



Si Somos Americanos, Revista de
Estudios Transfronterizos

ISSN: 0718-2910

sisomosamericanos@unap.cl

Universidad Arturo Prat
Chile

Liberona Concha, Nanette

Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y
funcionarios del sistema público de salud chileno

Si Somos Americanos, Revista de Estudios Transfronterizos, vol. XV, núm. 2, diciembre,
2015, pp. 15-40

Universidad Arturo Prat
Santiago de Chile, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337946327002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno*

Power, counter-power and relations of complicity between South American immigrants and civil servants of Chilean health public system

Nanette Liberona Concha**

Instituto de Estudios Internacionales, Universidad Arturo Prat, Santiago, Chile

Recibido: 1 de septiembre de 2014. Aprobado: 29 de septiembre de 2015.

Resumen

En las relaciones interétnicas existen relaciones de poder que se ven ampliadas en el espacio clínico, es decir donde se desarrolla la relación paciente-terapeuta, que se caracteriza por ser asimétrica. En este artículo se presentan los distintos tipos de relaciones que se observaron en el sistema público de salud chileno, en el marco de una investigación basada en el impacto del fenómeno migratorio en este espacio. En primer lugar, se destaca el poder que ejercen los funcionarios y profesionales de la salud sobre los pacientes inmigrantes. Luego, se evidencia el recurso de un contrapoder por parte de estos pacientes, que es asociado a los conceptos de “hegemonía” de Gramsci y de “agencia” usados por Arent y Sen. Y, finalmente, las relaciones de complicidad que se establecen entre miembros de ambos grupos, donde se expresa lo que podríamos llamar una “solidaridad de clase”.

Palabras claves: inmigrantes en Chile, sistema público de salud chileno, relaciones de poder.

* Este artículo es resultado de la investigación doctoral *La prise en charge des immigrants sud-américains dans le système public de santé chilien. Un espace de tensions interethniques* (2012). Tesis de doctorado, bajo la dirección de Françoise Lestage, URMIS, Universidad Paris Diderot (Paris 7), Francia.

** Antropóloga de la Universidad Vincennes-St.-Denis Paris 8, Francia, Máster en Antropología social, Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, París, Francia, Doctora en Antropología y Sociología del laboratorio URMIS, Universidad Paris 7 -Paris Diderot, Francia. Actualmente se desempeña como investigadora del Instituto de Estudios Internacionales y docente de la Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile. Correo electrónico: nliberonac@unap.cl

Abstract

In the interethnic relationship there exist relations of power that extends into the clinical space. This refers to the space where the relationship between patients - therapists develops, which is usually asymmetric. This article presents the different types of relationships that were observed in the Chilean public health system, based on the impact of the migratory phenomenon in this space. First, stands out the power that the civil servants and professionals of the health system apply on immigrant users. Then, counterpower resources are revealed on the part of these users associated with the concepts of “hegemony” developed by Gramsci and of “agency” used by Arent and Sen. Finally, relationships of complicity are established between members of both groups, expressing what might be call “class’s solidarity”.

Keywords: chilean immigrants, Chilean public health system, power relationship.

Introducción

La inmigración internacional y particularmente la regional, es decir sudamericana, está tomando cada vez más peso en Chile, se trata de un fenómeno en aumento desde hace dos décadas, tendencia que pareciera mantenerse en el tiempo¹. Asimismo, el fenómeno migratorio que protagonizan peruanos, bolivianos, ecuatorianos y colombianos principalmente, se puede considerar actualmente como una inmigración definitiva, con características de reunificación familiar. En este sentido, a medida que la inmigración se hace más importante en el país, y en ciertas regiones en particular², los inmigrantes comienzan a visibilizarse numéricamente en la sociedad de recepción, apareciendo cada vez con mayor presencia en los servicios públicos, especialmente en la salud pública y la educación municipal (Tijoux, 2013; Hein, 2012; Pavez, 2012; Stefoni, Acosta, Gaymer

¹ Como se observa en los datos, entre 2009 y 2014 la población inmigrante tuvo un crecimiento de 6,87%, pasando de 317.057 residentes a 441.529. Asimismo, analizando los datos del CENSO de 1982 a la estimación del DEM de 2014, la población inmigrante en Chile habría aumentado casi 6 veces en 3 décadas. (Flores, 2014).

² Las regiones con mayor presencia de inmigrantes son la Región Metropolitana con el 64,1% del total de la población inmigrante en el país. Le siguen las regiones del norte del país, en ciudades como Arica, Iquique, Calama y Antofagasta, donde el crecimiento promedio del flujo migratorio habría aumentado en los últimos años por sobre la media nacional. Y por últimos, se destacan algunas regiones del sur del país, como Magallanes, donde la población inmigrante representa un 2,0% respecto a la población regional, lo que se acerca al promedio nacional, de 2,7%. (Flores, 2014).

y Casas-Cordero, 2010; Núñez, 2011; OIM Chile/Minsal/Demoscópica, 2008; Cortés, 2007; Huatay, 2007; Núñez y Torres, 2007; Núñez y Stefoni, 2004).

Por estos motivos, esta investigación ha tomado como objeto de estudio a los inmigrantes sudamericanos usuarios del sistema público de salud, con el fin de comprender, en el contexto chileno, cómo se construyen las fronteras sociales y se establecen las relaciones de poder, entendidas como relaciones sociales entre los grupos mayoritarios y minoritarios (Guillaumin, 1972), que también son consideradas como relaciones interétnicas. Hablamos de “sudamericanos” porque al iniciar nuestra investigación³, y buscando la manera de acotarla, preguntamos a los funcionarios que entrevistamos, quiénes eran los inmigrantes que ellos atendían en su trabajo. Sus respuestas siempre se refirieron a usuarios de origen sudamericano, en particular a personas peruanas y a otras asociadas a las mismas, englobadas en la clasificación “migrantes”, descritas con rasgos indígenas como ecuatorianos/as y bolivianos/as, o a población negra, asociada a la incipiente llegada de colombianos/as.

El estudio de las relaciones interétnicas responde a los procesos de identificación, categorización y redefinición de las fronteras sociales y de las relaciones de poder que han puesto sobre la mesa las migraciones humanas, de las ideas y de las creencias. Es así como las preguntas de investigación planteadas son: ¿qué tipos de relaciones sociales surgen entre nacionales y extranjeros en el contexto de la salud pública? ¿cómo se manifiestan? y ¿cómo se organizan en tanto que relaciones de poder? El objetivo de esta problemática es conocer el impacto de las relaciones interétnicas en la trayectoria migratoria de los llamados “migrantes”, así como en la sociedad chilena como sociedad de acogida, en contexto migratorio. Las relaciones interétnicas han sido poco estudiadas en Chile, sin embargo es temática de interés en otros países como Argentina (Tavernelli y González, 2011), Francia (De Rudder, Poiret y Vourc’h, 2000), Canadá (Cognet y Montgomery, 2007), entre otros.

