origen tienen coberturas bajas, ya sea por

falta de stock o debido a la falta de programas suficientemente organizados, en muchos de ellos, estos últimos 15 o 45 años atrás, las coberturas han sido incluso inferiores al 50%, vale decir, muy por debajo al 95% recomendado (PHAO, PLISA, 2019). Esta situación hace que muchas infecciones prevenibles por vacuna pudiesen afectar a población migrante y/o a viajeros no inmunizados.

En cuanto a brote de infecciones prevenibles por vacuna en Latinoamérica, si bien América aspiraba desde el 2002 a ser el primer continente libre de sarampión, existe un brote que afecta a 12 países de la región, siendo los principales afectados Brasil, Venezuela y Colombia (PHAO, 2019). En Chile, hasta la segunda semana del 2019 se confirmaron 24 casos de sarampión, 7 de ellos importados y 17 relacionados con la importación, sin haberse descritos casos autóctonos ni mortalidad asociada (MINSAL, 2019).

La difteria también está activa en la región, con un brote afectando a Venezuela desde el 2016 con 2.360 casos sospechosos desde el inicio del brote. Colombia con 8 casos el 2018 y la Hispaniola (República Dominicana y Haití), con mortalidad asociada. Se han notificado 774 casos sospechosos en Haití desde el inicio del brote el 2014 (PHAO, 2014). No hay casos autóctonos de difteria en Chile desde 1996 (MINSAL, 2015), ni casos importados por migrantes descritos en Chile, si bien, hubo un caso reciente no publicado de difteria cutánea en un viajero chileno.

En cuanto a infecciones transmitidas por vectores, el principal mosquito responsable en la región es *Aedes aegypti*, vector de virus como el dengue, Zika, Chikungunya y fiebre amarilla. Existe brote de dengue en las Américas desde hace años, con flujos e incidencias fluctuantes de acuerdo con la presencia del vector y del serotipo circulante. Todos los países de la región, salvo el Cono Sur, presentan incidencia alta para dengue. En cuanto a Chikungunya y Zika, luego de los brotes del 2014 y 2016, respectivamente, ha habido una tendencia decreciente de casos sospechosos (PHAO, WHO, PLISA, 2019).

Para fiebre amarilla, desde fines del 2018 hasta febrero 2019, Brasil (50 casos), Perú (9 casos) y Bolivia (1 caso) han notificado

casos. Desde el 2016, Brasil se encuentra en el período reconocido históricamente como el de mayor transmisión de fiebre amarilla en período estacional (diciembre a mayo), y como principal foco en la región (OMS, OPS, 2019).

En Chile, cabe destacar la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá e Isla de Pascua. Se describe un brote de Dengue-1 en la Isla de Pascua durante el 2018, con 18 casos confirmados hasta la semana 24 del 2018 (MINSAL, 2018). Sin embargo, no ha habido casos autóctonos de infecciones virales transmitidas por mosquitos en Chile continental, y actualmente existe un programa activo de vigilancia epidemiológica en las regiones que tienen presencia del vector.

En lo relativo a tuberculosis (TBC), mientras que la tasa en Chile fue de 14,7 para el 2017, por contraste en Haití, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela tuvieron tasas de incidencia de TBC superiores a la media regional (27,1 x 100 mil habitantes). Por otra parte, la prevalencia de tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) es particularmente alta en Perú, desde donde proviene gran parte de la población migrante (Rojas, 2016; OMS, OPS, 2018; MINSAL, 2017). Cabe destacar que los casos de TBC diagnosticados en Chile el 2017 están representados en un 15,5% por población migrante, fundamentalmente provenientes de Perú, Haití y Bolivia. De este modo, la tasa de morbilidad de TBC de la población extranjera en Chile alcanza 54,2 casos por cada 100.000 habitantes. Por otra parte, 11 de los 19 casos de tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) diagnosticados en Chile correspondieron a migrantes (MINSAL, 2017).

Para hepatitis B crónica en población general, Perú y Colombia tienen prevalencias estimadas superiores al 2% y en Haití de hasta 13% en zonas hiperendémicas, muy por sobre Chile, donde la prevalencia se estima en alrededor de 0,4% (Schweitzer et al., 2015).

En el caso de VIH, según datos oficiales de ONUSIDA, Chile es el segundo país con mayor incidencia en la región, con 0,62 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, con lo que aumenta la prevalencia histórica de 0,2% a 0,6% según datos publicados por

ONUSIDA (2017). Si bien no hay datos oficiales de Venezuela para el 2017, la prevalencia de VIH de los principales países de origen es comparativamente menor en Perú, Bolivia, Ecuador (0,3%), Argentina (0,4%) y Colombia (0,5%), y mayor a la chilena solo en República Dominicana (0,9%) y Haití (1,9%).

Datos del Ministerio de Salud en Chile no publicados describen entre el 2010 y el 2017, 1.866 personas extranjeras fueron notificadas como VIH positivo en el país, lo cual representa solo el 5,7% del total de casos notificados en ese período.

Por último, existe un universo amplio de infecciones endémicas, encontrándose limitada información publicada sobre casos exportados desde los países de origen como lo son algunas enfermedades parasitarias como *Strongyloides stercoralis* (Asundi et al., 2019), Leishmaniasis cutánea, malaria (WHO 2017), infecciones por hongos endémicos como histoplasmosis, coccidiomicosis y paracoccidiomicosis, y enfermedades bacterianas como *Bartonella bacilliformis* y virales como HTLV1, entre otras (GIDEON, 2019), la mayoría de las cuales no representan un riesgo para la salud pública del país hospedero, sino más bien para el propio migrante, por las dificultades diagnósticas y terapéuticas que conlleva para un país donde estas infecciones son poco frecuentes, como Chile.

## DISCUSIÓN

Partiendo de la premisa de que la mayoría de las consultas de morbilidad de la población migrante son por patologías habituales, estas no difieren a las de la población general (OMS, OIM, 2010; 2013). Para enfrentar adecuadamente las enfermedades infecciosas en migrantes, desde una perspectiva salubrista, se requiere distinguir aquellas que representan un riesgo para la salud pública, de aquellas que no lo son.

Una cuestión importante es que gran parte de las infecciones de riesgo para la salud pública que pudiesen ser importadas por población migrante son prevenibles por vacuna. Considerando las coberturas de vacunación que tenemos en el país (PHAO, OMS,

PLISA, 2019), la mayoría de los chilenos y niños hijos de migrantes en Chile han recibido protección a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que abarca desde el nacimiento hasta la edad escolar, además de algunas vacunas en adultos, lo cual minimiza el riesgo de brote en población local.

En 1964 se introduce la vacuna sarampión en Chile, alcanzándose coberturas de sobre el 90% desde al menos 1980, además de ciertas campañas para abarcar a población en riesgo (Delpiano, 2015). En el caso de difteria, la vacuna se introdujo en 1954 (Valenzuela et al., 2001), logrando coberturas superiores al 93% desde 1980 (PHAO, OMS, PLISA, 2019). De este modo, es probable que una de las principales poblaciones en riesgo de ser parte de un brote de sarampión, difteria u otra infección inmunoprevenible en Chile, sea la propia población migrante más que la población nacional.

Generar campañas de vacunación que abarquen a población adulta no vacunada representa una medida eficiente para prevenir brotes de infecciones inmunoprevenibles tanto en población migrante y chilenos no vacunados. Se recomienda vacunar a la población migrante al menos para sarampión y difteria, dada la contingencia actual, se sugiere considerar otras inmunizaciones de acuerdo con la epidemiología regional e idealmente completar el esquema de vacunación recomendado en el país (Greenaway et al., 2019; Pottie et al., 2011; ECDC, 2018).

