

Disposiciones, prácticas y significados de personas migrantes usuarias del servicio público de Atención de Salud Primaria frente a dispositivos normativos que condicionan el acceso a derechos.

Resumen

El flujo migratorio intrarregional posicionó a Chile como país receptor. Los factores que explican esta dinámica migratoria son crisis sociopolíticas (Martínez y Orrego, 2016); y por la consolidación de desigualdades globales como consecuencia estructural del capitalismo avanzado (Canales, 2008; Stefoni, 2004). Las políticas sociales en materia migratoria operan como “sistema de condicionalidades para acceder a derechos y como dispositivos que inducen a dicha condicionalidad” (Thayer, 2019, pág. 17). La política migratoria define condiciones para institucionalizar el “estatus legal precario de personas migrantes” particularmente con la escala de grises que categoriza el goce efectivo de derechos. Pregunta de investigación: ¿Qué prácticas, significados y disposiciones despliegan las personas migrantes usuarias del servicio público de salud, frente a dispositivos que condicionan el acceso a derechos sociales? Se aplicó una metodología cualitativa, mediante dos técnicas: a) Análisis documental: revisión de normativa y documentos oficiales de centros públicos de Salud. b) Entrevistas semiestructuradas: usuarios/as migrantes, directores y funcionarios de la salud. Se concluye que la discriminación social e institucional formalizada en la normativa regulan el acceso parcial a derechos y recursos, creando las condiciones para la negación total. La política migratoria y sus dispositivos operan como puertas de entrada a derechos civiles, políticos y sociales.

Nombre:

Rodrigo Jofré

Rodrigo.jofreo@gmail.com

Esta investigación fue diseñado y ejecutado en marco del **Proyecto Conicyt Pia Soc 180008: “Contemporary Migrations in Chile: Challenges to Democracy, Global Citizenchip and Access to Non-discriminatory Rights”**. Dirigido por la Dra. María Emilia Tijoux.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado se inició un flujo migratorio intrarregional que posicionó a Chile como país receptor de personas provenientes de Latinoamérica y el Caribe. Diferentes estudios sobre migración internacional indican que los factores que explicarían esta dinámica migratoria “sur-sur”, son las crisis económicas, políticas y sociales (Aysa-lastra y Cachón, 2016; Martínez y Orrego, 2016) acontecidas en los países de origen de las personas migrantes; y, por otro lado, se explica, en parte, por la intensificación de la degradación social, política, económica y ambiental en las sociedades de origen de los migrantes y refugiados, y por la consecuente consolidación de las desigualdades globales como una consecuencia estructural de la organización del capitalismo avanzado (Sassen, 1988; Canales, 2008; Stefoni, 2004).

Desde su origen e incluso hoy en día, la migración internacional posee una naturaleza compleja y dinámica, como un proceso social sobre el cual operan determinantes económicos, políticos, socioculturales, individuales y tecnológicos (Cabieses, 2018).

En el contexto de las naciones latinoamericanas, el fenómeno de las migraciones se ha tornado un fenómeno relevante, y ha ocupado las agendas públicas. Este nuevo escenario para Chile fue concebido por el Estado y las personas nacionales como un “problema”, una amenaza al bienestar por el incremento del volumen de la población extranjera; desplegándose estigmas como cargar consigo los males que afectan a sus países de procedencia. En ese sentido, estos migrantes son asimilados a inmigrantes, en tanto sujetos diferenciados, estereotipados y racializados (Tijoux y Palominos, 2015).

En este sentido, a medida que la inmigración se hace más importante en el país, las personas migrantes 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, 2019). Por estos motivos, esta investigación ha tomado como objeto de estudiar las prácticas, disposiciones y percepciones de personas migrantes usuarias de centros públicos de Atención de salud primaria. Con el fin de indagar sobre cómo se construyen las fronteras normativas y sociales;

y su vinculación lo cual condiciona el acceso a servicios públicos, particularmente el acceso a salud.

En ese escenario, la presente investigación se desplegará, por una parte, en la dimensión institucional del “problema”, representado por las normativas vigentes en salud y las prácticas institucionales de establecimientos públicos de salud. Por otro lado, una dimensión que se enfoca en las prácticas, percepciones y disposiciones que despliegan las personas migrantes frente a dispositivos normativos e institucionales como programas o normas que institucionalizan prácticas de los gobiernos locales de la provincia de Santiago.

PROBLEMATIZACIÓN

Las políticas públicas, particularmente en materia migratoria, han evidenciado una falta de cobertura frente a las necesidades de la población migrante. En particular la política migratoria, desde un plano normativo, es “un sistema de condicionalidades para acceder a los derechos y, al mismo tiempo, el conjunto de mecanismos que inducen a la superación de dicha condicionalidad” (Thayer, 2019, pág. 17). De esta definición se desprenden tres elementos: i) creación de condiciones para acceder a derechos; ii) puertas de acceso para superar dicha condicionalidad; iii) normas que van a definir la perspectiva con la que se gestiona el flujo migratorio.

En ese sentido, define la ruta que una persona migrante debe seguir para alcanzar un reconocimiento formal, por otro lado, la política migratoria define también “los obstáculos que deben saltar y las forma en cómo se debe saltar” (Thayer, 2019, pág. 17). A partir de la política migratoria vigente, medidas administrativas emitidas en el segundo gobierno de Piñera, bajo el mensaje de “ordenar la casa”, se “elabora una política migratoria de corte selectivo y con un énfasis fuertemente centrado en la dimensión de la frontera, independiente de la consideración de condiciones sociales y estructurales que provocan la emergencia y reproducción del flujo migratorio” (Thayer, 2019, p. 21).

De esta manera, tal como se señaló, se observa que el conjunto de condiciones impuestas desde la política migratoria fronteriza define la ruta que una persona migrante debe seguir para alcanzar un reconocimiento formal y, a su vez, define también “los obstáculos que deben saltar y las forma en cómo se debe saltar” (Thayer, 2017). Pero qué pasa cuando la

condicionalidad para acceder a derechos fundamentales como salud, educación, trabajo; está sujeto a criterios como la situación migratoria, estos obstáculos se vuelven insuperables, siguiendo la metáfora, para saltarlos; en esa idea, surge la importancia de observar de qué forma las personas migrantes gestionan estos dispositivos para acceder efectivamente a derechos sociales. En ese sentido, estudiar la dimensión relacional de personas migrantes y derechos asociados (Thayer, 2019) es fundamental para profundizar y aportar en la temática en cuestión.

Determinantes sociales y condicionantes institucionales: una trayectoria vulnerable

Considerando la política migratoria fronteriza que rige en Chile, las personas migrantes están reducidas “a números, a cantidades, orígenes y nacionalidades, y sus potencialidades se aprecian desde natalidades, cuerpos trabajadores y estadísticas, desconociendo un escenario global que precariza la vida” (Tijoux, 2019, 160). Dicha precarización hoy se agudiza aún más con el posicionamiento restrictivo de las políticas del gobierno actual, expresadas en decisiones administrativas, una ley incompleta, expulsiones colectivas, el cierre de fronteras, la instrumentalización de las y los migrantes en los discursos políticos y la violencia institucional. Por tanto, estas normas y decretos contribuyen a crear condiciones para la institucionalización del estatus legal precario de los migrantes y a convertir la situación administrativa migratoria en una condición social permanente (Mezzadra, 2012), que amenaza con convertirse en una nueva fuente de desigualdad estructural (Thayer, 2019).

En ese sentido, la condicionalidad institucional vigente, repercute en las trayectorias de los y las migrantes, exponiendo sus cuerpos a situaciones de riesgosa vulnerabilidad. La movilidad poblacional no incrementa el riesgo a contagiarse con enfermedades, son “*las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúan a las poblaciones migrantes -principalmente las indocumentadas- en situaciones de vulnerabilidad o desprotección*” (Van der laar, 2017, p. 33).