Estos objetivos responden a su vez a una serie de alertas con respecto a la vulneración del derecho a la salud de la población inmigrante en Chile, que se encuentran en diversos estudios desde hace más de una década, tales como el de Núñez y Stefoni (2004) quienes indican que sólo un 58% de las personas de origen peruano tiene acceso al Fondo Nacional de Salud FONASA (Seguro público de asistencia médica), un 1% está afiliado al sistema privado y el 41% restante no tiene ningún tipo de previsión. Según la encuesta CASEN 2011, un 16.4% del total de los inmigrantes no pertenece a un sistema de salud,

³ Esta fue iniciada en 2008, por lo que los lectores de este artículo podrán sentir cierto desfase, debido a como se ha ido desarrollando y transformando el fenómeno migratorio en Chile, al momento de su publicación. Por ejemplo, con la llegada de otros grupos al sistema público de salud, como los haitianos.

mientras que en el caso de la población chilena ese porcentaje llega al 2,4% (Ministerio de Desarrollo Social, 2011). Por su parte Cortés (2007) pone en relieve la frágil condición de los inmigrantes en situación administrativa irregular, advirtiendo que uno de los aspectos de mayor impacto en el acceso a la atención de salud, es la condición migratoria de las personas. El estudio de Núñez y Torres (2007) demuestra las dificultades de las mujeres peruanas en el acceso y la atención en salud sexual y reproductiva, evidenciando las discriminaciones de las que son víctimas. Asimismo, la investigación realizada por Cortés, Corvalán y Soto señala:

...aún cuando las personas tengan su situación migratoria regularizada, existe un alto porcentaje de no inscritos en el consultorio [...] Directamente relacionado con este último punto, encontramos factores de índole cultural como la discriminación que sufren las personas de origen extranjero cuando acuden a un centro de salud, que si bien no es posible cuantificar o medir, si es posible deducir que está desincentivando la inscripción en los consultorios... (2010, p. 325)

Torres y Garcés señalan en su estudio sobre percepciones de los migrantes en el acceso a la salud, que éstos perciben una ausencia de respeto en la relación funcionario-usuario migrante (2013, p. 35). Esta situación también es advertida por instituciones como la Universidad Diego Portales en sus últimos Informes de Derechos Humanos (2007, 2013). Recientemente, el informe alternativo de Chile para la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, realizado por la Red Chilena de Migración e Interculturalidad en julio de 2011, menciona que se ha hecho una interpretación restrictiva del Convenio⁴ que ha realizado el Ministerio de Salud y señala que este:

Posibilita a los niños a obtener una visa, pero no garantiza en los hechos que los niños en situación migratoria irregular puedan acceder al sistema público de salud. Se requiere, en estos casos, los medios económicos para acceder a la atención en salud, sea pública o privada. (Red chilena de migración e interculturalidad, 2011, p. 33)

A nivel regional, podemos señalar que un estudio de gran envergadura realizado en Argentina por un equipo pluridisciplinario bajo la dirección de Elizabeth Jelin arrojó interesantes resultados. Los usuarios del sistema público de salud son considerados como una “amenaza” por los nacionales, esto es particularmente tratado en los capítulos de Je-

⁴ Ministerio del Interior, Resolución exenta N° 1914, 13 de marzo 2008; Ministerio de Salud, Resolución exenta N° 512, 30 de noviembre de 2007.

lin en conjunto con Grimson y Zamberlin. En estos textos se asevera que los médicos ven a los inmigrantes de manera ambigua, “superponen extranjería con ilegalidad, ilegalidad con indocumentación, y extranjería con no residencia” (2008a, p. 44). Otros aspectos significativos son: la sobre-representación del fenómeno y la idea de que los “micros” (transportes que llevan migrantes) traen enfermedades en lugar de personas. En cuanto al acceso a la salud y al trato en la atención, señalan:

Más bien, parecería que esto queda librado a la orientación y actitud de las autoridades de las instituciones (en cuanto a políticas de apertura o restricción del ingreso a través del requisito del documento de identidad o el DNI), a los propios médicos y personal de salud –cuyas orientaciones y actitudes varían desde posiciones claramente deshumanizante y racistas a visiones donde el reconocimiento de la diversidad cultural lleva a elaborar estrategias de diálogo y superación de la distancia cultural. (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2008b, pp. 54-55)

A nivel del proceso de integración regional Mercado Común del Sur MERCOSUR no se han establecido obligaciones en materia de derecho a la salud para los Estados respecto de los migrantes. Sin embargo, los acuerdos de libre tránsito de personas entre los Estados partes y Estados asociados han permitido que las personas que circulan de un Estado a otro no tengan la necesidad de cumplir con requisitos generales del marco jurídico en materia migratoria, facilitando su residencia, lo que les permite ejercer su derecho a la salud en los Estados receptores (Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010). Esto ha llevado a que países receptores como Chile o Argentina hayan tenido que adecuarse para garantizar el acceso a la salud pública, lo que no necesariamente se ha traducido en políticas institucionales de trato y atención.

Descripción de la metodología y las estrategias de investigación

En este artículo se ha buscado sintetizar el resultado del análisis de las relaciones sociales estudiadas durante una investigación en el sistema público de salud chileno, entre interlocutores de los grupos mayoritario, miembros del sistema de atención en salud; y minoritario, la población inmigrante usuaria del sistema. Además de realizar una serie de entrevistas a ambos actores, se observaron las prácticas de los funcionarios administrativos y profesionales de la salud - que en adelante agruparemos bajo el término “funcionarios” - en el trato y la atención terapéutica y administrativa dada hacia los diferentes

grupos de inmigrantes. Asimismo, se observó el comportamiento de los inmigrantes en tanto pacientes y las estrategias de acceso a la salud en situaciones de conflicto.

Se trata de una investigación de tesis doctoral basada en un trabajo de campo de carácter etnográfico dentro del sistema público de salud, en tres Centros de Salud de Atención Primaria (CES) y un hospital a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC): el CES n° 1, el CES n° 5, el CES Los Nogales y el Hospital San Borja Arriarán (HSBA). Todos los establecimientos están ubicados en la zona centro de la ciudad de Santiago de Chile, donde existe una significativa concentración de inmigrantes. El periodo de levantamiento de información fue entre febrero de 2008 y marzo de 2009. Se realizaron tres tipos de metodologías; primero participando en la elaboración de un proyecto de intervención, en colaboración con un equipo de trabajo organizado por el SSMC y dirigido a los funcionarios, durante cuatro meses. La primera intervención fue una experiencia piloto, realizada durante una actividad de media jornada, llamada “tarde protegida”, dirigida a 90 funcionarios. La segunda fue una capacitación certificada de dos días, donde asistieron 60 funcionarios y participaron otras instituciones, tales como FONASA y la agencia implementadora del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Gracias a esta estrategia de investigación pudimos trabajar a la par con funcionarios de la salud, quienes nos proporcionaron información clave para nuestro estudio. Asimismo, esta cercanía nos abrió terreno para las otras dos metodologías, al convertirnos en “asociados”.

Se tuvo acceso a los registros del Servicio de Orientación, Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del hospital, de los cuales se obtuvieron varios relatos de discriminación que se usaron en la presentación de casos para analizar tanto en el proyecto de intervención como en la investigación propiamente tal.

Y por último, la metodología más clásica de la etnografía: realizamos dos periodos de observación y de entrevistas. El primero, por un periodo de dos meses, en los CES antes señalados, donde se entrevistaron a 19 funcionarios de la salud que representaban a cada una de las áreas de trabajo y sectores de atención. Y el segundo, de un mes, en el hospital, donde las entrevistas fueron dirigidas a pacientes inmigrantes sudamericanos, de diferentes nacionalidades. En paralelo también se realizaron entrevistas a pacientes inmigrantes en los CES n° 1 y n° 5.

Para este artículo se analizaron exclusivamente los discursos de los funcionarios y se usaron las observaciones en el terreno, el resto de la información levantada ha sido tratada en otras publicaciones. Este enfoque metodológico parte de la premisa de que es

posible reconstruir los procesos sociales a partir del saber de sus actores, cuyo registro se encuentra en la expresión narrativa. Se usó la técnica de análisis narrativo estructural, según la cual se pretende describir las tendencias, develar las diferencias y comparar los mensajes del contenido de los discursos expresados por los distintos actores entrevistados. Esta metodología permitió elucidar tres tipos de relaciones, que ilustraremos en el presente manuscrito: las relaciones de poder, donde el funcionario de salud se posiciona como miembro del grupo mayoritario, jerárquicamente superior al inmigrante, con implicancias negativas en el acceso a la salud y los cuidados específicos del grupo minoritario. Luego, las relaciones de contrapoder, a través de las cuales los inmigrantes despliegan sus estrategias para ejercer su derecho a la salud. Y finalmente, las relaciones de complicidad, donde se expresan las solidaridades, entre las cuales destacamos las que podríamos llamar “de clase”⁵.