En relación con las infecciones transmitidas por vectores, existe el riesgo de introducción de arbovirosis (dengue, zika, chikungunya y fiebre amarilla) por migrantes y/o viajeros a las zonas de Arica y Parinacota, Tarapacá e Isla de Pascua, localidades donde hay presencia del *Aedes aegypti*.

La mayoría de las infecciones virales transmitidas por vectores (arbovirosis) que pudiesen presentarse en el resto de las zonas del país representarán, más bien, un riesgo para el propio paciente. Estas suelen ser enfermedades autolimitadas y de manejo ambulatorio, presentándose precozmente (3 a 14 días), es decir, después de haber sido picado por el mosquito, y por lo tanto, precoz en el proceso migratorio. Zika tiene la particularidad de poder ser transmitido

además por vía sexual, y en caso de infectar a una mujer embarazada, este puede generar alteraciones neurológicas en el recién nacido como única manifestación de una infección pasada de manera oligo/asintomática en la madre.

Mantener la vigilancia activa, tanto clínica (por ejemplo: exantemas febriles) como entomológica (vigilancia del vector), permite conocer la situación epidemiológica en el país con respecto a las principales arbovirosis presentes en la región, de esta manera es posible la identificación de casos importados y la eventual posibilidad de un caso autóctono en Chile. Por otra parte, es fundamental educar a la población en general en las regiones donde el *Aedes aegypti* está presente, e informar sobre medidas de control vectorial para evitar la proliferación del mosquito, como principal medida de contención de posibles brotes.

Es probable que la tuberculosis sea una de las infecciones a la cual hay que brindar especial atención a la hora de generar recomendaciones. Los migrantes en Chile constituyen uno de los principales grupos de riesgo de TBC y TB-MDR, correspondiendo al 12,5% de los nuevos casos de TB notificados y a un aumento con respecto a años previos. En países como EE.UU., la tasa global de TBC ha llegado a ser tan baja como <3 por 100.000 habitantes, pero la proporción de casos en migrantes es también elevada (68% el 2016), por lo que las estrategias de pesquisa y prevención se centran fuertemente en esa población (Schmit et al., 2016). Otros países de baja endemia describen situaciones similares con TBC en migrantes, siendo este uno de los *screenings* recomendados a esta población, dado el impacto en la salud pública (Greenaway et al., 2018; Kunst et al., 2017; Trejo et al., 2018; ECDC, 2018).

Considerando la situación epidemiológica nacional, resulta pertinente y responsable promover un *screening* básico de TB a migrantes que provienen de países de alta endemia tanto de TBC activa como latente, con el fin de ofrecerles un tratamiento oportuno y de evitar de esta manera contagios por diagnósticos tardíos, beneficiándose de esta forma toda la población (Greenaway et al., 2019; Pottie et al., 2011). Este testeo pudiese ofrecerse ya sea en atención primaria, o a

través de campañas organizadas en conjunto con la propia población migrante u ONG vinculantes.

En lo relativo a VIH, si bien el número de casos de migrantes notificados ha ido en aumento año a año, la incidencia de VIH/SIDA en el país está mayoritariamente representada por personas chilenas. No es posible, con la información disponible, conocer el tiempo de permanencia de la población migrante en Chile al momento del diagnóstico, ni identificar el país donde esta contrajo la infección. La población migrante es reconocida por ONUSIDA como una de las poblaciones claves en el enfrentamiento de la lucha contra el sida por su condición de vulnerabilidad, la cual la empuja a enfrentarse a situaciones que aumentan el riesgo de infectarse con VIH y otras ETS tanto en su fase pre migratoria, de tránsito o de asentamiento. Situaciones de migración forzada, falta de acceso a antirretrovirales —como lo que se ha descrito en Venezuela (Trejo et al., 2018)—, migración desde países de mayor prevalencia, representan parte de lo visualizado en las estadísticas, en suma, este determinante de la salud constituye un desafío en el diagnóstico y prevención del VIH.

Es importante considerar que en Chile, la terapia antirretroviral es de acceso universal e incluye a la población migrante. Hoy en día, la indicación de terapia a toda persona diagnosticada con VIH es fundamental. Un tratamiento exitoso reduce la cantidad de virus circulante (carga viral) hasta valores que permiten que este no se transmita (indetectable = intransmisible). Esta estrategia para el control de la epidemia de VIH/SIDA en el mundo es conocida popularmente como 90-90-90, de ONUSIDA. Este modelo resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir nuevos casos y optimizar el pronóstico de quienes son diagnosticados, en esta estrategia los migrantes constituyen una de las poblaciones clave. Se recomienda que la población migrante tenga acceso al examen VIH precozmente en su proceso migratorio (Greenaway et al., 2018), ello significa ofrecer la prueba universalmente independiente de los factores de riesgo, respetando la confidencialidad y otorgando orientación y educación sobre VIH y otras ETS en

cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento, así como medidas para terminar con el estigma asociado.

Dificultades en la cascada de tratamiento para VIH de la población migrante, son atribuidas a condiciones como la falta de apoyo, dificultades de comunicación, escaso conocimiento del sistema administrativo y logístico de los servicios de salud, temor a la deportación o expulsión del país, especialmente en aquellos migrantes indocumentados y temor a la exclusión social por parte de la propia comunidad migrante (OIM, 2011; UNAIDS, 2014; Ross et al., 2018).

Existe gran desinformación en Chile con respecto a migración y VIH. Conclusiones aceleradas solo aumentan el estigma y alejan a la población migrante de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. La meta 90-90-90 y la prevención combinada propuesta por ONUSIDA están pensadas para todas las personas, sean estas residentes o migrantes.

Es de especial preocupación el grupo de mujeres jóvenes, en plena edad reproductiva, se estima que el 52% de los migrantes en Chile son mujeres (Rojas et al., 2016), a través de estudios hechos en otros países, se evidencia que frecuentemente las mujeres migrantes buscan apoyo médico en estados avanzados de gestación, siendo la mortalidad materna mayor en ellas en comparación a las mujeres nativas. Esto constituye una alerta en salud materno fetal y en particular con respecto a enfermedades transmisibles al recién nacido, muchas de ellas con prevalencias mayores en sus regiones de origen en enfermedades como VIH, Hepatitis B, HTLV1 y ciertas parasitosis, para las cuales un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son fundamentales para el pronóstico de la madre y para prevenir su transmisión al recién nacido (Izquierdo et al., 2019).

Por otra parte, al integrarse al país una población nueva, proveniente de diferentes climas y latitudes, nos encontramos con el desafío de formarnos, de aprender a diagnosticar y tratar un grupo de enfermedades infecciosas hasta ahora ausentes o muy escasas en Chile, por ejemplo, la strongyloidiasis, oncocercosis, filariasis, lepra, esquistosomiasis, leishmaniasis, histoplasmosis, coccidiomicosis y malaria, entre otras. En Chile, los programas de formación médica

general escasamente las abordan y, por lo tanto, la sospecha clínica ante estos casos es habitualmente tardía, con métodos diagnósticos y confirmatorios poco accesibles y tratamientos no disponibles en centros de salud habituales, aspectos que actúan en desmedro de la salud de las personas. Cabe destacar que la mayoría de este conjunto de enfermedades mencionadas —salvo excepciones— no son transmisibles en nuestro país, debido a la ausencia del vector que las transmite o a las condiciones ambientales necesarias para su transmisión. Sin embargo, si estas enfermedades no son tratadas a tiempo podrían llegar a ser muy graves o afectar la calidad de vida de las personas.