A partir de lo anterior, se desprenden los determinantes sociales de la salud los cuales son definidos como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las

que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud” (Van der laar, 2017, p. 36).

La migración y los servicios públicos de sector salud en el plano interaccional

Los gobiernos locales operan como administradores y ejecutantes de programas sociales que el gobierno central impulsa a través de sus políticas. En ese sentido, el funcionamiento del sistema público, particularmente en área de salud, son administrados por los municipios, tienen a su cargo los servicios de salud de atención no especializada y los de Atención Primaria de salud.

En síntesis, “los gobiernos locales en Chile son las instituciones claves para el desarrollo de la vida cotidiana de los residentes de las comunas y del acceso de ellos a los derechos sociales. En estos últimos se reúne la democracia, el poder y la proximidad” (Thayer, 2019, p. 98) (Blanco & Gomá, 2002).

En línea con lo recientemente señalado, la condición de migrante se ejecuta, desde el plano político donde se disputan el campo político por medio de ideologías, discursos, propuestas e intereses (Bourdieu, 2003) y normativo, expuesto anteriormente, como una condición de acceso parcial a los derechos (Sassen, 2010); dicha condicionalidad, se manifiesta en el orden social establecido por las prácticas institucionales configuradas por la normativa institucional, particularmente, en la interacción entre los migrantes y de quienes están en posición de hacer efectivo el acceso a los recursos, bienes comunes y servicios asociados a los derechos establecidos normativamente (Carens, 2004; Thayer, 2013, 2018 y 2019).

La interacción social señalada, desde diferentes estudios vinculados con migración y gobiernos locales señalan que, en los servicios públicos locales, “el estatuto jurídico de la política migratoria se pone en juego, esto es, donde se ejecuta o se tensiona” (Thayer, 2019, p. 6). En los espacios locales, los actores, migrantes y nativos, encarnan un juego de interacciones que determina si los derechos tipificados se traducirán en derechos efectivos o

no. Al mismo tiempo, siendo fundamental para esta investigación, “los contextos locales están abiertos a que se tomen decisiones que permitan a los migrantes el ejercicio efectivo de derechos que no están jurídicamente reconocidos ni tipificados” (Thayer, 2019, pág. 8). En relación con la acción de los gobiernos locales, destaca el concepto “Política del estado de ánimo” (Thayer y Stang, 2017) que da cuenta de una “sujeción general de las medidas adoptadas y las acciones impulsadas por el Estado a las disposiciones y voluntades particulares de los funcionarios y autoridades de turno, como respuesta a la nueva demanda impuesta por la llegada de migrantes” (p. 19).

En esa línea, diversos estudios de Nanet Liberona (2014, 2016) ponen en relieve la frágil situación de las personas migrantes, pero en situación irregular, evidenciando que uno de los aspectos más relevantes en la atención médica es la condición migratoria de las personas. Así mismo, Cortéz (2004) señala que “aun cuando las personas tengan su situación migratoria regularizada, existe un alto porcentaje de no inscritos en el consultorio” (p. 20). De lo anterior, se infiere que, pese a la situación migratoria y marcos normativos impuestos, se evidencian respuestas de los usuarios que desbordan lo establecido. En complemento, otros estudios de la misma autora muestran que, en la interacción entre funcionarios y pacientes migrantes, se evidencia una relación de poder, un trato asimétrico. Dicho escenario este contexto crea un espacio social donde la persona migrante, desde su posición subordinada, sortea sus capitales para desenvolverse en el espacio social (Bourdieu, 2012).

En ese sentido, la relevancia del presente estudio radica en que, a partir de los determinantes sociales, el estatus migratorio del usuario, los marcos normativos configurados por la política migratoria fronteriza; se evidencia una respuesta particular de los y las migrantes como resistencia, aceptación o negación del orden establecido. Es decir, frente a los dispositivos sociales e institucionales las personas migrantes responden y gestionan estas fronteras para acceder efectivamente a derechos, particularmente de salud.

En consecuencia, **la pregunta de investigación** es ¿Qué prácticas, significados y disposiciones despliegan las personas migrantes usuarias del servicio público de Atención de Salud Primaria local, frente a los dispositivos que condicionan el acceso a derechos sociales?

Objetivo general:

Caracterizar las prácticas, significados y disposiciones que despliegan usuarios migrantes del servicio público de Atención de Salud Primaria local frente a los dispositivos particulares que condicionan el acceso a derechos sociales.

Objetivos específicos:

- i) Caracterizar los dispositivos normativos que operan para personas migrantes en servicio público de Atención de Salud Primaria local que condicionan el acceso al derecho social.
- ii) Caracterizar las prácticas institucionales del personal administrativo de atención para acceso e inscripción de pacientes particularmente personas migrantes.
- iii) Caracterizar las prácticas, las disposiciones de personas migrantes usuarias para acceder al servicio público de salud de atención primaria local.
- iv) Identificar la relevancia de los determinantes sociales como el género, capital social y condición migrante de las personas migrantes, en las prácticas y configuración de disposiciones para acceder al servicio público de Atención de Salud Primaria local.

ANTECEDENTES

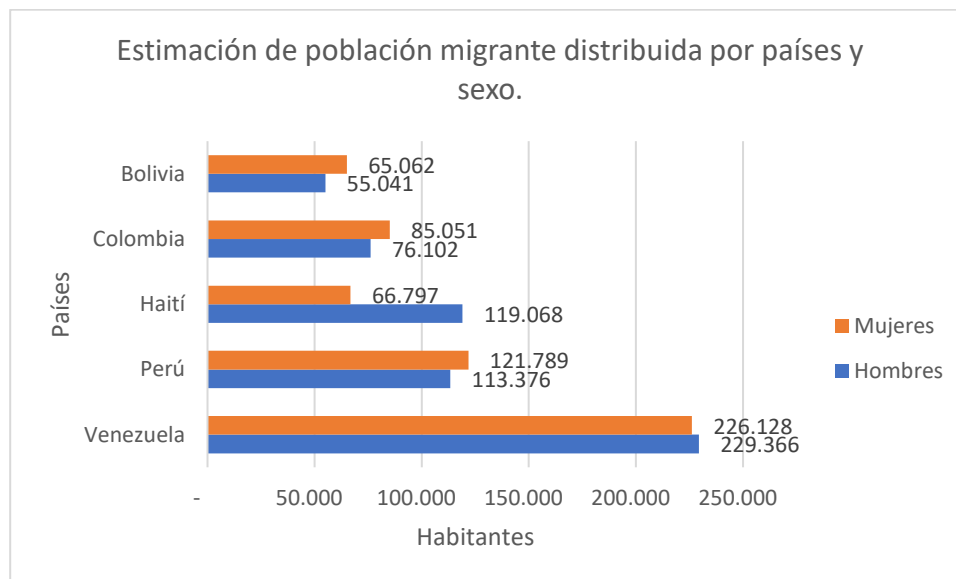
Para dar cuenta del objetivo general del presente, en este apartado se exponen antecedentes teóricos y empíricos que evidencian el contexto y justifican elementos fundamentales para elaborar el ejercicio académico propuesto. El contenido de esta sección es, primero, teórico con respecto al orden social desde la interacción entre instituciones y normativas y su vinculación con el fenómeno migratorio; segundo, revisión de ley de migración y normas que subyacen de ésta; tercero, datos estadísticos para caracterización sociodemográfica entre otros. Se destacará la relevancia del vínculo entre migración y salud, reflejando el orden social establecido por la relación entre instituciones de salud y marcos legales y normativos vigentes, y posterior repercusión en usuarios inmigrantes de servicios de salud primaria. En ese sentido, este capítulo se organiza del siguiente modo: i) Orden social y normativas; ii) Leyes y normas sobre migración en Chile; iii) Migración y normas en comuna de Santiago.