Un enfoque constructivista para la investigación social

Buscando un enfoque que ayudara a comprender estos procesos sociales, en tanto que relaciones entre fenómenos sociales y relaciones sociales, surgió la necesidad, en primer lugar, de evitar todo trato naturalizante de los sujetos, es decir, que las diferencias de los sujetos sean asociadas a su naturaleza (origen, aspecto físico, genética). Naturalizar una cosa es fijarla en su esencia. En oposición al enfoque esencialista, esta investigación adhiere a una corriente de la sociología contemporánea iniciada por Peter L. Berger y Thomas Luckmann en su obra. *La construcción social de la realidad* (1986), a la que se suman sociólogos franceses como Bourdieu, Amselle, Primon, Falquet y Rabaud, entre otros: el constructivismo social. Este enfoque comprende la realidad social y los fenómenos sociales como “construidos”, es decir creados, objetivados o institucionalizados y luego transformados en tradiciones. El constructivismo social se concentra en la descripción de las instituciones, de sus acciones, interrogándose sobre la manera como éstas construyen la realidad. Por otra parte, el constructivismo se interesa en la pertinencia de la dimensión étnica como categoría de la práctica, utilizada en situaciones de conflicto, de dispositivos de control y de políticas sociales o sanitarias, o de estrategias de afirmación de identidad.

En este sentido, tomamos la concepción de grupos étnicos desarrollada por Barth (1976) quien los define como “unidades identificables por la mantención de sus fronteras”

⁵ Entendida como categoría analítica y no como descripción de la realidad (Wallerstein, 1988).

(Poutignat y Streiff-Fénart, 1995). Es así como el grupo étnico no sólo define la unidad tribal, sino la unidad potencialmente universal. Se trata de una entidad que emerge de la diferenciación cultural entre grupos interactuando en un contexto dado de relaciones inter-étnicas, como es el caso de la estructura de las relaciones entre centro y periferia, la situación migratoria, los fenómenos de colonización y de descolonización, las sociedades pluralistas, etc. En este caso el grupo inmigrante es considerado como un grupo étnico, al ser un grupo minoritario dentro de la sociedad receptora; que es diferenciado del grupo mayoritario de identidad nacional chilena con el surgimiento de fronteras sociales, producidas y reproducidas por sus actores en el marco de interacciones sociales.

Según Amselle (1990), la orientación constructivista preconiza concebir la cultura como el resultado de relaciones de fuerza, de negociaciones, una “elaboración contemporánea” en lugar de una herencia. Y para Jean Luc Primon:

La perspectiva contemporánea del constructivismo social (o construccionismo) recuerda que los grupos étnicos, como todo grupo social, se forman y se transforman en la dinámica de las relaciones sociales e históricas; los grupos sociales son una construcción histórica y social, no un hecho. (2007, p. 3)

Por su parte, Falquet y Rabaud (2008) adhieren al desarrollo del enfoque constructivista y anti-naturalista en las cuestiones suscitadas por la articulación entre género y migración. Las autoras explican que este marco teórico pone énfasis en la construcción de categorías sociales distintas y sobre los lazos que se establecen entre ellas, “se trata de descubrir la manera cómo la realidad social y los fenómenos sociales son creados, institucionalizados, transformados, manipulados por los actores sociales” (Falquet y Rabaud, 2008, pp. 7-29). De esta manera, la investigación doctoral, desde donde surge este artículo, se esmeró en descubrir y reconocer el rol de los actores en los procesos históricos y sociales que enmarcan el fenómeno migratorio chileno actual, con el fin de realizar una construcción socio-histórica del conflicto interétnico estudiado.

Relación Alter/Ego en el espacio clínico

La relación entre paciente y profesional de la salud es siempre asimétrica, esto se debe al hecho de que el profesional se sitúa en una posición de superioridad al ser el portador del conocimiento que va a permitir la salud del paciente. En ese sentido, el paciente

se encuentra subordinado a las decisiones del profesional, aunque muchas veces este se niegue a aceptar algún tratamiento o no siga las indicaciones que le da el terapeuta, lo que se conoce como la “inobservancia”⁶. Pero también puede relacionarse a la “capacidad de agencia” (Pizza, 2005) de los pacientes. Algunos investigadores del tema plantean que la relación paciente/terapeuta es una relación social, en la cual los modelos profesionales son los referentes del encuentro clínico:

Las prácticas clínicas ponen en juego las relaciones sociales en sus vínculos con las instituciones de salud; estas relaciones toman sentido en el horizonte de relaciones sociales más amplio. El encuentro clínico es así constituido como un espacio social que pone en escena una relación social compleja, inserta en relaciones sociales más amplias donde los modelos profesionales (especialmente) tienen un rol central. (Fortin y Laprise, 2007, p. 198, traducción libre)

En la relación paciente inmigrante/sistema de salud, esta condición se observa con mayor contraste, ya que el inmigrante representa, dentro de la sociedad de acogida, la alteridad, es decir el “otro”, la persona que se encuentra más allá de la frontera del “nosotros”, a esto le llamamos relación alter/ego. ¿Por qué se establece una relación de alteridad entre el migrante y el sujeto nacional? Porque existe una “producción fronteriza” desde los centros de poder, cuya funcionalidad es elaborar, “estratégicamente, simbolismos y materialismos que normalizan sentidos” (Núñez, Arenas y Sabatini, 2013, p. 116). Es decir, las fronteras geopolíticas son entendidas y aprehendidas por la comunidad nacional a partir de imaginarios geográficos (en el caso de Chile, la Cordillera de Los Andes) y de una memoria colectiva, transmitida por la educación oficial y la prensa (Liberona, 2012; 2015). De esta manera, se constituye “el territorio de la nación”, componente substancial de la identidad nacional. El extranjero, jurídicamente hablando, no comparte esa memoria social. Dicho de otra manera, “los inmigrantes se consideran culturalmente diferentes (alteridad) respecto de la sociedad anfitriona (homogénea supuestamente)” (Pavez, 2012, p. 80). Por esta razón, la asimetría de la relación se vuelve aún más latente: tanto ante un profesional de la salud como de un funcionario administrativo el paciente inmigrante puede ser fácilmente inferiorizado a partir de la categorización que se le otorgue, ya sea según el estatus jurídico o administrativo que este paciente presente (estar en situación regular o irregular), o según las prácticas que realice, o si tiene alguna característica particular definida como cultural o física, etc. En este sentido, quienes han estudiado la problemática plantean que las relaciones clínicas son relaciones de poder, donde los

⁶ Para la actividad médica, los pacientes que no observan un tratamiento, es decir que no siguen las prescripciones médicas, constituyen un riesgo para la población general, debido al posible contagio y a la farmacoresistencia (Kruyt *et. Al*, 1999)

inmigrantes son parte de un grupo minoritario (no en el sentido numérico, sino por el hecho de no ser parte del grupo referencial) y por este hecho se encuentran en una posición desigual, en la cual su explicación de la enfermedad no es tomada en cuenta, como se plantea en el siguiente extracto:

Los trabajos de la antropología de la salud (Dozon y Fassin, 2001; Fox, 2000) sitúan igualmente el espacio clínico en una relación de poder, restituyendo así la dimensión política de las relaciones sociales. El migrante es generalmente asimilado a uno u otro de los grupos minoritarios. Generalmente él no maneja o no posee simplemente los códigos en vigor o los recursos (culturales, simbólicos) necesarios para hacer estado de sus competencias en el espacio terapéutico (Cognet y Fortin, 2003; Fortin, 2004). Esta desigualdad puede teñir el reconocimiento, por parte del terapeuta, de los saberes profanos (Fortin y Laprise, 2007, p. 199 traducción libre).