En particular para la malaria, en Chile, las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá presentan localidades donde hay presencia del vector: *Anopheles spp.* Chile está libre de trasmisión de malaria, si bien cada año se diagnostican más casos importados por migrantes y viajeros, en distintas zonas del país. Los casos representan más bien un riesgo para el propio paciente, debido a la gravedad y urgencia que representa el tratamiento de malaria por *Plasmodium falciparum* principalmente, en un país con limitada formación al respecto en las escuelas de medicina, con métodos diagnósticos que están limitados a algunos centros y donde el tratamiento suele estar centralizado o ser de difícil acceso, con protocolos poco difundidos.

## CONCLUSIÓN

El desafío de la migración en lo relativo a enfermedades infecciosas es relevante y su enfrentamiento informado permitiría mejorar la calidad de vida tanto a migrantes internacionales como a chilenos. Disponer de acceso a salud precoz, independiente de la condición migratoria de la población, un diagnóstico oportuno y acceso a medicamentos adecuados, pudiesen resolver mejor aquellos casos de infecciones relacionadas con la movilidad de las personas.

Sería aconsejable disponer de un centro de referencia público de enfermedades del migrante y del viajero, con apoyo clínico (presencial o virtual) y de laboratorio, así también difundir en los centros

de salud nacional enfoques en salud inclusivos desde la perspectiva intercultural, de modo de facilitar el acceso de la población migrante internacional a los centros de salud.

La condición de salud nunca deberá utilizarse como justificación para la expulsión de la población migrante del país (WHO, OIM, OHCHR, 2013). Promover la cooperación bilateral y multilateral con relación a la salud de las personas migrantes internacionales, entre todos los países que participan en el proceso de la migración, permitiría un mejor enfrentamiento de las enfermedades infecciosas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Asundi, A. et al. (2019). Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 7, e236-48.
- Balcells, M.E. y Alarcón, Y. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida. *ARS medica*, 42(2), 4-6.
- Delpiano, L., Astroza, L. y Toro, J. (2015). Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. *Rev chil infect*, 32(4), 417-429.
- ECDC. (2018). *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*. European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC. (2018). *Cost-effectiveness analysis of programmatic screening strategies for latent tuberculosis infection in the EU/EEA*. European Centre for Disease Prevention and Control.
- Global Infectious Diseases and Epidemiology Online Network. Rescatado de [www.gideononline.com](http://www.gideononline.com)
- Greenaway, C. et al. (2018). The effectiveness and cost-effectiveness of screening for active tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 23(14), 17-00542. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.14.17-00542>
- Greenaway, C. et al. (2019). Migration Medicine. *Infect Dis clin N Am*, 33, 265-287.
- Greenaway, C. y Castelli, F. (2019). Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *Int J trav med*, 26(2), taz007.

- Izquierdo, G., Reyes, A., Delpiano, L. et al. (2017). Inmigración e impacto en la infectología de recién nacidos. *Rev Chilena Infectol*, 34(4), 374-376.
- Kunst, H., Burman, M. et al. (2017). Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(8), 840-851.
- MINSAL, Departamento de Enfermedades Transmisibles. (2017). Informe de Situación Epidemiológica y Operacional del Programa Nacional de Tuberculosis 2017.
- MINSAL, Departamento de Enfermedades Transmisibles. (2018). Orientación técnica para el diagnóstico y manejo clínico de arbovirosis: Dengue, Chikungunya, Zika y Fiebre amarilla.
- MINSAL, Departamento de Epidemiología. (14 de febrero 2019). Minuta: Brote de sarampión asociado a importación. Chile, noviembre 2018 febrero 2019. [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/MINUTA\\_SARAMPI%C3%93N\\_2019\\_02\\_14.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/MINUTA_SARAMPI%C3%93N_2019_02_14.pdf)
- MINSAL, Departamento de Epidemiología. (06 de julio 2015). Informe difteria (CIE10:A36). Situación epidemiológica, año 2014 (datos provisorios al 23 de abril de 2015). <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-Difteria-2015-07-06-web.pdf>
- Monge-Maillo, B., López-Vélez, R., Norman, F., Ferrere-González, F., Martínez-Pérez, A., Pérez-Molina, J.A.; et al. (2005). Screening of imported Infectious Diseases among Asymptomatic Sub-saharan African and Latin American Immigrants: A Public Health Challenge. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 92(4), 848-856.
- OIM. (2011). VIH y Movilidad en la población.
- OMS, OPS. (2018). Tuberculosis en las Américas 2018.
- OMS, PHAO (18 de marzo 2019). Difteria - Actualización Epidemiológica.
- OMS, OPS (6 de marzo 2019). Fiebre Amarilla - Actualización epidemiológica.
- PHAO, WHO, PLISA. (2019). Health Information Platform for the Americas. Rescatado de <http://www.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics>
- PHAO, OMS. (18 de enero 2019). Sarampión - Actualización Epidemiológica.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L.J., Ueffing, E., MacDonald, N. E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy, A. E., Gagnon, A. J., Rousseau, C., Tugwell, P. y coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health; et al. (2011). *Evidence-based clinical guidelines for migrants and refugees*. *CMAJ*, 183(12), E824 – E925.

- Rojas, N., & Silva, C. (2016). La migración en Chile: Breve reporte y caracterización (OBIMID). Rescatado de [http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe\\_julio\\_agos-to\\_2016.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agos-to_2016.pdf)
- Ross, J.; et al. (2018). HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis*, 31(1), 25-32.
- Schweitzer, A., Horn, J., Mikolajczyk, R. T., Krause, G., & Ott, J. J. (2015). Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *The Lancet*, 386(10003), 1546-1555.
- Schmit, K. M., Wansaula, Z., Pratt, R., Price, S. F., & Langer, A. J. (2016). Tuberculosis-United States. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(11), 289-294.
- Trejo, M. (2018). Civil society under threat: How can HIV advocates resist de impact? Conservative populism and social exclusion of civil society. *Symposia Session. AIDS 2018*.
- UNAIDS. (2014). THE GAP REPORT 2014.
- Valenzuela. (2001). Desarrollo y futuro programa ampliado de Inmunizaciones en Chile. *Rev Chil infectol*, 18(S1), 31-36.
- WHO, OIM. (2010). Health of Migrants – The way forward: Report of a global consultation.
- WHO, OIM, OHCHR. (2013). International Migration, Health and Human Rights.
- WHO. (2017). World Malaria Report 2017.
- WHO. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region.