Contexto de las migraciones en Chile

Las estimaciones del Departamento de Migración y Extranjería (DEM) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) muestran que durante los años 2014 y 2018 el país experimentó un crecimiento de un 232% de población migrante. Según datos de las mismas instituciones actualizados al 31 de diciembre del 2019, evalúan que 1.492.522 de personas extranjeras, 728.746 mujeres y 763.776 hombres, reside en Chile. Esta cifra, comparativamente con 2018, corresponde a un aumento poblacional del 16,6%. Los países con mayor cantidad de residentes son: Venezuela (30,6%), Perú (15,8%), Haití (12,5%),

Colombia (10,8%) y Bolivia (8%). Estas nacionalidades concentran un 77,6% del total de migrantes residentes.

Tabla 1.



Fuente: DEM e INE (2020). Elaboración propia.

En base a las cifras presentadas, se evidencia un incremento del volumen del flujo migratorio. A su vez, es posible plantear el aumento de migrantes provenientes de Venezuela y Haití. Un patrón migratorio motivado por factores asociados a crisis políticas, sociales y económicas (CERD, 2019; Martínez y Orrego, 2016).

Normativas en salud y programas municipales vinculados con temática migratoria.

Un informe del MINSAL (2018) señala que “*la condición migrante es un determinante para el acceso a la salud*” (pág. 5). En línea con eso, se han creado diversos programas que intentan abordar dicha problemática; no obstante, según una investigación de Cabieses (2019) estas intervenciones institucionales no son suficientes para asegurar el goce efectivo de acceso a salud a migrantes. Esta situación evidencia, por un lado, las barreras de acceso a la atención de las personas migrantes y, por otro, la carencia de observaciones con

respecto a la gestión del migrante a la incertidumbre inducida por instituciones de servicio de salud. Esto, entrega a la presente investigación un valor de contingencia y relevancia fundamental.

Normativa de acceso de la población migrante a la Atención en Salud

El marco normativo que regula el acceso a la salud en Chile, según declara informe del MINSAL (2018) se encuentra en coherencia con el marco internacional de Derechos Humanos. El Ministerio de Salud, comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres migrantes embarazadas.

Progresivamente se ha ido avanzando en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile (MINSAL, 2018).

En esta línea, se ha ampliado el acceso a la salud de las personas migrantes, incluyendo a quienes se encuentran en una situación administrativa migratoria no regular (Decreto Supremo N°67 de 2016). A continuación, se presenta un resumen de la normativa en esta materia:

Política de Salud Migrantes Internacionales

En octubre 2017 se aprobó bajo resolución exenta N° 1308, la Política de Salud de Migrantes Internacionales. El propósito de la Política es contribuir a alcanzar el máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos.

Con respecto a los gobiernos locales, el programa de acceso a salud señala que inmigrantes sin importar su condición migratoria, accederá a visa temporal y a todas las prestaciones necesarias para resolver esta problemática, incluyendo la salud. Por ejemplo, si la situación migratoria del usuario es regularizada, puede ser atendido por algún problema cubierto por Garantías Explícitas en Salud (GES), recibiendo todas las prestaciones en igualdad de condiciones que un usuario nacional. En casos de inmigrantes no documentados o irregulares,

igualmente deben ser atendidos, sin embargo, para garantizar la entrega de prestaciones para este grupo, deben solicitar una visa temporaria en el Departamento de Extranjería. De este modo, se infiere que para acceder a prestaciones incluidas en GES la condición es tener una condición migratoria regular.

Finalmente, si bien la disposición de los funcionarios al interior de los municipios es un factor relevante para impulsar acciones, no es suficiente para proyectarlas en el tiempo ni para orientarlas racionalmente a las áreas más sensibles y necesarias de abordar. Tanto la sostenibilidad de las acciones como su orientación a determinados ámbitos dependen de la intuición y voluntad de los funcionarios que las impulsan (Thayer, 2018; Cabieses, 2019, Liberona, 2008). Una situación que Eduardo Thayer a definido como “la política del estado de ánimo”, en alusión a la débil institucionalización en que se inscriben las acciones, refiere a esta lógica personalista que predomina en la gestión política, la cual

“se encuentra asentada en una estructura administrativa que organiza a los gobiernos locales en Santiago con base en la fragmentación, por un lado, y la atribución de competencias sustantivas para el desarrollo de la ciudadanía por el otro, y dificultaría la consolidación de líneas de intervención consistentes en el territorio” (Thayer, 2018, pág. 20).

En ese sentido, que los programas municipales de atención en salud estén condicionados por edad, sexo y condición migrante, ofrece elementos analíticos para explicar los resultados señalados. Por tanto, esta situación entrega relevancia al objeto de estudio de la investigación; particularmente en la **dimensión interaccional situada localmente en instituciones de servicios de salud**. Considerando lo determinante de la interacción para el asentamiento de la población migrante, se infiere que es fundamental para el acceso a servicios de salud las formas que los y las migrantes emplean para gestionar las barreras de acceso, la incertidumbre inducida, transformándolas en facilidades para acceder al servicio o en acceso efectivo. Observar este plano, donde las políticas central y encuestas de población no pueden acceder, permitiría realizar un diagnóstico de cómo abordan la condición migratoria los usuarios inmigrantes para acceder a servicios de salud.

MARCO TEORICO

Relación entre estructura e individuos.

La teoría social de Pierre Bourdieu (2002) señala que “la sociedad puede ser concebida como un espacio diferenciado por posiciones sociales donde las relaciones entre estas posiciones constituyen el núcleo de lo que es propiamente social” (p. 45).

En ese sentido, se puede reconstruir un espacio social, el cual se caracteriza por:

“la distribución de ciertas propiedades entre los agentes, especialmente bajo la forma de diferentes especies de capital, con las cuales ellos participan de las luchas por la transformación o la mantención de la estructura del sistema de posiciones al interior del espacio social” (Aguilar, 2003, p. 5).

De la perspectiva que aporta Bourdieu sobre la observación de la heterogeneidad del espacio social, se infiere la relevancia de campo como un espacio donde se relacionan los agentes y la estructura, por la interdependencia entre las propiedades de cada individuo configurados por elementos teóricos como los capitales, disposiciones, habitus y prácticas (Bourdieu, 2002; Aguilar, 2003). Evidenciando el carácter relacional del mundo social.

De esta dinámica relacional entre campo y habitus, o estructura y agente; desde el plano individual, se entenderá por habitus como el resultado de la incorporación en los agentes de “un conjunto de disposiciones de diverso orden (cognitivas, corporales, estéticas, etc.) que han sido determinadas por la posición relativa de los agentes en el espacio social” (Aguilar, 2013, p. 10), dicha posición es ecualizada por la distribución de los capitales, a saber: Económico, social, cultural. El vínculo entre disposiciones y posiciones se refleja en “la

medida en que tales posiciones se modifiquen como resultado de la propia dinámica del campo, las disposiciones de los agentes también lo harán” (Bourdieu, 2003, p. 45).

La línea de base teórica que sustenta el presente estudio surge comprendiendo al habitus integrando el vínculo entre posición, disposición y prácticas, del siguiente modo:

“la forma en que el sistema de disposiciones, en conjunción con la estructuración del espacio social (campo), da origen a la dinámica social sin que haya que suponer que esta es el resultado de sujetos que actúan con voluntad y conciencia, pero que tampoco es el resultado de procesos en los que estos no tienen participación alguna” (Bourdieu, 2003, p. 98).