Las investigaciones realizadas en el área de salud a nivel nacional (mencionadas en la introducción) han demostrado que los funcionarios de la salud juegan un rol fundamental en la vulneración o goce del derecho a la salud de los pacientes inmigrantes; al ser actores activos en los conflictos interétnicos, pueden ser partícipes de situaciones de discriminación hacia la población inmigrante o contribuir a la resolución del conflicto. Es importante considerar que el concepto discriminación es considerado en este artículo, en primer lugar, como un trato distinto basado en un criterio ilegítimo, a partir de las siguientes conceptualizaciones: “Discriminar es distinguir, diferenciar, es decir, tomar por distinto o diferente, y en consecuencia, tratar distintamente o diferentemente. La operación de discriminación puede ser mental o material” (De Rudder, Poiret y Vourc’h, 2000, p. 49). Por su parte, Fassin (2002), plantea que la discriminación es un tratamiento desigual fundado en la aplicación de un criterio ilegítimo. Esto ha sido denunciado en muchos casos por organizaciones de la sociedad civil, a veces incluso con una importante mediatización, como fue el caso del parto en el baño del hospital San José en 2008⁷. Los resultados de esta investigación dan cuenta de los prejuicios y de la xenofobia de los funcionarios, los que provocan una serie de obstáculos que los inmigrantes deben sortear para acceder a la salud, pero también permiten apreciar la capacidad de innovación, de adaptación y de empatía, tanto por parte de los pacientes como de los mismos funcionarios.

⁷ En 2008 una mujer peruana no es atendida enseguida en el Hospital San José cuando se presenta con síntomas de parto, en su desesperación acude al baño del establecimiento donde da a luz a su hijo, escena registrada por su pareja con su teléfono y que es difundida ampliamente por la prensa. Esta pareja puso una demanda por discriminación al hospital, lo que provocó gran revuelo en el Ministerio de Salud.

El principal obstáculo radica en el surgimiento de conflictos “interétnicos”, es decir entre los grupos diferenciados en la práctica, que interactúan en el sistema público de salud chileno. Estos conflictos son el fruto de relaciones asimétricas y afectan tanto a la salud física como mental de los inmigrantes, sin embargo cada individuo que forma parte del sistema va a aportar manteniendo la asimetría de esta relación o, en algunos casos, promoviendo la igualdad. ¿En qué situaciones surgen estos conflictos? En el contexto de esta investigación se observaron conflictos en el acceso a la salud, específicamente en el SOME (Sección de orientación médica y estadística), donde emergen las primeras barreras al acceso, a través de la categorización de los grupos en chilenos o extranjeros, en regulares o irregulares administrativamente, en pacientes con previsión o sin previsión, etc. Pero, hay que tener en cuenta que esta categorización es producto de la legislación chilena, que no autoriza la atención de inmigrantes irregulares, salvo en caso de urgencia, de embarazo y de los menores de edad⁸. En cuanto a la previsión, los pacientes que no la tienen deben pagar la atención en salud a elevados precios, como si fuese una atención privada. La categorización inicial representa una discriminación institucional y estatal, más que personal de los funcionarios, no obstante fomenta un criterio generalizado entre los funcionarios: considerar al inmigrante como un paciente ilegítimo.

Un funcionario del SOME ante la pregunta sobre su percepción de estos pacientes responde: “¡Son difíciles, quieren una hora al tiro [de inmediato], son exigentes!” También, los entrevistados tienden a generalizar: “Todos tienen tarjetas de gratuidad”, “Son policonsultantes”. Generalmente los funcionarios administrativos encargados de esta sección desconocen la especificidad del fenómeno migratorio y actúan bajo criterios personales, influenciados por sus propios prejuicios y su xenofobia. Esto se traduce por ejemplo en no responder concretamente a las solicitudes del paciente inmigrante, en no dar una hora que facilite la asistencia del mismo, o simplemente en no aceptar su inscripción por falta de alguna documentación⁹. Esta situación es la consecuencia de un procedimiento estipulado tanto por las directrices del sistema público de salud, como de la legislación migratoria, que promueven el criterio discrecional¹⁰ de los funcionarios en

⁸ Ordenanza N° 3229 del 11 de junio de 2008 y Oficio Circular n° 12766 del 24 de junio de 2008.

⁹ Generalmente es el certificado de domicilio, que para conseguir hay que solicitarlo a Carabineros o a la Junta de vecinos, dos instancias que estos usuarios prefieren evitar; en el primer caso sobre todo cuando se trata de inmigrantes en situación irregular, y en el segundo caso incumbe a todos, porque generalmente son rechazados por los vecinos.

¹⁰ La actual ley migratoria (D.L. 1094 de 1975) -así como el proyecto de Ley de migración y extranjería presentado por el presidente Piñera en mayo de 2013 - otorga un criterio de amplia discrecionalidad al Departamento de Extranjería y Migraciones que acoge la solicitud del inmigrante en relación a su situación administrativa en el país. Esto significa que los criterios se dividen entre situaciones en las que se debe y otras en las que se puede prohibir el ingreso, rechazar una visa y revocar una visa (Universidad Diego Portales, 2013).

las decisiones que deben tomar. Estas trabas conllevan a mayores tiempos de espera para el paciente y mayores dificultades en el acceso a la salud, pero también van a provocar incomprensión, frustración, enojo y a veces reacciones inesperadas en los pacientes inmigrantes, que en algunos casos llegan a generar conflictos en el espacio público.

Igualmente surgen tensiones en las salas de espera, donde interactúan con los pacientes que los funcionarios del sistema de salud llaman los “usuarios”, dejando a los inmigrantes fuera de este grupo. En estos espacios los conflictos son relacionados a la rivalidad que existe entre el grupo mayoritario y el minoritario. Los primeros se sienten amenazados por los segundos. La principal preocupación es que se estarían usando recursos “de los chilenos” para atender a los extranjeros. La tensión se aprecia sobre todo en las horas de mayor concurrencia, durante las cuales se constató la existencia de insultos y ofensas xenófobas a voz alzada, tales como: “¡Ellos son demasiados!”, “¡toman todas las horas!”, “¡los extranjeros no deberían tener derecho a la salud pública!”. La humillación vivida por los inmigrantes es motivo de tensiones o conflictos, en los que los grupos nacionales y extranjeros se ponen en dicotomía, evidenciando la alteridad de los últimos.

Se producen conflictos también dentro del BOX (o gabinete), cuando un paciente inmigrante es atendido por un terapeuta que pone por delante la “preferencia nacional” o actúa bajo primicias racistas o culturalistas. Esto puede verse reflejado en los discursos de los entrevistados, que se van repitiendo a medida que transcurre la investigación, en el cual el sujeto inmigrante es percibido como un mal usuario o paciente, como una persona que no responde como debiera, como un “malagradecido” y que además es “exigente y rebelde”.