# ELEMENTOS Y DEBATES ENTRE PSIQUIATRÍA Y ANTROPOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE MIGRANTES INTERNACIONALES PRESENTES EN CHILE

*Alejandra Carreño Calderón<sup>1</sup>*

## INTRODUCCIÓN

La relación entre psiquiatría y migraciones se remonta al nacimiento mismo de la psiquiatría como ciencia. La pregunta sobre cuáles son los justos niveles de movilidad de los seres humanos para garantizar su bienestar emocional o cuál es el rol de los referentes culturales en el emerger de las patologías, son preguntas que circundaron a la medicina aun en sus etapas primigenias. Hoy en día, diversas tendencias en psiquiatría han desarrollado aproximaciones teóricas y metodológicas a la atención de migrantes, considerando que los flujos migratorios han aumentado extensamente a nivel

---

<sup>1</sup> Dra. en Antropología, Universidad de Siena. Mg. Etnopsiquiatría y Salud Intercultural, Universidad de Génova. Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Universidad del Desarrollo, Chile. Correo electrónico: [carrenoalejandra@gmail.com](mailto:carrenoalejandra@gmail.com)

global en las últimas décadas (OIM, 2018) y que garantizar el derecho a la salud, promulgado por la mayoría de las constituciones contemporáneas, incluye también el derecho a la salud mental (Stolkiner, 2010). Como es sabido, Chile no se ha restado de esta tendencia mundial y en pocos años se ha transformado en destino estratégico de las migraciones sur-sur (Elizarde et. al., 2013). Desde esta perspectiva, el artículo pretende reflexionar en torno a los elementos claves que considerar en la atención de salud mental de migrantes internacionales, a partir de una revisión teórica del debate producido hasta hoy entre psiquiatría y antropología, que da origen a la actual etnopsiquiatría, con sus diversas aplicaciones clínicas. El artículo aborda los orígenes de la discusión teórica y epistemológica que subyace a la implementación de políticas de atención de salud mental con un enfoque intercultural a nivel global, para luego acercarse a las investigaciones realizadas sobre salud mental en población migrante en Chile. Una vez revisadas ambas trayectorias, se concluye esbozando algunas recomendaciones para el abordaje del tema por los equipos de salud locales y sus aplicaciones en el marco del modelo de salud mental comunitario, promovido por la reforma de salud de nuestro país (Minoletti & Zaccaria, 2005).

## NOSTOS: EL DOLOR DE CASA

Muchas veces, al hablar del malestar emotivo o de episodios críticos de quienes viven la migración, se usan conceptos como «duelo migratorio», «síndrome de Ulises», «aculturación», «desadaptación» o, más común aún, se refiere a la idea de nostalgia. De estos conceptos, es este último el que establece una profunda relación histórica con la psiquiatría y que resulta clave para comprender el diálogo entre las ciencias encargadas de la salud mental y la antropología, en torno al sufrimiento psíquico de quien se encuentra enfrentado a una nueva cultura, como es el caso de los y las migrantes. Ya en la protopsiquiatría de 1688, el médico Johannes Hoefler (Anspach, 1934) analiza el caso de lo que él llama *Heimweh*, «dolor de casa». Este término, al igual que la nostalgia, nace de la yuxtaposición entre

el dolor (algos) y la necesidad de regresar al hogar (nostos). Según Hoefler, la nostalgia habría sido la causa de muerte de personas que perdieron la vida lejos de casa, poseídos por fiebre, delirio y dolor generalizado, siendo la lontananza del hogar y la ausencia de redes sociales, los ejes estructurantes de su patología (De Diego, 2014).

Desde entonces, la atención en torno a los efectos emotivos y a las consecuencias somáticas que arrastraría a migración han poblado parte importante de la literatura médica y psiquiátrica, delineando un recorrido que ha tendido a buscar en el migrante (en su personalidad, en su infancia, en el funcionamiento de su cerebro o en su sexualidad), las causas que explicarían su intolerancia hacia las costumbres extranjeras o su incapacidad de generar mecanismos de adaptación a los nuevos contextos culturales (Beneduce, 2004). A pesar de constituir una unidad nosológica en el lenguaje clasificatorio de la medicina, el sufrimiento psíquico de los migrantes ni aún en el 1700 siguió una trayectoria lineal. De hecho, la nostalgia, entendida como enfermedad, no se presentaba del mismo modo en todas las personas que migraban, al contrario, parece radicarse especialmente en personas que habían vivido la migración en condiciones específicas. Como precisa Descuret en su texto de 1857, «los soldados, los domésticos y los esclavos son las víctimas más comunes de la nostalgia». A pesar de lo evidente que puede resultar en la actualidad ver en las condiciones de migración de «esclavos, domésticos y soldados» y no en la migración misma, los elementos que construyen la posibilidad de hacer emerger la patología, un paradigma más bien positivista ha primado en la forma en que se abordó el tema durante el siglo XX, una vez que la psiquiatría pasa a ser una especialidad médica y, por lo mismo, una disciplina científica.

De hecho, durante las primeras décadas de ese siglo, las discusiones se centraron en los perfiles patológicos y el tipo de síndromes que estarían asociados a la migración. La historia de la esquizofrenia, enfermedad que por excelencia acompaña la historia de la psiquiatría, es significativa al respecto. En los años treinta, el psiquiatra Ørnulv Ødegaard (1932) sostuvo por primera vez una relación entre la migración y la locura. Habiendo encontrado alta incidencia de

esquizofrenia entre migrantes noruegos en Estados Unidos, Ødegaard describió con nitidez el estado de estrés, confusión y desorientación que generaba el nuevo contexto cultural y la hostilidad de la sociedad de llegada en el migrante, anticipando las consecuencias que dicho contexto tendría sobre la desestructuración de su personalidad. Si bien diversos estudios posteriores han invalidado la relación causal que proponía el psiquiatra, hoy en día numerosas son las investigaciones que siguen interrogando el vínculo entre ambos fenómenos, tratando de interpretar la relación entre la historia de migración de distintas generaciones de una misma familia y el posible aumento de riesgo de generar brotes esquizofrénicos entre las primeras y segundas generaciones (Selten et al., 2007). Si bien el vínculo sigue estando al centro del debate, estos estudios contemporáneos, gracias a los diálogos que establecen con una perspectiva propiamente social en psiquiatría y salud pública, han ido reconociendo que la mayor prevalencia de episodios psicóticos, depresión y de diagnóstico de esquizofrenia en población migrante debe ponerse necesariamente en relación con factores como el empobrecimiento económico y social que a menudo impone la migración, la fragmentación familiar, la exposición a violencias de diversos tipos y el estrés de procesos burocráticos e institucionales que ponen a los sujetos en un perpetuo estado de incerteza e indeterminación. Factores políticos, étnicos, económicos y lingüísticos parecen ser tan importantes en el sufrimiento psíquico de los migrantes, cuanto los factores genéticos y de uso de sustancias que han prevalecido en las aproximaciones clásicas a las patologías mentales (Hutchinson & Haasen, 2004).

Igualmente, el surgimiento de un diálogo más estrecho entre antropología y psiquiatría ha permitido enfrentar el argumento desde una perspectiva que, en lugar de dar por sentada la universalidad de los diagnósticos psiquiátricos como *a priori* epistémico, se interroga también sobre las relaciones de poder que se establecen a través de la comprensión de la alteridad cultural en un lenguaje que tiende a patologizarla o, al menos, a leerla desde la óptica de la desviación y de la anormalidad.

Una contribución importante al mirar los propios sistemas clasificatorios con que la medicina y la psiquiatría enfrentan las diferencias culturales, lo realizó el antropólogo médico Roland Littlewood, quien en los años 80 comienza un estudio sobre los diagnósticos de esquizofrenia y psicosis entre migrantes afrocaribeños en Gran Bretaña. En sus trabajos, Littlewood devela las consecuencias que implica asumir desde los propios equipos de salud, la idea del migrante como un individuo en riesgo, con una personalidad predispuesta a la patología, ensombreciendo las características del contexto social sobre la que esta se construye. En particular, el estudio de Littlewood y Lipsedge (1982) destaca cómo los servicios médicos y sociales británicos tendían a intervenir más a menudo y más rápidamente cuando se trataba de familias de inmigrantes afrocaribeños, en contraste con lo que sucedía con familias británicas o de otras colonias migrantes, teniendo como consecuencia mayores tasas de hospitalización obligatoria e índices más elevados de diagnóstico de esquizofrenia en esta población en específico. ¿Cuánto hay de nuestra propia mirada sobre los otros, de nuestra propia dificultad de entender el proceso migratorio y la diferencia cultural, en la forma en que los migrantes son tratados y considerados dentro de los sistemas de salud?