Es este el sentido que Bourdieu (2007) con la noción de habitus, señala: “Como un modo de ser, una disposición, que ha sido adquirido por medio de la costumbre” (p. 20). La forma que las disposiciones adquiridas por la costumbre actúan como principios generadores de nuestros actos, de las prácticas. De este modo, si los agentes actúan en forma tal que de sus acciones resulta un orden que puede ser descrito en términos de regularidades, estas últimas no son resultado de reglas o estructuras de las que los agentes y sus actos serían una mera emanación, sino que ellas son el resultado de disposiciones que llevan a los agentes a actuar de tal o cual manera. Es decir, “disposiciones que facilitan determinada clase de operaciones en determinadas circunstancias o condiciones” (Aguilar, 2012, p.5); Por ello es que se trata de un principio que regla el acto, que le impone un orden a nuestros actos.

No obstante, el modo en que Bourdieu define el habitus tiende también a enfatizar los elementos más estructurales en ella, lo que de alguna manera parece contradecir el uso de la noción de estrategia tal y como la había utilizado en sus análisis sobre los intercambios matrimoniales y las prácticas de sucesión hereditaria. Al respecto,

“El sistema de disposiciones inculcadas por las condiciones materiales de existencia y por la educación familiar (por ejemplo, el habitus) que constituye el principio generador y unificador de las prácticas es el producto de las estructuras que estas prácticas tienden a reproducir de manera tal que los agentes no pueden sino reproducirlas, es decir, reinventar inconscientemente o imitar conscientemente, como de suyo o como lo más conveniente o simplemente lo más cómodo, las estrategias ya comprobadas que, dado que han regido las

prácticas desde siempre, parecen inscritas en la naturaleza de las cosas” (Bourdieu, 2002, p. 171).

Es decir, el habitus opera como un sistema de disposiciones, transferibles en la práctica dado que son “principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta” (Bourdieu, 2007, p. 92). En ese sentido, da espacio para la acción del individuo, lo cual, Bourdieu denomina como “estrategias”. No obstante, el concepto de disposiciones es central como instrumento, mecanismo, de reproducción del habitus.

Determinantes sociales en salud como factor de análisis

En línea con el aporte teórico de Pierre Bourdieu, principalmente con la definición de disposición y el rol de los capitales como configurador de prácticas, surge la importancia de los determinantes sociales. A partir de diversos estudios de medicina desde una perspectiva social, surge el concepto mencionado el cual representa los condicionantes sociales, desde la teoría social de Bourdieu, puede ser considerado como capitales y elementos estructurales.

En ese sentido, es relevante el trabajo teórico de Báltica Cabieses y el Programa de Estudios Sociales de la Universidad Del Desarrollo. Es un grupo de profesionales de la salud que ejecutaron indagaciones sobre estudios epidemiológicos y la relevancia de los determinantes sociales de la salud, estos son entendidos como “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (Van der laar, 2017, p. 77). También se ha

fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla” (Cabieses, 2019, p.10).

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que “las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?” (Cabieses, 2019, p. 90)

Esta pregunta es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales.

En ese sentido, desde el abordaje de determinantes sociales en salud, que aporta una perspectiva desde diferencias entre grupos sociales al interior de una sociedad. De esto, es posible identificar dimensiones y categorías clásicas de vulnerabilidad social (Cabieses, 2019). Por tanto, es posible inferir y identificar distinciones “sistemáticas y estructurales entre grupos sociales que se consideran injustas, innecesarias y prevenibles, y que se pueden presentar en mayor proporción en migrantes internacionales” (p. 80). Algunas dimensiones desde este enfoque son: política pública de migración internacional, nivel socioeconómico y clase, etnia, género y estatus migratorio. También incluye capital social, condiciones de vivienda y barrio, estilos de vida y acceso y uso de servicios de salud; entre otras categorías que será de máxima utilidad para abordar la presente investigación.

Dicho esto, se puede señalar que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Por tanto, los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (Van der laar, 2017; Cabieses, 2019).

El aporte de integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud permite observar el impacto que tienen estas realidades sociales en el empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de las personas (Van der laar, 2017). En este sentido, a partir de las experiencias vinculadas al proceso migratorio y en particular en su relación con salud, tanto en su dimensión de acceso y uso de servicios nos permite construir una mirada de la vulnerabilidad integral y sistémica (Cabieses, 2019), que entienda “la complejidad del entramado social en todas sus partes y sus posibles consecuencias en salud, es parte del proceso teórico y empírico que debemos construir para la salud pública de Chile” (Van der laar, 2017, p. 77).

MARCO METODOLOGICO

En este apartado, se expondrá el conjunto de operaciones e instrumentos utilizados para medir el objeto de investigación. Por una parte, la técnica para cada dimensión contemplada para la indagación propuesta; y, por otro lado, la muestra.

Dado los objetivos de la presente investigación, esta se desarrolla bajo una metodología cualitativa, ya que “*los procedimientos de este tipo de metodología posibilitan una construcción de conocimiento en base a conceptos*” (Krause, 1995, p. 21). Siendo las principales características de esta metodología el interés por comprender el comportamiento humano a partir del propio marco de referencia del que actúa, una orientación al descubrimiento, la exploración, la descripción y la inducción, asumiendo que la realidad es dinámica y cambiante (Krause, 1995). De esta forma, la investigación cualitativa produce nuevo conocimiento a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Rodríguez, 1996; Taylor & Bogdan, 1984).

Desde la perspectiva cualitativa, el trabajo de recolección de información se ha nutrido de datos provenientes de dos tipos de técnicas:

- a) el análisis documental consistió en la revisión de normativa y documentos relativos a la protección de la infancia y funcionamiento de los centros públicos de Atención Primaria de Salud.
- b) Se contempló la realización de entrevistas semiestructuradas individuales a: (i) población migrante, (ii) directores y funcionarios de la salud de centros de atención

primaria. Se abordará partir de entrevistas semi-estructuradas, dado la forma flexible en que se manejan y permiten trabajar los datos asemejando en lo posible una situación de la vida cotidiana (Krause, 1995) y las ventajas que éstas tienen para lograr que los participantes colaboren de forma más activa con el investigador y se logren generar datos ricos y detallados (Batthyány & Cabrera, 2011; Vázquez, 2006).

Participantes

Dentro de un universo muy amplio se buscaban: personas migrantes de distintas nacionalidades que se atendieron en centros de Atención Primaria de salud; de distintas edades, hombres y mujeres, con un nivel de castellano que permitiese realizar este tipo de entrevistas.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: ser mayor de 18 años, mantener una relación formal de trabajo con el centro de salud o gobierno local, y con experiencia de atención con personas migrantes. Y, para el caso de las personas migrantes usuarias de los centros de Atención Primaria de Salud, se requería estar inscritas o haber utilizado los servicios que ofrecen estos centros de salud.

La muestra se aplicará una metodología de saturación, es decir, hasta que, a partir del análisis, se repitan elementos. Por tanto, la muestra serán hombres y mujeres inmigrantes usuarios del servicio público de Atención de Salud Primaria desde los 21 años en adelante, dado que existen programas que permiten acceso a servicios de salud primaria. La técnica será saturación teórica en técnica bola de nieve. Es decir, se buscará ejecutar entrevista hasta saturar la muestra, dado que no existen recomendaciones específicas para crear una muestra representativa al respecto.

Operacionalización

Hipótesis 1: El Estado chileno, a través de sus políticas migratorias, sus dispositivos normativos y administrativos, y prácticas institucionales a nivel local contribuye a la creación de condiciones para que las personas migrantes accedan a los derechos en igualdad de condiciones que la población nacional.