El siguiente relato es un buen ejemplo:

Se quejan de todo; si no le cambiamos rápidamente los pañales a sus hijos, ¡se quejan! No entienden lo que se les dice; no se lavan las manos, no obedecen las reglas de funcionamiento del hospital...siendo que el país gasta mucho dinero por ellos también. Ha sido muy conflictivo adaptarse a ellos. Son rebeldes, pero a veces pienso que reaccionan así “a la defensiva”, porque se sienten discriminados y piensan que aquí va a ser lo mismo, entonces están preparados para tener una actitud rebelde. (Enfermera, Programa de participación maternal, Sección de niños hospitalizados, Hospital SBA. Extracto de notas de campo, junio 2008)

La diferenciación en el trato y la atención hacia estos pacientes se expresa de diferentes maneras, desde el no reconocimiento en tanto trabajadores –lo que les da derecho al seguro público de salud (FONASA)–, hasta la asignación de atributos categóricos (Poutignat y Streif-Fénart, 1995) que los estigmatiza como pacientes “invasores”, “aprovechadores del sistema”, “malos usuarios”, entre otros. Pero además, esta investigación pudo constatar que la discriminación basada en la xenofobia ocurre de manera normalizada en el seno de esta institución pública, como lo revela el siguiente texto, extraído del Registro de la OIRS del Hospital SBA, redactado por la asistente social del establecimiento:

Gina Chirinos, mujer peruana, amable y respetuosa, tiene rasgos indígenas y estudios incompletos. Se reconoce como “sin papeles”. Llegó a Santiago sola, con tres meses de embarazo, donde se instaló en una pieza de la casa de unos conocidos. Por miedo, debido a su situación irregular, decide no controlar su embarazo, sin embargo al momento del parto, es recibida en el centro hospitalario.

La Sra. Chirinos fue madre de una niña que a los ocho días de haber nacido tuvo que internarse en la Unidad de Neonatología del Hospital, por una infección urinaria, donde le indicaron una terapia de antibióticos por siete días.

Al término del tratamiento la madre es informada de manera informal, por unos funcionarios que no se identificaron, que a su hija no le pueden dar el alta porque tenía una herida en su mano derecha, causada por una mala manipulación en el momento de la aplicación del antibiótico: “la vía no fue controlada como se debía...”.

Por este motivo la niña fue intervenida quirúrgicamente y según la madre cuando pudo hablar con un médico para pedir explicaciones sobre estas complicaciones sucedió lo siguiente: “me dejó hablando sola en la mitad del pasillo, hablándole al aire... y me dijo al irse que si no me gustaba tenía que irme a sanar a mi país...”.

Relaciones interétnicas circunscritas a las relaciones de poder

Los ejemplos presentados anteriormente reflejan el tipo de aproximación que tiene la mayoría de los funcionarios de la salud hacia los pacientes inmigrantes. Los discursos de los primeros se refieren a los segundos como responsables de los conflictos y tensiones en el espacio clínico. Además, el rol de los pacientes chilenos es significativo en

estas relaciones. Los funcionarios son de alguna manera influenciados por los comentarios y solicitudes de los pacientes chilenos, mostrándose en su mayoría en desfavor de los inmigrantes. Por otra parte, los testimonios analizados hacen en gran medida alusión al malestar que provocan las actitudes de los pacientes inmigrantes.

Esta situación demostró que es posible analizar la puesta en escena de ciertas relaciones de poder al interior del sistema público de salud, en donde los funcionarios ejercen - y a veces abusan de - su poder sobre los pacientes inmigrantes dando origen a discriminaciones hacia ellos, además de mala atención y maltrato (el considerarlos como pacientes ilegítimos, alzas de voz, insultos, tratos infantilizantes, el hecho de ignorar a los inmigrantes, hacerlos esperar de forma exagerada, etc.). Sin embargo, es interesante examinar la actitud de los inmigrantes, en particular de los y las peruanos/as, que casi siempre es determinante. Por un lado, descubrimos que el identificar a los pacientes inmigrantes como “policonsultantes”, es decir que están presentes regularmente en el establecimiento de salud –según los funcionarios- por diversas solicitudes de atención, es debido a que requieren ser insistentes ante las dificultades de acceso y atención a salud que viven, además son persistentes y se presentan con frecuencia a exigir sus derechos. Por otro lado, los funcionarios señalan, sin entenderlo muy bien, que estos inmigrantes están “a la defensiva”, que son “exigentes”. Esta actitud que parece agresiva para algunos, se puede interpretar como una estrategia que les permite enfrentar los obstáculos que se presentan en el espacio clínico, que podemos identificar como una relación de contrapoder. Sobre esta estrategia se refieren igualmente Torres y Garcés (2013), señalando que se despliega de diferentes maneras, en función de la persona que atiende al migrante “no todo el personal recibe a los migrantes del mismo modo ni tiene una similar disposición a atenderlos” (p. 34).

Este concepto es entendido desde dos enfoques, el primero es en el que asociamos el contrapoder al concepto gramsciano de “hegemonía”, es decir, a la capacidad que pueden tener los grupos subalternos (según el lenguaje de Gramsci, minoritarios en nuestro caso) de tomar consciencia de sí y lograr revertir el poder de la fuerza dominante con la constitución de una fuerza contra-hegemónica (Márquez-Fernández, Álvaro, Díaz y Zúlay, 2005). Esto puede ser igualmente entendido como un reforzamiento de la etnicidad “movilizadora” de este grupo. Gramsci plantea que la hegemonía es política, pero también y sobre todo cultural, por tanto la fuerza contra-hegemónica es una transformación de las subjetividades individuales y colectivas (Pizza, 2005). En este caso de estudio, la situación es que los inmigrantes no forman parte de la cultura hegemónica, por ende, traen consigo una noción de lo que debe ser la salud pública, que no es compartida por los chilenos. Su cultura del servicio público es contra-hegemónica y es vehiculada por

este grupo minoritario con el fin de aportar soluciones concretas a sus problemas de acceso y atención.

Pero además, podemos asociar el concepto de contrapoder al de agencia, entendido por Arendt como la capacidad de “actuar”, que en su sentido más general, significa tomar una iniciativa, comenzar, poner algo en movimiento. La persona que actúa y provoca cambios es el agente, en el más antiguo sentido. Así, el término agente está asociado a la praxis. La praxis es la puesta en acto de nuestra capacidad de “actuar” (Arendt, 1998). Para Arendt la acción se realiza en el espacio público, que es el lugar de la comunicación, la conformación y la libertad política entre iguales. Esta actitud es sin embargo propia del migrante, quien ha tomado la decisión de partir de su lugar de origen, generando un gran cambio en su vida, enfrentando todo tipo de obstáculos, con el único fin de mejorar sus condiciones de vida. Por su parte Sen considera que la libertad de agencia es una “capacidad en acto” (Tubino, 2009) y significa que uno mismo puede potenciar las metas que desea potenciar. Esta libertad pasa por la participación de los agentes en los espacios públicos que – en una democracia- son los espacios de lucha por el reconocimiento fáctico de los derechos (Sen, 2000). Situando estas explicaciones en el caso estudiado, el paciente inmigrante no sólo puede resistirse al maltrato y a la discriminación, sino que también puede orientar hacia acciones no conformistas de la misma categorización, por ejemplo “de mal usuario”, a la que es sometido.