#### DEL CHAMANISMO A LA CONSULTA: PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS

El abordaje de la salud mental como tema de interés para la antropología encierra en sí mismo una dificultad teórica y epistemológica: ¿es la salud mental una realidad «observable» en todas las culturas? ¿Tiene sentido hablar de la salud mental de poblaciones no occidentales? Si la perspectiva psiquiátrica recién revisada tendería a responder afirmativamente estas preguntas, la historia de la antropología se ha inclinado en la dirección opuesta, negando de paso, su lugar en el debate sobre el rol que juega la cultura en el surgimiento y tratamiento del malestar emotivo, anímico o psíquico. Parte de esta dificultad por abordar temas que históricamente se han inscrito en el campo de lo psicológico y médico radica en la

predisposición que tuvo la antropología de inicios del siglo XX a circunscribir hechos relativos a la salud y enfermedad de los grupos no occidentales que estudiaba, en el campo de lo religioso. De hecho, quien hoy se considera uno de los padres de la antropología médica, Evans Pritchard (1937), realiza sus interpretaciones respecto al funcionamiento de los sistemas de salud de los azande (África Central) refiriéndose a ellos como parte de un sistema religioso interesado en elucubrar las causas del mal (¿por qué me sucede esto a mí?), en lugar de interesarse por la naturaleza del mal (¿qué me sucede?). Si bien el resultado inaugura una subdisciplina antropológica dedicada a indagar en los significados de la salud y enfermedad en distintos contextos culturales (Comelles y Martínez, 2003), se requirieron varias décadas de trabajo para reconocer las nociones de salud y enfermedad contenidas en el campo de lo religioso, cuando se trataba de la vida social de «otras culturas». Un rol importante en este proceso de diálogo lo cumplieron las autoras Margaret Mead y Ruth Benedict (Mead, 1963; Benedict 1935), de la corriente «cultura y personalidad», nacida en el corazón de la academia norteamericana, además del trabajo de Clyde Kluckhohn (1949). Si bien sus teorías han sido discutidas y en parte superadas, estos autores se interesan por primera vez sobre aspectos vinculados con la emocionalidad y sexualidad, así como sobre la construcción de la idea de sujeto en culturas no occidentales. Sus investigaciones fueron, además, claves para el diálogo que más tarde se establece entre las obras Sigmund Freud y Claude Lévi-Strauss. Si bien el trabajo de ambos da origen a corrientes que suelen considerarse en las antípodas, es evidente que las interconexiones que se establecen entre ambas radican en una discusión sobre los universales de la cultura. El rol del mito, el tabú del incesto y la organización del parentesco están a la base de las disciplinas que ambos fundan y que hoy siguen encontrándose en el desafío de comprender los mecanismos que subyacen al tratamiento del mal y del sufrimiento en todas las culturas, más allá de si dicho mal se identifique como efecto del disfuncionamiento de un neurotransmisor, el resultado de pulsiones sexuales reprimidas o la injerencia de un ancestro sobre la vida de la comunidad.

Igualmente, la discusión que Lévi-Strauss (1978, 1983) y Freud (2011) emprenden en torno al rol de la comunidad en la construcción de significados que resultan claves para obtener la llamada eficacia simbólica de las terapias tanto occidentales como no occidentales (Lionelli, 1988), son elementos que nutren hasta hoy la práctica antropológica, psicológica y psiquiátrica. El trabajo de George Devereux, colaborador de ambos autores, sintetiza en buena parte las intersecciones posibles entre psicoanálisis y antropología y su potencialidad para el desarrollo de una clínica transcultural. Hijo de madre alemana, padre húngaro, ambos judíos, y nacido en Rumanía, Devereux experimentó desde la infancia las implicancias de una vida capaz de traspasar fronteras lingüísticas, físicas y académicas. Si bien se forma como músico, físico y químico, pasa tempranamente a interesarse por la lingüística y la antropología, a partir de la cual abre un campo de investigación sobre chamanismo y psicoanálisis desde el cual formula una epistemología complementarista, base de la actual acción clínica etnopsiquiátrica. El proyecto de Devereux es el de poner en discusión el concepto de cultura desarrollado por la antropología y hacerlo reaccionar (en una potente metáfora química) con el problema básico de la psiquiatría: la distinción entre lo normal y lo patológico. Para ello, cuestiona la mirada que prevalecía hasta entonces sobre la cultura, entendiéndola como una realidad externa o superior, «invisible para el ser humano como lo es el agua para los peces que nadan dentro» (Linton), para interesarse en el modo en que los individuos interactúan sistemáticamente con los elementos que les ofrece la cultura, manipulándolos, interpretándolos y poniéndolos a disposición de conflictos privados, o incluso, inconscientes. De esta manera, Devereux integra una perspectiva de la cual la antropología ha desconfiado a lo largo de toda su trayectoria, es decir, su capacidad de interesarse por el individuo, más allá de su discusión sobre la colectividad. La integración del saber psiquiátrico y antropológico que propone Devereux implica una crítica severa tanto al comportamentismo que tiende a primar en la primera, como al relativismo cultural en el que cae a menudo la segunda. Para enfrentar ambos «extremos», Devereux propone

renunciar a las perspectivas totalizantes aceptando que la observación de un fenómeno desde un punto de vista implica necesariamente la exclusión de otro punto de vista. En consecuencia, solo una observación complementaria, puede aspirar a la interpretación holística de los eventos que vive un sujeto. Este principio, aplicado al ámbito psicoterapéutico implica reconocer los límites que la acción de una sola disciplina tiene necesariamente, cuando encuentra fenómenos tan complejos como el que proponen las migraciones. Ir más allá de la prevalencia de uno u otro diagnóstico o de uno u otro modelo cultural, implica aceptar un desafío interdisciplinario en el que la migración, como todo encuentro entre culturas, sea concebida desde las complejas estructuras de poder, deseo, dominación y realización, que la configuran.

### ¿LA MIGRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL? RESPUESTAS INTERDISCIPLINARIAS

Uno de los problemas que ha presentado la tendencia a mirar el sufrimiento psíquico de los migrantes desde un paradigma centrado en medir prevalencias y establecer relaciones causales entre migración y psicopatología la representa, justamente, la heterogeneidad de la experiencia de quien atraviesa una frontera para vivir en otro. Como sabemos, cuando hablamos de migrantes internacionales hablamos de grupos cuya característica común tiene que ver con la condición del desplazamiento y la intención de asentamiento que está al centro del motivo de su viaje (ONU-OIM, 2018). Sin embargo, aún en países con larga tradición migratoria como Gran Bretaña o Estados Unidos, la población migrante es altamente heterogénea, diferenciándose no solo según su origen, sino que, como todos los grupos sociales, por variaciones internas de clase, etnia, edad y género. Asimismo, los motivos de la migración diferencian radicalmente a quien partirá por un proyecto personal o familiar consensuado y planificado de quien, como el caso de los refugiados o desplazados, partirá por una situación de persecución que pone en riesgo su sobrevivencia o la de su familia. Del mismo modo, las relaciones históricas entre países de origen y llegada, así como las trayectorias que establecen