Hipótesis 2: Las prácticas de las personas migrantes para acceder a los derechos, no depende solo de los determinantes sociales de cada sujeto, sino que también, de la implementación de las políticas, la ejecución de procedimientos institucionales y de las prácticas formales e informales que se dan en las instituciones públicas. Con estas prácticas y la aceptación de una posición subordinada, encarnan el “estatus legal precario”.

Las hipótesis de trabajo recientemente expuestas están construidas bajo el supuesto que la relación entre personas migrantes y Estado tiene su base en la institucionalización de la propia condición de migrantes como una serie de restricciones y condiciones que la distinguen de la condición de ciudadano (Thayer y Durán, 2015). Esto implica que el acceso precario de los migrantes a los derechos no se agota en la exclusión social que enfrentan; sino que además es producida normativamente, generando las condiciones para esa exclusión de la condición de migrante (Sassen, 2010; Stang, 2016; Thayer y Durán, 2015).

Así, a la exclusión por causa de la discriminación social y las restricciones que impone para el acceso igualitario a recursos, se suma la discriminación institucional (Cachón, 2010) formalizada en la normativa que regula el acceso parcial de los migrantes a los derechos y recursos, y que crea las condiciones para la negación total de derechos (Goldring y Ladolt, 2013). En ese sentido, la política migratoria y sus dispositivos operan como puertas de entrada a derechos civiles, políticos y sociales (López, 2005; Thayer y Stang, 2015; Stang, 2016).

Definición Operacional

Dimensión	Sub-dimensiones	Sub dimensiones 1	Indicadores
Condiciones Institucionales	Normativas	Protocolo de acceso dirigido a personas migrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos formales - Caracterización general de etapas para acceso a servicio público - Caracterización específica de procedimiento de inscripción
		Práctica formal de personal de Servicio Público	<ul style="list-style-type: none"> - Suspensión de acceso a usuario migrante - Requisito formal para acceso a usuario migrante
	Personal de trabajo en área de Atención de usuarios en Servicio Público	Práctica Informal de personal de Servicio Público	- Descripción de práctica informal para acceder formalmente a Servicio

Personas migrantes	Disposiciones	Determinantes Sociales	- Familia nuclear - Grupo secundario - Ocupación - Género - Nacionalidad
		Trayectoria Migratoria	- Estatus migratorio - Biografía migratoria
	Prácticas	Acceso a derecho	- Descripción de experiencia de Atención
		Respuesta frente a trato de personal de atención	- Descripción de respuesta frente a situación de atención
	Significados y percepción	Condiciones materiales de la institución	- Descripción de sensación de mantención de establecimiento
			- Descripción de sensación de disponibilidad de recursos
		Acceso igualitario	- Percepción de diferencia de trato

RESULTADOS

Dimensión institucional: Dispositivos condicionantes del acceso a salud de personas migrantes.

Del espacio investigado y de los relatos experienciales obtenidos del personal directivo y administrativo de atención de personas, a saber, asistentes sociales, facilitadores culturales y personal del SOME; en centros de atención primaria de salud, surgen diferentes elementos que permiten profundizar el estudio del acceso efectivo de personas migrantes al servicio de salud, particularmente en la dimensión institucional. Si bien, la propuesta inicial sobre la indagación de la dimensión institucional era políticas públicas y marco normativo, la acción formal e informal del personal de atención de los centros de salud observados; en el proceso de interrogar surgieron factores externos que operan como dispositivos condicionantes del contexto donde el personal despliega su actividad y rol laboral en el acceso de pacientes en dichos establecimientos. Por tanto, son un componente relevante para los objetivos del presente ejercicio académico.

1. Marco normativo

En primer lugar, los factores estructurales característicos de estos contextos públicos de atención, como la sobredemanda de atención o los consecuentes tiempos de espera excesivos, son desestimados en su importancia debido a que no constituyen problemas que las afecten específicamente, sino que se reconocen como problemáticas propias del funcionamiento del sistema y que afectan a todos los usuarios en general (Liberona, 2012; Cabieses, 2015).

Dicho lo anterior, los dispositivos que condicionan el acceso a personas migrantes al servicio público de Atención Primera de Salud, que se encarnan en el personal del SOME, según las entrevistas realizadas al personal directivo de Redes Asistenciales, destacan:

“Es algo netamente de disposición legal, por decirlo así. Hay un decreto N°67 que dice que no podemos negar la atención de salud a niños migrantes. No especifica si

debe tener formato primero inscrito y después atenderlo. No lo dice. Dice que no puedo negar la atención, entonces si llega un niño migrante le tengo que dar la atención. Ahora que tenga que regularizar todo lo demás para que el gobierno nos pagó el per cápita por ese niño es un cuento nuestro como centro de salud, para no entregar atenciones gratuitas a esas personas. Pero a mí la ley me dice que tengo que entregar atención de salud a todas las personas migrantes. Pasaba antes que el principal reclamo de dirección era que a las personas mirantes como había que atenderlas, esa prestación que le daba a mí el estado no me lo cancelaba. Entonces con el rut provisorio eso se regulariza y queda toda la población migrante con Fonasa A. Por tanto, el Estado me lo garantiza y le paga el per cápita. Entonces no tendríamos por qué negar la atención a un niño migrante.” Directivo 3, Redes Asistenciales.

En complemento, si bien rige el decreto N°67, el presente del marco normativo que garantiza el acceso a salud de personas migrantes, en general, carece de protocolos. En ese sentido, tal como señalaban estudios jurídicos en materia de Derechos Humanos y población migrante - UDP (2018), Lages (2019), OIM (2018)- la relación entre personas extranjeras y acceso a derechos, está sujeto en un marco de infra derechos, es decir, “el del mesón de atención, de la circular y del poder discrecional de las autoridades administrativas” (Liberona, 2012, 13). El fragmento siguiente, visibiliza lo expuesto:

“Un protocolo como tal no está establecido como manual de procedimiento. No tenemos un manual que indique que hago. Si hay una instrucción oral que a nosotros nos llega cada vez que tenemos una duda. Hay mucha retroalimentación. También tenemos acceso a capacitaciones que ayudan bastante para conocer la realidad del migrantes, que se desconoce. Estamos en constante capacitación. Un manual que lo indique que hacer no, pero trabajamos en base a los requisitos establecidos. Esto es lo que se requiere para inscribirse, por ejemplo, que tenga un Rut provisorio, algo que certifique el domicilio. Necesitamos la dirección exacta. Para eso se pide cuenta de luz” Directivo 3, Redes Asistenciales.

De esto, se desprende que los protocolos y normativas que operan como dispositivos que condicionan el acceso al servicio público de salud a personas migrantes, está sujeto a elementos que se escapan de lo legal. En ese sentido, es relevante estudiar otras barreras que condicionan el acceso a personas migrantes.

2. Acceso formal:

En cuanto a los requisitos formales que exige el sistema de salud para acceso a personas migrantes, sujeto al Decreto N°67, que permitió ampliar la cobertura de atención a personas sin RUT con el número provisorio. Este dígito, es la puerta de acceso a salud para quienes no cuentan con un documento de identificación. El procedimiento formal, lo describe el siguiente fragmento de las entrevistas:

“En cuanto al acceso, lo principal acá, que mejoro mucho, porque antes del 2016 se podían atender a solo embarazada y menores de 18 años. Si llegaba una persona de 40 años, no embarazada, quedaba a criterio del funcionario si lo tenía o no. Después del decreto 67, se permitió atender a todas las personas que no tenían cedula de identidad. Ahí, el 2016, que fue un año difícil porque en el fondo fue que llegaron una gran cantidad de personas a un CESFAM donde hay una gran cantidad de usuarios”
Asistente Social 1, Cefam Cruz Melo.