Algunos ejemplos facilitarán la comprensión de lo planteado. El hecho de vivir situaciones humillantes y a veces traumáticas, motiva a los inmigrantes a informar a los nuevos usuarios sobre el funcionamiento del sistema, así como a advertirles de qué manera deben enfrentarse a él. Un asistente social lo confirma, haciendo a su vez alusión a sus conocimientos sobre la evolución del fenómeno migratorio:

Son familias enteras, antes eran personas solas, pero de a poco comenzaron a traer a sus familias. Las mujeres encuentran una pareja aquí y tienen otros hijos, generalmente su segundo hijo es chileno...Al principio era difícil, habían más conflictos, ahora conocemos mejor su cultura y ellos transmiten a los que vienen llegando lo que conocen... (Comunicación personal, Asistente social, CES N° 5, abril 2008)

De esta manera, por un lado, los pacientes inmigrantes son más directos que los chilenos en sus solicitudes de atención y esto es mal visto por los funcionarios de la salud, ya que, según ellos los chilenos no se atreverían a alzar la voz para exigir atención médica, considerando al sistema público como un privilegio (cultura hegemónica) y no como un derecho (cultura contra-hegemónica). Por otro lado, los funcionarios reconocen que

los inmigrantes “hablan bien” y “conocen bien el sistema”, lo que provoca impresión e incompreensión, ya que esto no correspondería al comportamiento asociado a su estatus. La actitud desarrollada por los inmigrantes que les permite enfrentar las relaciones asimétricas es, según nuestra interpretación, la actitud que los entrevistados denominaron reiteradamente “a la defensiva”. Esta actitud provoca al mismo tiempo sentimientos de rechazo por parte de la mayoría de los funcionarios, lo que limita el efecto del contrapoder –no logra convertirse en una fuerza hegemónica-, pero conduce a una elaboración constante de nuevas estrategias. Se trata de un contrapoder dentro de las posibilidades que les otorga esta institución estudiada, desafiando las condiciones de dominación que el espacio clínico presenta.

Estos hechos demuestran a su vez que el acceso a la atención en salud de los inmigrantes y el trato clínico que reciben, están condicionados por las prácticas de los individuos que aplican las políticas públicas. La relación entre la salud pública y las políticas de inmigración posiciona la cuestión del cuerpo y de la vida en los fundamentos de nuestra moral política - plantea Fassin (1999) -, ya que las disparidades no se resumen a diferencias socioeconómicas, las brechas se incrementan cuando se trata de poblaciones minoritarias, como los extranjeros. Siguiendo la idea, es posible plantear la cuestión de la ética médica, observando que parecería que algunos profesionales de la salud ignoran la deontología médica que debería orientar sus prácticas, porque estarían sometidos a un contexto xenófobo y racista. Wieviorka (1993) plantea que el racismo está asociado al nacionalismo, aunque advierte que no siempre es el caso; sin embargo, en el caso chileno podemos entender que se trata - según la definición del autor - de un “nacionalismo universalista”, caracterizado por asegurar la homogeneidad cultural de la nación y, por lo tanto, no entrabarse con particularismos regionales y locales. En Chile, el sujeto nacional se construyó negando o denostando la diferencia (Neumann, 2007). En este sentido, entendemos que “la preferencia nacional” de los funcionarios está dada por el sentimiento nacionalista anclado en la sociedad chilena desde principios del siglo XIX con la Independencia y, sobre todo, las consecuencias de la Guerra del Pacífico (1883), como la “chilenización” de Tarapacá y la definición de sus fronteras con Perú y Bolivia (González, 2008).

Pareciera ser que las relaciones de poder se manifiestan en dos sentidos, por un lado, el poder del grupo mayoritario, y por otra parte, el contrapoder de los inmigrantes. El primer poder tiene más fuerza, sus expresiones son las mismas en distintas sociedades de inmigración (Mora, 2008), donde la sociedad de acogida domina a los grupos minoritarios de inmigrantes. Esto se explica por el hecho que el acceso a la salud obliga a los inmigrantes a someterse a una dinámica preestablecida por la sociedad de acogida que le

cuesta legitimar a sus “nuevos usuarios”. Entonces, éstos deben aprehender por sí mismos el sistema institucional, corriendo el riesgo de vivir situaciones conflictivas a partir de categorizaciones estigmatizantes. Sin embargo, las situaciones conflictivas forman parte de la experiencia migratoria, por tanto, los inmigrantes asumen su condición de minoría y de grupo sometido al poder del grupo mayoritario nacional, recurriendo siempre de alguna manera a la libertad de agencia que los llevó a convertirse en migrantes.

Tanto la relación alter/ego como la asimetría existente en el espacio clínico permiten visibilizar y comprender la reproducción de las relaciones de poder. No obstante, ciertos miembros del grupo mayoritario no siguen la lógica generalizada (Torres y Garcés, 2013) y se alían con los minoritarios, poniéndose en el lugar del “otro”.

¿Por qué surgen relaciones de complicidad?

No es frecuente la formación de relaciones de complicidad entre los funcionarios de la salud y los pacientes inmigrantes, sin embargo algunos funcionarios son más sensibles a las condiciones de vida y a las trayectorias de los inmigrantes, lo que los lleva a tener una actitud servicial y amistosa hacia ellos. Los inmigrantes toman con gratitud esta mano que les es tendida y lo reconocen. A parte de los y las trabajadores sociales, que son generalmente los más cercanos a los y las pacientes inmigrantes, quienes facilitan el acceso a la atención y a la información sobre otros servicios sociales para mejorar sus condiciones de vida, otros funcionarios sensibilizados en el tema migratorio han llegado a establecer relaciones de complicidad con estos pacientes. La interpretación de las entrevistas conduce a pensar que esto se produce por la propia trayectoria de vida de los funcionarios; es el caso de las personas que han vivido la inmigración o el exilio político, o que han visto a algún pariente cercano partir a instalarse a otro país. Estas relaciones permiten principalmente a los inmigrantes sentirse más acogidos, además de poder ejercer sus derechos más fácilmente, ya que les otorga un mejor conocimiento del funcionamiento del sistema, motivándolos a tener una actitud menos “a la defensiva”.

La excepción que confirma la regla

Estos otros funcionarios, que se ponen en el lugar de los inmigrantes, son una excepción dentro de las personas entrevistadas y ejercen diferentes funciones de manera transversal en los equipos de salud. Algunas expresan amistad por “el otro”, curiosidad por “la cultura del otro”, simpatía por la diferencia, pero la única característica común es la experiencia migratoria. Usaremos como ejemplo el caso de una nutricionista que relató que, en los primeros años de la llegada de pacientes inmigrantes al sistema, le preocupaban los problemas de incomprensión que generaba la alimentación de los inmigrantes peruanos en la mayoría de sus colegas y que se traducían en malos tratos, prejuicios y poca resolución de solicitudes terapéuticas por parte de los pacientes. Ante esto, buscó información sobre la especificidad de la comida peruana y aprendió que la composición nutritiva de esta cocina es muy equilibrada y que, en comparación a la comida chilena, estaba compuesta por una mayor variedad de alimentos y más rica en proteínas, contrariamente a la comida chilena, más rica en grasas. El interés personal que mostró esta nutricionista significó un mayor conocimiento de la cultura culinaria peruana, traducándose en mejores relaciones con los pacientes, relaciones menos tensas. Además, significó una mayor tolerancia por parte de sus colegas, según lo manifiesta la enfermera que trabajaba en su equipo.

Me gustan mucho los niños, y no hago diferencias entre los chilenos y los peruanos. Ellos son diferente físicamente solamente, tienen el hueso de la nariz más ancho y la piel más amarilla... Aprendí su idioma, antes no comprendía cuando me decían que el hijo tomaba 30 onzas de leche... (Comunicación personal, enfermera CES N°1, marzo, 2008).

Se trata de un gesto individual que, a pesar de tener connotaciones racistas, por ser una construcción de la diferencia en base a distinciones biológicas, demuestra una mayor tolerancia y disposición hacia este “otro” tan incrustado en la memoria social chilena. Fassin (1998) plantea que estas excepciones son acciones individuales, en el caso de las experiencias locales de salud pública, que más que acciones colectivas en torno a la higiene pública se trata de profesionales frente a pacientes, aplicando las normas de las políticas explicitadas a su manera. Esta capacidad de adaptación y de innovación que tienen algunas personas en las interacciones son excepciones que confirman la regla. Pero, es posible hacer una lectura complementaria al constatar que existe una solidaridad de clase que sobrepasa las diferencias de origen, ya que su preocupación inicial estaba relacionada al hecho de haber vivido el exilio, según nos reveló esta nutricionista durante la entrevista.