los flujos migratorios marcan el tipo de relación que se creará con y entre comunidades migrantes. Un ejemplo de ello es la diferencia entre la experiencia de migrantes calificados provenientes de España y llegados a Santiago en las últimas décadas (Rodríguez et al., 2015) y la experiencia de migrantes afrocolombianos llegados al Norte de Chile (Buriticá, 2016). Estos aspectos, que pueden resultar de sentido común, fueron escasamente considerados en la construcción de la idea de la migración como un riesgo para la salud mental. De hecho, múltiples son los estudios que tienden a confirmar la mayor presencia de factores depresivos, de ansiedad y somatización en población migrante, destacando también que la autopercepción de salud es peor en estos grupos respecto a comunidades nativas (Dey et al., 2006; Blomstedt & Sundquist, 2007; Lindert et al., 2008). Esta perspectiva, si bien da luces sobre la presencia de una necesidad en salud mental que no se puede obviar y que constituye un desafío para la salud pública chilena (Alvarado, 2008), no debe conducirnos hacia la reificación del migrante como un sujeto «naturalmente» en riesgo. De hecho, al mirar acuciosamente las estadísticas, veremos que estas prevalencias no son constantes y que esta heterogeneidad agrega elementos de complejidad a los intentos de establecer relaciones unicasales entre migración y psicopatología. En Estados Unidos, por ejemplo, estudios indican que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en migrantes hispanos sería menor que en población nativa (Grant, et al., 2004), mientras en Suiza los migrantes provenientes de países de la ex Unión Soviética presentan tasas similares de sintomatología psiquiátrica, comparada con los nacidos en Suiza, no así los inmigrantes provenientes de otros países de Europa que presentan el doble de sintomatología psiquiátrica (Blomstedt et al., 2007). Esta tradición comparativista entre tasas de prevalencia, que ha ocupado ampliamente la literatura dedicada al tema, ha sido criticada por tres motivos principales: i) tiende a confirmar, a través de metodologías exclusivamente cuantitativas, la idea de la migración como una experiencia de riesgo para la salud mental, homogeneizando a la población migrante; ii) tiende a obscurecer el papel de las condiciones sociales en la generación de

riesgos para la salud mental, al no considerarlas como variables; y iii) carece de un cuestionamiento riguroso a los instrumentos con los que la información se recaba, aplicando a menudo encuestas estandarizadas que tienen poca información sobre su validez en grupos culturales diversos.

A partir de estas críticas, diversas escuelas de pensamiento en psicología, psiquiatría y antropología han asumido el desafío de superar este paradigma comparativista, para desarrollar líneas de reflexión teórica e instrumentos metodológicos que vayan más allá de la sola aplicación de los métodos y terapias conocidos y desarrollados en Occidente, sobre grupos sociales diversos. Este desafío, que se transforma en lo que hoy llamamos etnopsiquiatría o psiquiatría transcultural según la corriente teórica a la que se adhiera, ha tenido como horizonte común reconocer que la variedad de resultados que presentan las comunidades migrantes en salud mental están estrechamente vinculada a las condiciones en que ciertas migraciones son experimentadas. En consecuencia, las variables macropolíticas que están a la base de la experiencia migratoria no pueden dejar de ser consideradas en la generación de estrategias de atención clínica, así como también en el diseño y lineamiento de políticas públicas pensadas para esta población.

Países en los que la migración internacional representa una realidad aferrada hace décadas, como Francia o Gran Bretaña, han enfrentado el tema adoptando la epistemología complementarista que acuñó George Devereux, a partir de su doble rol de psicoanalista y antropólogo. Esta epistemología, basada en la constatación física de que no es posible observar un aspecto de un fenómeno sin abandonar otra dimensión de él (Moro, 2001), pone una insistente atención en la interdisciplina para observar fenómenos multidimensionales como la migración y, a su vez, controlar los efectos afectivos e inconscientes que los propios paradigmas culturales del terapeuta pueden tener sobre su mirada hacia el migrante (Beneduce, 2010). Su aplicación más emblemática tiene lugar hoy en día en el Centre Devereux, situado en uno de los barrios con mayor presencia de migrantes en París. Ahí, Tobie Nathan (2001), discípulo de Devereux,

fundó un centro de atención especialmente dedicado a la salud mental de personas provenientes de otras latitudes, sin por ello excluir a la población francesa. Nathan, psicoanalista de origen egipcio, se inspira en la epistemología interdisciplinaria que promovió su maestro para desarrollar un polo de formación universitaria y de atención clínica capaz de entregar herramientas clínicas y académicas para comprender el sufrimiento (físico, psíquico, anímico, espiritual, etc.) en culturas diferentes a la llamada «occidental»: culturas en las que existen otros esquemas representativos del mal, abriéndose a las infinitas variaciones de la humanidad. Comprender estos sistemas es el primer paso para superar el dogma del pensamiento único que prevalece en las ciencias occidentales, poniendo sus preguntas en relación con otros saberes y experiencias que proceden de los mundos de origen de los y las migrantes.

Si bien estas aplicaciones terapéuticas no han estado exentas de polémicas sobre la creación de dispositivos clínicos «específicos» para la atención de migrantes (Fassin, 2000), ellos responden en buena parte a las políticas sanitarias de cada país, que en el caso de Francia se debaten entre el imperativo de la igualdad o el gobierno de la pluralidad (Latour & Stengers, 1997). Para el caso de Chile, los alcances del debate etnopsiquiátrico interesan en cuanto son capaces de anticipar algunos problemas que pueden surgir del trabajo clínico con migrantes, destacando la importancia de reconocer los sistemas de salud biomédicos como sistemas culturales (Kleinman, 1980), en los que priman ciertas ideas y conceptos en torno a los migrantes, responsables de juicios proyectivos que pueden anticipar o acelerar procesos diagnósticos basados en emociones personales profundamente ancladas en los sistemas culturales a los que se pertenece (Cfr. Devereux, 1983). Para la etnopsiquiatría no existen seres humanos genéricos ni categorías culturales que encierren el comportamiento de colectividades (los peruanos, los marroquíes, etc.), así como tampoco existen diagnósticos como realidades anteriores a la experiencia del usuario/a y a las condiciones macrosociales en las que esta se inserta. Esto implica también estar atentos a los peligros de «culturalizar» las subjetividades y reducir la importancia de los

procesos históricos y políticos propios de un presente postcolonial, que se encarnan en la experiencia de los usuarios, en su malestar, en sus sueños, sus angustias y deseos (Fanon & Beneduce, 2011). La etnopsiquiatría, además, invita a acoger las formas de entender el sufrimiento que portan las personas migradas y los horizontes de significado a partir de los cuales el malestar es interpretado y situado. Si estos significados pertenecen a ámbitos religiosos o están vinculados a las medicinas tradicionales propias de los países de origen, la invitación es a reconocer y a activar los sistemas de sanación que reconocen los usuarios —en el sentido que Latour (2008) da al término—, poniéndolos en un diálogo radical con los instrumentos de acción terapéutica propios de la psiquiatría y la psicología.

#### CHILE: DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN MIGRANTE

En el contexto chileno, las investigaciones han seguido una trayectoria similar a la que hemos antes esbozado. Si bien hasta hace pocos años la migración no parecía materia de salud pública, el debate entre antropología y psiquiatría fue inaugurado en la segunda mitad del siglo XX por los trabajos de Juan Marconi (1966) y Carlos Munizaga (1961), respecto a la salud mental de las poblaciones indígenas emigradas a las ciudades. Esta materia ha sido aun insuficientemente explorada, a pesar de los tímidos avances en políticas de salud intercultural y el reconocimiento de las necesidades específicas que presentan los integrantes de pueblos indígenas en términos de salud mental (MINSAL, 2016). Marconi y Munizaga, psiquiatra y antropólogo, respectivamente, constatan en sus trabajos las alteraciones y trastornos vinculados a la pérdida de la identidad y los efectos que el racismo tiene sobre la población mapuche urbana, así como también las estrategias «transicionales» que dicha población pone en acto para establecer continuidades con sus comunidades y territorios de origen. Si bien en un nivel exploratorio y altamente marcado por una epistemología que tiende a poner énfasis en la universalidad de los diagnósticos, el trabajo de Marconi y sus colaboradores coincide en afirmar que los diagnósticos de delirio,

alucinaciones y psicosis, son producto de quiebres y conflictos de identidad étnica «producto de ambivalencias culturales y cognitivas» (Valenzuela, 1995, p. 9), que estarían también a la base del desarrollo de patologías de marcada índole histórico-social, como el mismo alcoholismo que aflige a buena parte de las poblaciones indígenas de América Latina (Lomitz, 1976).