“La persona viene y se le pregunta si tiene carnet. Si no lo tienes, tiene que traer su pasaporte o DNI más un comprobante de domicilio: una boleta de luz o agua o certificado de residencia. Y se pide el numero provisorio. Se llena un formulario y eso se escanea o la facilitadora, se envía a Fonasa con la foto del pasaporte y el certificado de domicilio. Con este número, la persona va al SOME y se inscribe. Les dan una hora y si es embarazada, le dan la hora con la matrona. Ella examina y luego deriva y luego solicita a otra hora”
Funcionaria 4, Cefam Cruz Melo.

Este trámite formaliza el acceso, pero no garantiza la atención instantánea del servicio. Es decir, la burocracia que permite oficializar el ingreso al Tramo A de Fonasa, tiene una

temporalidad sujeta a la presentación de la documentación informada en la entrevista, lo cual, para ser logrado, requiere derivaciones a instituciones externas, por ejemplo, la Junta de Vecinos que emite el Certificado de Residencia, por nombrar alguno. En este sentido, el acceso formal despliega un dispositivo que favorece a quienes tienen su trayectoria de estatus migratorio regular. En cambio, quienes presentan un estatus migratorio irregular, el proceso se complejiza. Para este caso, el proceso formal es como sigue:

“No, solo el RUT, que tiene que ver con el percapita. Sin Rut, ya está la solución con el provisorio. Cuando la persona no tiene ningún documento de identificación, como el decreto dice, nada, sin pasaporte, DNI, ni carné del servicio militar de su país, nada, porque le robaron, etc. Ahí tiene que pasar a una entrevista con la asistente social para evaluar y ver porque la personas no tiene el documento y se hace un informe social. Eso se envía a Fonasa para validar. Ha sido pocas veces, pero también esa circular te da la solución en un caso así” Asistente social 2, Cesfam Juan Antonio Ríos.

3. Acceso Informal:

El proceso administrativo formal en cuanto al acceso y la atención de salud presenta irregularidades. Esta alternativa es descrita a continuación:

“A veces tenemos que pasar esa formalidad. Para ellos es difícil el tema de llegar con un certificado de residencia, sobre todo en estas condiciones, un certificado de residencia, de domicilio, tratamos de ser más flexibles; sobre todo con ellos, cuando vienen bastante mal. Eso viene desde la persona que atiende. A nosotros nos exigen una formalidad, pero para mí es imposible seguirlas. Las personas que vienen nos explican que viven hacinados, y hacerlos enviarlos de nuevo, pudiendo ayudarlos inmediatamente, así lo hacemos.” Funcionaria 2, Cesfam Cruz Melo.

Se observa que la informalidad en el acceso permite zafar la burocracia que exige el proceso formal. No obstante, es una acción propia del funcionario.

“¿Ahí existe un espacio como funcionaria para pasar por al lado de la burocracia y hacer una excepción para poder ayudar y gestionar una atención más rápida? Si, por supuesto. Estamos tratando con gente. Para ellos es un problema enorme, pero para

uno es mínimo. Que se puede solucionar en el momento. Si no puedo solucionar, pido ayuda, pero se trata de hacer las cosas. Para mí no me complica. Yo trato de si, veo una persona mal, con alguna enfermedad, no puede hacerme la desentendida. Hay que ponerse la camiseta con el hecho de que estamos trabajando en un consultorio y que estamos tratando con gente que viene complicada de salud. Lo digo porque lo hago siempre. Se que no va en la norma o me salto un papel.” Funcionaria 4, Cesfam Juan Antonio Ríos

Del contenido expuesto, el rol del funcionario es determinante para otorgar el acceso a salud de las personas migrantes, dado la evidente debilidad institucional (Thayer y Durán, 2015) por la escases de normativas, da espacio para la discrecionalidad del personal. En ese sentido, Eduardo Thayer (2020) plantea la política del estado de ánimo, es decir, “disposiciones contingentes de funcionarios que, por iniciativa personal, en respuesta a una demanda de hecho de la población migrante y muchas veces en contra de las resistencias institucionales, impulsan de manera intuitiva y en una casi completa escasez de recursos, líneas de acción dirigidas a resolver los problemas más urgentes de los migrantes” (8 pág.). Tal como se refleja en la siguiente cita:

“Llegó con 3 enfermedades crónicas. Pero como no se da prioridad a los exámenes, no los tenía listos. Entonces no había podido acceder a medicamentos para sus enfermedades. Porque si no tiene remedios y tampoco dinero para comprarlos, ¿Qué puede hacer? Entonces fui y hablé con un médico para que les hicieran los exámenes de forma urgente porque tampoco tenía dinero para pagar exámenes privados. Entonces con los exámenes, la vio el médico, y el resultado próxima semana. Entonces la señora fue ingresada a los programas, mientras se tramitan los resultados. En ese caso, con ella se avanzó.” Facilitadora 1, Cesfam Cruz Melo.

4. Racialización:

Los prejuicios que posee la población nativa respecto de la población migrante permiten, de manera manifiesta, observar expresiones discriminatorias en los servicios de salud (Thayer y Durán, 2015; Cabieses, 2019; Liberona, 2018). Los siguientes relatos recopilados del material cualitativo, expresan las experiencias de prejuicios y racismos del personal del SOME.

“Encontramos bastantes recelos en la atención hacia los migrantes. A los funcionarios no les gusta a las personas migrantes. Tenemos muchos funcionarios con quienes hemos tenido que hacer un trabajo hormiga para que comprendan que tienen que entregar un buen acceso al servicio, tener cuidado con la discriminación” Funcionaria 5, Cesfam, Cruz Melo.

“Por mucha capacitación que se intente, siempre se dan resistencias, por mucho que queramos mejorarlo. Son temas complicados porque, por más que sean capacitados, hay cosas que van en la persona. Uno trata de mostrar el enfoque de derechos humanos, de salud, intercultural, de mostrar cosas que quizá el funcionario desconoce, pero la idea es quitar la mirada de creer que “no que esto es de la población chilena” cuando creen que los migrantes se llevan todos los beneficios siendo que para acceder a un servicio debe tener un carnet.” Asistente social 1, Cesfam Cruz Melo.

Los resultados de esta investigación dan cuenta de los prejuicios del personal del SOME, 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 del equipo SOME.

“También tienes tus casos más regalones: para mí son las personas migrantes haitianas. Pero la población más alta son personas venezolanas en JAR. Ahí puedes hacer un seguimiento. Tengo 4 o 5 personas haitianas si están trabajando, dudas, ayudas estatales, visas. Se hace un trabajo extra. Principalmente conseguir número provisorio, orientación del sistema de salud en Chile, Fonasa, talleres con todas personas migrantes que se inscribieron en los últimos 3 meses” Usuaría 3, Cesfam Cruz Melo.

Dimensión: Pacientes frente a dispositivos condicionantes del acceso de salud.

El contenido obtenido del análisis a las normativas que rigen distintos servicios públicos de Atención Primaria de salud y las entrevistas realizadas a directivos de centros asistenciales y personal del SOME, evidencian dispositivos que condicionan el acceso de personas migrantes al goce efectivo de atención en salud. Estos elementos operan creando diferentes barreras y condicionantes, revelando desafíos y dinámicas dentro del campo de salud que repercuten en el acceso a la atención, en este caso, de pacientes migrantes. En este apartado, se presentará el análisis de la dimensión sobre las respuestas y percepciones de las personas migrantes que se atienden en estos centros de salud. La exposición del contenido será ordenada según las categorías que fueron más citadas y que orientan la indagación de la dimensión. En ese sentido, las respuestas de las personas migrantes frente a los dispositivos -y sus obstáculos- que operan en el campo; y las percepciones de trato, y otras expresiones.