Solidaridad de género, solidaridad de clase

Una de las características del grupo de pacientes inmigrantes es que en su mayoría se trata de mujeres. En este sentido, es interesante evaluar en qué medida existe o no solidaridad de género, teniendo en cuenta que gran parte de los equipos de salud están compuestos por mujeres (paramédicos, enfermeras y matronas, principalmente). Los resultados de este estudio demuestran que esto no se produce, y cuando ocurre es principalmente debido a la trayectoria de esta persona en particular, como se dijo anteriormente: en el caso en que hayan vivido o conocido situaciones de inmigración, son mucho más sensibles al tema y manifiestan una real preocupación buscando mejorar el servicio de salud ofrecido por sus equipos, sobre todo a nivel de las interacciones. El aporte que estos funcionarios pueden hacer es sin embargo menor, a pesar de que su comportamiento puede influenciar su entorno laboral progresivamente, sin embargo, al momento de realizarse este trabajo no era algo realmente comprendido por el resto de los miembros de los equipos.

La complicidad entre mujeres, por el hecho de existir más mujeres en este espacio, no es evidente. Las mujeres, al contrario, se muestran como “celosas” de las inmigrantes, que vendrían a “tomar los que es de nosotras: los chilenos”, como fue señalado en conversaciones informales. Una funcionaria administrativa así lo señaló: “Hay jóvenes chilenos que están más o menos [guapos]... ¡y vienen con peruanas feas!...Podrían haberse encontrado una chilena al menos” (Extracto de conversación informal con funcionarias del HSBA, junio, 2008).

Ante esto, pareciera más pertinente hablar de solidaridad de clase, si se puede hablar de una clase que recurre a la inmigración para sobrevivir, siendo el sujeto que migra o el sujeto que recibe beneficios de la inmigración, como las remesas. Esta solidaridad es el resultado de ponerse en el lugar de los inmigrantes, porque se conoce o reconoce lo que es vivir como extranjero en una sociedad de acogida, que generalmente no promueve la integración. La solidaridad no está presente en el caso de los entrevistados con más años de estudio y que al tener una mayor formación comprenderían mejor el fenómeno, no es el caso de la mayoría de los médicos. Tampoco es el caso de los administrativos con poca formación y tan pobres como los inmigrantes, que podrían ponerse más fácilmente en su lugar. La solidaridad de clase no existe entre pobres nacionales y extranjeros, tampoco en el caso de los pacientes. “Las clases - señala Wallerstein - son categorías ‘objetivas’, es decir categorías analíticas; un medio para formular las contradicciones de un sistema histórico y no para describir comunidades sociales” (1988, p. 115). En este caso, se observa que todos los usuarios del sistema público de salud podrían ser analizados bajo una misma

categoría, pero los pobres chilenos intentan diferenciarse de los inmigrantes queriendo posicionarse en “otra clase”. Esto porque el nacionalismo ayuda a levantar una división al interior de los grupos que viven las mismas contradicciones. Entonces, es menester señalar que se produce un “consenso” social entre los nacionales, tal como lo expresa Babilar (1988), fundado en la exclusión y en la complicidad tácita de la hostilidad hacia los inmigrantes. Así la categoría inmigrante es utilizada como una amalgama, combinando criterios étnicos y criterios de clase. En el caso de los funcionarios administrativos esto se observó con mayor claridad, quienes buscando sentirse cercanos a las clases dominantes, asumen un trato hostil hacia los inmigrantes, representantes privilegiados de las clases empobrecidas, con el fin de marcar distancia. Spire (2007), denunciando la penuria organizada de los medios materiales y humanos, la tecnicidad de los procesos, el alejamiento de las reglas de derecho y la imposición de objetivos cifrados en materia de tratamiento de solicitudes, afirma que el extranjero es utilizado como “variable de ajuste destinado a paliar los disfuncionamientos de la institución”. Es la razón por la cual tanto los funcionarios como los profesionales encuentran en el inmigrante al culpable de los conflictos en el espacio clínico que representa la institución estudiada.

Conclusiones

El presente artículo ha expuesto las prácticas y los discursos de los funcionarios de la salud en relación a los pacientes inmigrantes, según la información que fue levantada durante una investigación de tesis doctoral entre febrero de 2008 y marzo de 2009. La que dio cuenta de los conflictos y tensiones que surgen en las interacciones entre los grupos de nacionales y extranjeros, en el espacio clínico que representa el sistema público de salud chileno. Prácticas y discursos que se vislumbran como relaciones de poder, pero también, en casos excepcionales, de complicidad entre los grupos mayoritarios y minoritarios.

Este servicio público es una instancia básica de inserción a la sociedad de recepción y se presenta como un terreno sensible para el inmigrante, al generarse conflictos interétnicos debido a las relaciones de poder histórico-sociales entre los grupos, que se caracterizan por el abuso de poder y la discriminación hacia el extranjero. Pero surge también el ejercicio de un contrapoder por parte de este último, como un medio para lograr resolver sus problemas. Esto se explica, por una parte, en el hecho de que las prácticas discriminatorias, generalizadas en los funcionarios de la salud, provocan desigualdades en el acceso a la atención y malos tratos a nivel clínico. Pero, a su vez, estas prácticas

refuerzan la etnicidad de los inmigrantes, provocando el surgimiento de nuevas prácticas, reivindicadas como estrategias movilizadoras para ejercer sus derechos. Es interesante destacar que los inmigrantes desarrollan un contrapoder, en el sentido gramsciano, es decir que son portadores de una cultura contra hegemónica, pero también en el sentido que le da Arendt al concepto de agencia, como la capacidad de tomar una iniciativa y de actuar en el espacio público, o como diría Sen de libertad de agencia, como esta misma capacidad de actuar, pero con un fin claro de potenciar las metas que se desean potenciar, en este caso de estudio, el ejercicio del derecho a la salud. Los usuarios inmigrantes en tanto sujetos políticos, ejercen su derecho participando a su manera en este espacio público.

Por otra parte, las irregularidades observadas en el proceso administrativo en cuanto al acceso y la atención de salud, atentan a los derechos humanos de los inmigrantes, pasando a llevar además la normativa vigente y los acuerdos interministeriales que han reformado la ley migratoria en beneficio de la población inmigrante más vulnerable. Sin embargo, la llegada de estos “nuevos usuarios” al sistema público de salud ha generado igualmente oportunidades. Las oportunidades para la comunidad del sistema de atención en salud están vinculadas a los aportes que siempre entrega la diversidad, es decir el poder conocer la riqueza de otras experiencias, por ejemplo en relación a la nutrición, como lo mostró uno de los ejemplos presentados. Por último, en estas relaciones interétnicas existe la oportunidad de que los funcionarios puedan llegar a ser parte, como representantes o miembros del sistema de atención en salud, de un proceso de transformación hacia una sociedad realmente de acogida, llegando a ser facilitadores del acceso y atención de pacientes inmigrantes.

Referencias

- Amselle, J.-L. (1990). *Logiques Métisses*. París, Francia: Payot.
- Arendt, H. (1998). *La condición humana*. Barcelona-Bs-As-México: Paidós.
- Balibar, É. (1988). Racisme et crise. En É. Balibar y I. Wallerstein, *Race, nation, classe. Les identités ambiguës* (pp. 292-293). París, Francia: La Découverte.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Trad. Silvia Zuleta. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1966).