Luego de esos albores, no es sino hasta los primeros años del siglo XXI que se registra un aumento importante de literatura en torno a la migración dada la creciente complejidad y visibilidad del fenómeno en nuestro país, que pasa de ser una migración interna (campo-ciudad, indígena- mestiza), a adquirir un carácter internacional, con una marcada presencia de personas de origen latinoamericano (Cano & Soffia, 2009). Esta creciente producción en la agenda de investigación se traduce también en el surgimiento de una línea de estudios específica dedicada a la salud de los migrantes internacionales que ha tomado particular fuerza en los últimos años con importantes aportes a nivel nacional (Cabieses et al., 2017; Núñez, 2011; Concha & Paz, 2012; Concha & Mansilla, 2017, entre otros). Sin embargo, dentro de esta línea de investigación la salud mental de los migrantes internacionales en Chile ha sido menos estudiada y los registros con los que contamos reproducen un paradigma que busca establecer prevalencias de trastornos usando instrumentos estadísticos estandarizados (Rojas et al., 2011; Florenzano et al., 2018; Yáñez & Cárdenas, 2010).

A pesar de los límites de un enfoque basado en prevalencias, de estos estudios emergen resultados interesantes respecto a la situación de salud mental de los migrantes internacionales que pueden orientar la acción de la política pública en la materia: i) se detecta una prevalencia más baja de psicopatología en la población migrante comparada con las tasas de psicopatología en la población chilena, ii) se detectan barreras significativas de acceso a la salud mental a nivel de atención primaria; iii) hay una importante prevalencia de trastornos afectivos en la población infanto-juvenil que podría, en generaciones sucesivas, tener un impacto iatrogénico en las

condiciones de salud mental de la población migrante en el corto plazo (Rojas et al., 2011).

Respecto al primer punto, como ya esbozado anteriormente es importante problematizar la validez de los instrumentos estandarizados para generar datos que tienden a homogeneizar a una población altamente heterogénea. Como lo demuestran estudios que integran métodos mixtos para caracterizar la población migrante usuaria de centros de salud mental (Becerra & Altimir, 2013), la prevalencia de psicopatologías no se puede observar solo desde la variable migrante/chileno, sino que debe ser puesta en relación con variables estructurales como son el género, la edad, la escolaridad, la condición migratoria y laboral, el momento del proceso migratorio en que se encuentra, así como con otros aspectos de la atención en salud mental como son el motivo de consulta y las expectativas de tratamiento. De la integración de datos cuantitativos y cualitativos, las autoras permiten trazar en pequeña escala un panorama preciso de las necesidades de salud mental que presenta población migrante en Chile. En sus resultados emergen aspectos antes destacados respecto a la importancia que asume la dimensión relacional y contextual en la emergencia de la disfunción y la patología. Igualmente, aparecen elementos específicos que hasta ahora hemos llamado variables «macrosociales», pero que en este estudio se traducen en realidades concretas y situadas en cuadros político-económico específicos como son las formas de administración de la migración que se ha impuesto hasta hoy. Las condiciones de precariedad social y de vulnerabilidad estructural en las que se sitúan algunas poblaciones migrantes específicas, así como la indiferencia burocrática (Herzfeld, 1993) con la que las instituciones públicas asumen sus funciones de administración, generan un cuadro en el que prejuicios y hostilidades se transforman en prácticas normales y normalizadas, cuyas consecuencias naturales recaen en sensaciones de malestar afectivo e incerteza.

Respecto al segundo punto, en cambio, si bien el decreto 167 que garantizó acceso a salud a toda la población migrante derribó importantes barreras legales de acceso a la salud, aún tenemos en

Chile un desafío respecto al uso de servicios de salud mental por parte de la población migrante. La encuesta CASEN 2015 corrobora que los migrantes presentan un menor uso de estos servicios y que aspectos como no tener RUN, preocupación por el costo económico de la atención, la ausencia de permisos laborales y el miedo a ser maltratados son elementos que hasta hoy hacen que la salud mental de los migrantes no pueda ser atendida bajo el modelo de salud comunitario, sino que se focalice en atenciones esporádicas que a menudo se traducen en situaciones de emergencia (Astorga, et al., 2019). Finalmente, así como la falta de acceso a los servicios de salud mental y la inexistencia de estructuras adaptas a una clínica transcultural presentan desafíos importantes para la salud pública en Chile, igualmente preocupante es la situación de salud mental de los niños y jóvenes migrantes cuya vulnerabilidad se inserta en el deteriorado cuadro general de salud mental infanto-juvenil en el país. La falta de acciones y coordinación intersectorial, así como un posicionamiento político claro de protección de esta población, siguen siendo parte de la deuda que nuestro país tiene con su población más joven.

## CONCLUSIÓN

La revisión aquí realizada permite concluir que el diálogo entre antropología y psiquiatría es clave para comprender los desafíos que implica la atención de salud mental a migrantes internacionales en Chile. De este recorrido histórico se constata la necesidad de entender la migración desde un paradigma que nos aleje de la naturalización del riesgo o del malestar en el que habitualmente se encierra la experiencia de movilidad humana, considerando que son más bien las condiciones en las que se realiza la migración y el proceso de asentamiento en el país de llegada, las que definen las posibilidades y características que asumen los trastornos afectivos. Igualmente, la posibilidad de crear estrategias interdisciplinarias para abordar el tema implica renunciar a las perspectivas totalizantes que a menudo paralizan la acción de las diversas disciplinas, anclándolas en

el comportamentismo o en el relativismo cultural, según sostenía Devereux. En su lugar, es necesario abordar el sufrimiento psíquico de los y las migrantes dentro de un contexto en el que la situación socioeconómica, la descalificación laboral, la reorganización de las redes parentales, la relación con la sociedad de llegada, los aspectos lingüístico-afectivos, la época en la que se realiza la migración, los aspectos burocrático institucionales, etc., no se escinden de los aspectos sintomatológicos y clasificatorios propios del proceder del saber psiquiátrico.