1. Acceso a servicio de Atención Primaria de Salud:

El acceso de las personas migrantes a salud, tal como se expone, es relativo según determinantes sociales y condición migratoria. En ese sentido, desde la perspectiva de quienes solicitaron acceder al servicio de salud, la experiencia es diferente para cada caso. Para comenzar, se expone la siguiente experiencia:

“[En el acceso] Me enviaron a otro lugar por emergencia y cuando entro, no había nadie y ahí me vi con la señora. Me pregunto: “¿Que tienes, a que vienes?” Y yo, bueno vengo de emergencia por un dolor de estómago, náuseas. Me dijo, Ok. ¿Estas inscrita en el CESFAM? Y yo respondí que no es primera vez que vengo. Me pregunto de vuelta: ¿No tienes tus papeles, estas irregular? Y yo le dije que sí. Me pidió mi DNI, mi número, mi pasaporte y otros datos. Después recuerdo que le pregunte: “¿cómo haría para inscribirme? Porque vi que tuve chance de preguntar porque estaba sola, que es mi primera vez. Y me dijo bueno: “¿desde hace cuánto que estas en Chile?” Y le respondí, desde hace un año. Y me dijo sorprendida:

“¿Desde hace un año que no te inscribes?!” Y yo no, disculpa, pero no he tenido una urgencia así para inscribirme y tampoco he tenido mis papeles para poder hacerlo. Y me dijo: Ok, este, bueno, ahorita no te puedes inscribir. Y yo pregunte: ¿por qué? Prácticamente no recuerdo la palabra, pero me dijo que ya había perdido el tiempo y que había pasado mi oportunidad. Y yo, bueno, pero en otro momento, ¿para cuándo podría? Y me dijo: Ya listo, ya perdiste tu tiempo. Me dijo también que, si quería atenderme, son \$10.000. Busque para ver cuanta tenía y eran 4.000. Le dije que no tenía completa y que me iba a ir. Y cuando me iba, me dijo: “No, ven, tranquila”. Yo te atiendo hoy pero después tendrías que pagar. Y luego me quede en silencio. También ella dejo de reprocharme. Y no tenía que más decir. Me quede esperando. Me despedí, porque no tenía dinero. Y ella me dijo: No, no. Ven. Pero para una próxima tendrás que pagar y no podré hacerte la inscripción” Usuaría 1. Cesfam Cruz Melo.

Frente a la desinformación y desconocimiento de las normativas y marcos jurídicos que garantizan el acceso a salud a personas migrantes en situación migratoria irregular (Thayer y Durán, 2015; Liberona, 2015), por parte del personal del SOME y de pacientes extranjeros; se genera una cadena de vulneraciones, provocando obstáculos para atenderse efectivamente.

2. Tiempo de espera:

Si bien el tiempo de espera es parte del funcionamiento del sistema de salud chileno, por tanto, es considerado como estructural (Liberona, 2012), es decir, que afecta en igual medida tanto a personas migrantes como locales. No obstante, la logística y costos de gestión que implica asistir al centro de salud para intentar conseguir una hora de atención médica, repercute en la percepción de las personas migrantes sobre un acceso digno y trato igualitario. Esta situación se ve reflejada en las siguientes entrevistas:

“Te cuento más o menos cuando llevaba a mi hijo, cuando nació. Después del año y medio, inscrito en el CESFAM, la atención estaba bien. A mi hijo les llevaba el control de niño sano. Eran vitaminas, leches. La atención era buena. Muy buena, yo

creo, bueno como era bebe quizás teníamos prioridad. Ya pasando los años, el niño tiene 12 años y la atención se ha ido estancando un poco. Porque con el estoy esperando que nos llamen del consultorio dental porque necesita unos brackets. Necesitábamos una radiografía. Llevamos esperando más de un año que nos llamen. Hemos tratado de ahorrar un poco para el particular, pero lo único que alcance fue la radiografía. Y ya no pude seguir pagando por la contingencia y el estallido social. Todo el plano dental. Después lleve los exámenes y el doctor me dijo que quería otros exámenes, del hospital. Entonces ahí nos atrasamos mucho. Ahí está el problema. La aceptación, Porque si en un momento pude llevar a mi hijo a un particular, después nos acercamos al Cesfam y nos pidieron el examen del hospital. Entonces con todo el contexto, se atrasó mucho más. Además, el impacto económico personalmente, ha sido problemático para ver su situación dental” Usuario 2, Cesfam Cruz Melo.

Del relato se desprende que, frente a la espera de la tramitación para acceder a la atención médica dental, las personas se ven obligadas a pensar en un plan alternativo que requiere un esfuerzo económico mayor, que sería atenderse en una consulta privada. Sin embargo, los precios elevados de esta opción, se vuelve económicamente una barrera. En ese sentido, la espera se vuelve la única puerta de acceso a la atención solicitada. Esta situación, junto con el trato del personal, se vuelve una experiencia de acceso condicionada por la limitación de cupos de atención, afectando negativamente en la percepción de las personas consultantes.

3. Percepción de trato en la atención del personal del SOME

Diferentes investigaciones sobre interacción social en sector salud, como los estudios realizados por Nanette Liberona, Báltica Cabieses, entre otras investigadoras; dejan en evidencia que en la interacción entre pacientes y personal del SOME, se forma un vínculo relacional asimétrico (Liberona, 2012). Por otro lado, estudios postulan sobre el rol de los funcionarios públicos que son quienes ejecutan directamente el acceso a derechos de las personas migrantes (Thayer y Durán, 2015; Stang y Thayer, 2019); tal situación deja en evidencia la falta de institucionalidad reflejada en la ausencia de normativas que fiscalicen y velen por garantizar un acceso efectivo a beneficios y derechos sociales.

En complemento, Torres y Garcés (2013), 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” (p. 13). Esta situación también es advertida por instituciones como la Universidad Diego Portales en sus últimos Informes de Derechos Humanos (2007, 2013, 2018). La dimensión del trato establecido entre usuarios y funcionarios del sistema de salud es un aspecto siempre relevante, sin embargo, parece cobrar aún más significado para un sujeto que se encuentra en una situación de vulnerabilidad como la que caracteriza a la condición migrante (Scozia, 2014).

Al respecto, se presentan distintos relatos que reflejan el trato que perciben las personas migrantes que desean atenderse o que se atendieron en los centros de salud investigados y cómo la percepción del trato incidió en la experiencia de acceso a la atención en salud.

“[En la ventanilla de atención] Esa señora me dio una mala espina porque la trate bien; llegue, la trate bien, y ella me cortaba, me hablaba seco: Si, perdiste tu tiempo. Como intentando decir que no le pregunte más.” Usuaría 3, Cefsam Juan Antonio Ríos.

“A veces si vas a atender a una persona, tienes que tener educación y esas personas tienen carácter fuerte, son muy serios. Hay otras que tienen el mismo carácter y se pasan con las mismas palabras. Entonces a veces saber diferenciar las cosas y a veces te hacen sentir chiquita. No puede hacer nada. Estoy en otro país, pero de igual forma no debería ser así.” Usuaría 1, Cefsam Cruz Melo.

4. Racialización:

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. Entre otras expresiones que

evidencia un trato prejuicioso por parte del personal del SOME. A continuación, se presentan fragmentos de las entrevistas que reflejan lo señalado.

“A los extranjeros de otros países, que eran negritos, los trataban a medias porque no sabían hablar en español. A veces se burlaban o no lo atendían bien y les decían que hacer sin preguntar mucho sobre lo que tenían” Usuaría 1, Cesfam Cruz Melo.