-
- Cognet, M. y Montgomery, C. (dir.). (2007). *Éthiques de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Quebec, Canadá: Les Presses de l'Université Laval.
- Cortés, A. (2007). Migración internacional: un desafío para las políticas públicas de Chile. En Cortez, Loredo, Muñoz, Rodríguez y Vásquez (comp.), *Niñas y niños migrantes. Políticas públicas, integración e interculturalidad* (pp. 105-118). Santiago, Chile: Ed. Colectivo Sin Fronteras.
- Cortés, A., Corvalán, G. y Soto, M. (2010). Salud sexual y reproductiva y migración latinoamericana en Chile. Una aproximación cualitativa a las situaciones de riesgos y conductas de prevención del VIH-SIDA. *Cuadernos Médico Sociales*, 50 (4), 322-339.
- Courtis, C., Liguori, G. y Cerrutti, M. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Santiago, Chile: CEPAL/CELADE/UNFPA.
- De Rudder, V., Poirot, C. y Vourc'h, F. (2000). *L'inégalité raciste*. París, Francia: Presses Universitaires de France.
- Falquet, J. y Rabaud, A. (2008). *Femmes, genre, migrations et mondialisation: un état des problématiques*. París, Francia: CEDREF, Université Paris Diderot.
- Fassin, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique: Enquête sur des expériences locales*. París, Francia: La Découverte.
- . (1999). Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis. Les politiques de l'immigration*, 5, 69-76.
- . (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. Santé le traitement de la différence. *Hommes et migrations*, 1225 (Mai-juin), 5-12.
- . (2002). Discrimination et santé: enjeux politiques et signification sociale. *Profession Banlieue 4* (11 de febrero), 1-22.
- Flores, R. (2014). *Caracterización de la migración en Chile: una mirada desde los instrumentos gubernamentales*. Presentación en Seminario FLACSO, 20 de mayo. Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile.

- Fortin, S. y Laprise, E. (2007). L'espace clinique comme espace social. En M. Cognet y C. Montgomery (dir.), *Éthiques de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* (pp. 191-214). Québec, Canada: Les Presses de l'Université Laval.
- González, S. (2008). *La llave y el candado. El conflicto entre Perú y Chile por Tacna y Arica (1883-1929)*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Guillaumin, C. (1972). *L'Idéologie raciste, genèse et langage actuel*. París/La Haya: Mouton.
- Hein, K. (2012). Migración y transición: hijos de inmigrantes de origen latinoamericano en su transición de la escuela al trabajo en Chile. *Si Somos Americanos*, XII (1), 101-126.
- Huatay, C. (2007). *Educación pública e inmigrantes en Chile. Un análisis desde los derechos económicos, sociales y culturales*. Tesina no publicada del diplomado iberoamericano de especialización, Fundación Henry Dunant América Latina, Santiago de Chile.
- Jelin, E. (dir.) (2008). *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Texas, Estados Unidos: University of Texas, IDES.
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2008a). ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (dir.), *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp.33-45). Texas, Estados Unidos: University of Texas, IDES.
- . (2008b). Los pacientes extranjeros en la mira. En E. Jelin (dir.) *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 47-55). Texas, Estados Unidos: University of Texas, IDES.
- Kruyt, M. L., Kruyt, N. D, Boeree, M. J., Harries, A .D., Salaniponi, F. M. y Van Noord, P. A. (1999). Situación real de los pacientes con tuberculosis pulmonar y frotis positivo inobservantes del tratamiento en Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (5), 386-391.
- 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.

———. (2015). De las fronteras geopolíticas a las fronteras sociales. La migración boliviana a través de la prensa de Tarapacá (1990–2007). *Revista Estudios Fronterizos*, 16 (32).

Márquez-Fernández, Á. B., Díaz Montiel, Z. (2005). Algunas consideraciones analíticas en torno al concepto de “sociedad civil” en Antonio Gramsci. *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, 9 (1), 22-35.

Ministerio de Desarrollo Social. (2011). Encuesta de Caracterización Socio Económica – CASEN 2011. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

Mora, C. (2008). Globalización, género y migraciones. *Polis*, 7 (20), 285, 297.

Neumann, E. (2007). Migración e interculturalidad. En Cortez, Lored, Muñoz, Rodríguez y Vásquez (comp.), *Niños y niñas migrantes. Políticas públicas, integración e interculturalidad* (pp.149-157). Santiago, Chile: Ed. Colectivo Sin Fronteras.

Núñez, A., Arenas, F. y Sabatini, F. (2013). Producción de fronteras e imaginarios geográficos: de la nacionalización a la globalización de la Cordillera de Los Andes. Chile, siglos XX y XXI. En A. Núñez, R. Sánchez y F. Arenas (eds.), *Fronteras en movimiento e imaginarios geográficos. La Cordillera de los Andes como espacialidad sociocultural* (pp. 111-135). Santiago, Chile: RIL editores.

Núñez, L. y Stefoni, C. (2004). Migrantes andinos en Chile: ¿Transnacionales o sobrevivientes? En C. Stefoni (ed.), *Chile 2003-2004. Los nuevos escenarios (inter) nacionales* (pp. 267-287). Santiago, Chile: FLACSO Chile.

Núñez, L. (2011). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En C. Stefoni (ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile: ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 231-272). Colección sociología, personas, organizaciones y sociedad. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Núñez, N. y Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuaris de consultorios de salud de la zona norte de la región metropolitana*. Santiago, Chile: Fundación Instituto de la Mujer.

OIM Chile/Minsal/Demoscópica. (2008). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago, Chile: OIM Chile/Minsal/Demoscópica.

- Pavez, I. (2012). Inmigración y racismo: experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos*, XII (1), 75-99.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Poutignat, Ph. y Streiff-Fénart, J. (1995). *Théories de l'ethnicité*. París, Francia: PUF.
- Red Chilena de Migración e Interculturalidad REDMI. (2011). *Informe Alternativo Chile 2011 Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Santiago, Chile: REDMI.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, España: Editorial Planeta, Edición española. (Trabajo original publicado en 1999).
- Stefoni, C., Acosta, E., Gaymer, M. y Casas-Cordero, F. (2010). *El derecho a la educación de los niños y niñas inmigrantes en Chile*. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos Núm. 58. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Spire, A. (2007). L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 169, 4-21.
- Tavernelli, R. y González, A. (10 al 12 de noviembre de 2011). Fronteras y puentes simbólicos en la constitución identitaria nacional de los miembros del poder judicial. Ponencia presentada en *VI Jornadas de jóvenes investigadores*, organizado por el Instituto de investigaciones Gino Germani. Barcelona, España.
- Tijoux, M. E. (2013). Las escuelas de la inmigración en la ciudad de Santiago: elementos para una educación contra el racismo. *Polis*, 12 (35), 287-307.
- Torres, O. y Garcés, A. (2013). Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile. *Polis*, 12 (35), 309-334.
- Tubino, F. (2009). Libertad de agencia: entre Sen y H. Arendt. En *Desarrollo Humano y Libertades. Una aproximación interdisciplinaria*. Lima, Perú: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica.
- Universidad Diego Portales (2007). *Informe de Derechos Humanos año 2007*. Santiago, Chile: Universidad Diego Portales.

———. (2013). *Informe de Derechos Humanos año 2013*. Santiago, Chile: Universidad Diego Portales.

Wallerstein, I. (1988). La construction des peuples: racisme, nationalisme, ethnicité. En É. Balibar y I. Wallerstein, *Race, nation, classe. Les identités ambiguës* (pp. 95-116). Paris, Francia: La Découverte.

Wieviorka, M. (1993). Nationalisme et racisme. *Cahiers de recherche sociologique*, 20, 169-181.