Esta mirada, que llamaremos multidimensional en la medida en que integra saberes y miradas de distintas disciplinas sobre la complejidad de la experiencia migratoria, requiere de nuevos conocimientos y evidencia respecto a la realidad de los migrantes internacionales en Chile. Como hemos visto, estos nuevos conocimientos deben desplazar su atención desde la búsqueda de prevalencias analizadas con métodos exclusivamente cuantitativos hacia el análisis de la diversidad de la experiencia migrante, así como de sus necesidades en materias de salud mental, focalizadas en grupos específicos, como son los niños y adolescentes, los adultos mayores, los refugiados y solicitantes de asilo, etc. Igualmente, los datos de la realidad chilena demuestran que aún es necesario identificar los obstáculos que está encontrando hoy esta población para acceder a los servicios de salud mental y problematizar la preparación que tiene nuestro actual sistema sanitario para abordar problemáticas de índole transcultural, en el marco del modelo de atención comunitario. Conocer a las comunidades migrantes presentes en cada territorio es un paso fundamental para la preparación y formación de equipos de salud capaces de enfrentar sus problemáticas, asumiendo que la salud mental migrante es también parte de un compromiso real con la salud pública y colectiva de nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anspach, C. K. (1934). Medical Dissertation on Nostalgia by Johannes Hofer, 1688. (Book Review). *Bulletin of the History of Medicine*, 2, 376-385.
- Astorga, S., Cabieses, B., & Carreño, A. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev. Instituto Salud pública*, 3(1), 21-31.
- Becerra, M., & Altimir, L. (2013). Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. *De Familias y Terapias*, 35, 101-118.
- Benedict, R. (1935). *Patterns of culture*. Routledge.
- Beneduce, R. (2004). *Frontiere dell'identità e della memoria: etnopsichiatria e migrazioni in un mondo* (Vol. 5). FrancoAngeli.
- Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Carocci.
- Blomstedt, Y., Johansson, S. E., & Sundquist, J. (2007). Mental health of immigrants from the former Soviet Bloc: a future problem for primary health care in the enlarged European Union? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7(1), 7-27.
- Buriticá, M. M. E. (2016). Otreidad racializada en la migración forzada de afrocolombianos a Antofagasta (Chile). *Nómadas*, (45), 91-103.
- Cano, V., & Soffia, M. (2009). Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. *Papeles de población*, 15(61), 129-167.
- Concha, Liberona N., & Paz, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales (Cl)*, (28), 19-38.
- Concha Liberona, N., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13, 507-520.
- De Diego, F. F., & Ots, C. V. (2014). Nostalgia: a conceptual history. *History of psychiatry*, 25(4), 404-411.
- Descuret, J. B. F. (1857). *La Medicina de las pasiones, ó, Las pasiones consideradas con respecto a las enfermedades, a las leyes ya la religión*. Impr. y Libr. de Pablo Riera.
- Dey, A. N., & Lucas, J. W. (2006). Physical and mental health characteristics of US-and foreign-born adults, United States, 1998-2003. *Advance Data*, 369(1), 1-19.

- Elizalde, A., Thayer Correa, L. E., & Córdova, M. G. (2013). Migraciones sur-sur: paradojas globales y promesas locales. En *Polis. Revista Latinoamericana*. En línea, 35 | 2013, Publicado el 15 octubre 2013, consultado el 10 diciembre 2019.
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande* (Vol. 12). Oxford.
- Fanon, F., & Beneduce, R. (2011). *Decolonizzare la follia: scritti sulla psichiatria coloniale*. Ombre Corte.
- Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes* (No. 153, pp. 231-250). Éditions de l'EHESS.
- Freud, S. (2011). *Totem e tabù e altri saggi di antropologia* (Vol. 39). Newton Compton Editori.
- Herzfeld, M. (1993). *The social production of indifference*. University of Chicago Press.
- Hutchinson, G., & Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 350-357.
- Kluckhohn, C. (1966). *Initiation à l'anthropologie*. Editions Dessart.
- Latour, B., & Stengers, I. (1997). Du bon usage de l'ethnopsychiatrie. *Libération*, 21. Recuperado de: [https://www.liberation.fr/debats/1997/01/21/les-methodes-de-travail-de-tobie-nathan-suscitent-la-controverse-pour-soigner-les-immigrants-le-choi\\_193489](https://www.liberation.fr/debats/1997/01/21/les-methodes-de-travail-de-tobie-nathan-suscitent-la-controverse-pour-soigner-les-immigrants-le-choi_193489) consultado 15 Marzo 2019.
- Lévi-Strauss. C. (1978). *Antropologia strutturale*. Il Saggiatore.
- Lévi-Strauss C. (1983). *Il totemismo oggi. Un'introduzione storica e critica allo studio del pensiero selvaggio*. Feltrinelli.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Lionetti, R. (1988). Introduzione. L'efficacia terapeutica: un problema antropologico. *La ricerca folklorica*, 3-6.
- Lomitz, L. (1976). Patterns of Alcohol Consumption among the Mapuche. En M. W. Everett, J. O. Waddell, & D. B. Heath (Eds.). (2011), *Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective* (pp. 177-199). Walter de Gruyter.
- Marconi, J., Muñoz, L., Horwitz, J., & Naveillan, P. (1966). Crosscultural definitions applied to the study of functional psychoses in Chilean Mapuches. *The British Journal of Psychiatry*, 112(493), 1205-1215.
- Mead, M. (1963). *Sex and temperament in three primitive societies* (Vol. 370). Morrow.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 346-358.

- MINSAL. (2016). *Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: hacia un enfoque intercultural*. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
- Moro, M. R. (2001). Para una clínica transcultural. Comprender y curar el otro. *L'autre*, 5. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliop-siquis/para-una-clinica-transcultural-comprender-y-curar-el-otro/>
- Munizaga, C. (1961). Estructuras transicionales en la migración de los araucanos de hoy a la ciudad de Santiago de Chile. *Notas del Centro de Estudios Antropológicos*, (6).
- Nathan, T. (2001). *La folie des autres*. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod.
- Odegard, O. (1932). Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 7(suppl 4), 1-206.
- OIM. (2018) *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2018*. Recuperado de: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf)
- Rodríguez-Fariñas, M. J., Romero-Valiente, J. M., & Hidalgo-Capitán, A. L. (2015). Los exiliados económicos. La tercera oleada de emigración española a Chile (2008-2014). *Revista de Geografía Norte Grande*, (61), 107-133.
- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., & Kahn, R. S. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 111-115.
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95.
- Valenzuela, R. (1995). Indígenas urbanos en Chile. Recuperado de: [https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos\\_economicos\\_sociales\\_culturales\\_%20pueblos\\_indigenas/Indigenas%20urbanos%20Valenzuela%201995.pdf](https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_%20pueblos_indigenas/Indigenas%20urbanos%20Valenzuela%201995.pdf)
- Yáñez, S., & Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud & Sociedad*, 1(1), 51-70.





Este libro se terminó de imprimir  
en Santiago de Chile,  
enero de 2021

Teléfono: 22 22 38 100 / ril@rileditores.com

Se utilizó tecnología de última generación que reduce el impacto medioambiental, pues ocupa estrictamente el papel necesario para su producción, y se aplicaron altos estándares para la gestión y reciclaje de desechos en toda la cadena de producción.

**E**sta obra aborda la migración internacional y la salud desde la mirada del sistema de salud, políticas de salud, acceso, uso del sistema y de la figura de facilitadores/mediadores interculturales en salud. Luego, refiere a resultados y experiencias de salud en diversas etapas del ciclo vital, recogiendo evidencia original para Chile. Cierra con abordajes específicos territoriales, de salud mental y de enfermedades infecciosas.

El libro nos acerca a experiencias de personas migrantes internacionales y reflexiona sobre políticas e intervenciones en salud. Aún es un desafío ser garantes de la salud a través de políticas y programas con enfoque intercultural. Esperamos que esta propuesta permita reflexionar en torno al diseño de políticas sociales en salud, abrir nuevos temas y poner atención en aspectos transversales como el género, la edad y el origen nacional y étnico.

Como editoras estamos seguras de que debemos continuar discutiendo, investigando y mejorando las prácticas para así incrementar la salud de las personas migrantes internacionales y, con ello, el bienestar general del país.

ISBN 978-956-01-0841-8



9 789560 108418



RiL editores



Universidad del Desarrollo