“Por ser migrantes sí. He escuchado ahí mismo, una funcionaria dijo: “claro, vienen todos los extranjeros porque es gratis”. Le dije: “Para mí no es gratis porque yo pago mis impuestos. También saltaron otras personas”. Los haitianos llegaron porque bueno estaban a punto de dar parto, una señora, está bien, va a dar a luz. Pero que la traten mal o que se aprovechen, eso no es tema de ellos. Estamos hablando de un tema de salud, da lo mismo de donde son. Esos temas, para mí, es algo discriminatorio. También veo que no nos tratan bien. Nos hablan altaneramente. Nos preguntan de manera dura. Eso psicológicamente a una persona que va, lo están haciendo una psicología para bajar la personalidad y la confianza. Por eso voy una vez al año.” Usuaría 5, Cesfam Cruz Melo.

El trato diferente que emplea el personal del SOME tiene repercusiones psicológicas para las personas migrantes que asisten y buscan acceder al servicio público. El uso de palabras generalizadoras, prejuiciosas y estigmatizantes de identidad, son algunas expresiones; tal como se relata en las siguientes citas:

“Cuantos de migrantes viven en Chile, hace mucho año, pero no cambian su trato. A veces llego al Cesfam, pregunto algo, y me hablan seco: “Espere su turno”. Es irracional. Deberían responder más amablemente. Es correcto un trato amable. Y cuando vuelvo a preguntar, me dicen: “Aparte de ser migrante, Ud. viene altanero”. No señora yo le estoy preguntando, no gritando. Ella respondía: “Es que me dices cosas que no sabes”. Le respondí de vuelta: “Señora, yo no le estoy diciendo algo que no se; le estoy preguntando”. Me dijeron que viniera tal hora y vine, me pasaron este papel. Y ella me dijo: “ah entonces escucho mal”. Y le decía, yo no escuche, está escrito. Funcionaria: “Bueno, entonces espere”. Entonces es algo, para mí, no lógico. Y el trato es psicológico. Siento que nos meten miedo para no volver. ¿Y eso quien lo ve? Cuando uno hace el reclamo, tienes que enviar una carta, escribir un libro.

¿Pero, quien dice algo? Es más, he criticado y siguen los mismos funcionarios.”
Usuario 3, Cesfam Cruz Melo.

5. Respuestas y disposición de pacientes migrantes:

Frente a los dispositivos condicionantes y la interacción con el personal de los centros de salud estudiados, las personas migrantes reaccionan, toman posición, despliegan según lo que estiman conveniente para no entorpecer el acceso a atención médica. La acción de las personas migrantes es relativa según la disposición de este, considerando las condiciones que se le presentan. 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. 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. Esta situación, se ve reflejado en las siguientes citas:

“Muchas veces decían cosas raras. Fui y saqué una hora para la fecha, pero me dijeron que no quedaban. Entonces volví a ir para reservar una hora, pero me dijeron que se dan al momento. Las cosas se hacen como se dicen aquí. Me dijo que preguntara si es que no sabe. Por eso le pregunto. Hay gente que requiere para hoy, yo no porque no me dejan en el trabajo. Como a mí me hacen madrugar a las 5 am para hacer fila, cagao de frio, para que te toque pero que te digan que no hay, ¿Cuál es el sentido?”
Usuario 3, Cesfam Cruz Melo.

“He estado 2 meses prácticamente yendo como mendigo para que me digan la fecha y hora de oftalmología. Nunca fue. Me dijeron que me iban a llamar y nada. Me cansé y fui de nuevo. Al final me cansé y le dije que me dicen algo y después otra. Fui y hace dos meses que no me llaman. Si no iba y no reclamaba, quizás todavía estaría esperando. No veo bien de lejos. Si no hubiese reclamado, no hubiese pasado nada”
Usuario 1, Cesfam Juan Antonio Ríos.

Estas respuestas, reacciones que comentaban las personas entrevistadas, también tienen distintas expresiones a partir de los determinantes sociales de cada uno. En ese sentido, un reflejo de aquello es la experiencia de una usuaria, en situación irregular, que debe interactuar con el personal que permite su acceso a salud considerando elementos de su condición de migrante, situación migratoria, género, nacionalidad. de parte de las personas

“Yo no soy alguien que responde. Menos ahora. Porque además era mayor que yo. Tengo que darle respeto y darle a entender. Me quede callada y acepte. ¿Qué más le iba a decir? Imagínate si le respondo y no me deja atenderme. Entonces para no incomodar y la persona es mayor, no me gusta tener malas palabras. Solamente me quede callada y ya.” Usuaría 1, Cefam Cruz Melo.

DISCUSIÓN

Diferentes trabajos académicos, principalmente de autores como Eduardo Thayer, Báltica Cabieses, Nanette Liberona, Marcela Tapia; como también el área de estudios sociales del Servicio Jesuita Migrante, el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo (UDD), el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile y la Universidad Diego Portales; ilustran la forma en que el Estado de Chile avanza con su política migratoria fronteriza hacia la creación de la institucionalización de un estatus legal precario para personas migrantes y las consecuencias que tal condicionamiento genera en la cotidianeidad de la vida de las personas, materializado en el acceso efectivo a derechos sociales y la incorporación de las personas migrantes en la sociedad chilena.

En ese sentido, siguiendo el aporte de los resultados de los trabajos señalados, y el aporte del material cualitativo de la presente tesis, el Estado determina las trayectorias migratorias a partir de tres factores: receptividad del Estado, acogida de la sociedad y la composición de clase y posición que ocupan colectivos migrantes en la sociedad receptora (Thayer, 2019). Y desde la perspectiva de las personas que recorren la trayectoria, siguiendo el enfoque de María Dolores Linares en “Trayectorias Migratorias e inserción laboral de migrantes recientes en Santa Rosa-Toay” (2016), el camino involucra también “proyectos familiares,

económicos, deseos y angustias” (p. 12); es decir, hay un efecto en la subjetividad de las personas. Los resultados cualitativos del presente estudio aportan con contenido para estudiar los factores mencionados.

De lo anterior, se desprende, siguiendo las investigaciones académicas de Jorge Martínez (2008), Eduardo Thayer (2019), Fernanda Stang (2015) y Carolina Stefoni (2012), evidencian que la relación entre personas migrantes y el acceso a derechos, suponiendo que el Estado es productor del estatus legal precario de las personas migrantes, tensiona, por tanto, la relación entre personas migrantes y ciudadanía. Al respecto, desde la teoría del reconocimiento, que permite entender la relación del Estado y personas migrantes como un proceso constitutivo de la trayectoria de los migrantes en el país de residencia, sino también la naturaleza del Estado y la democracia de la sociedad receptora (Weil y Crownley, 1992; Thayer, 2019). Supone, por tanto, que ciudadanía se expresa con el acceso efectivo a derechos y el autorreconocimiento, el sentido de pertenencia; es decir, una configuración recíproca entre el Estado y la subjetividad de las personas que, en este caso, se da en una dinámica desplegada en el campo de la salud, entre el personal de atención y las personas migrantes usuarias, tal como evidencian los resultados de este trabajo, con las dimensiones que configuran y orientan la metodología utilizada: Institucional y respuesta de las personas migrantes frente a los dispositivos.

Dicho lo anterior, y considerando los resultados de la investigación, se desprende que, en los centros públicos de salud de Atención Primaria, se despliegan dispositivos normativos, dispositivos institucionales representado por las prácticas del personal de atención y dispositivos sociales; los cuales reflejan, en la práctica, los matices de la relación entre Estado y migración, particularmente con el acceso efectivo a derechos. En ese sentido, con el material recopilado por las entrevistas realizadas queda en evidencia que dichos dispositivos, son fronteras representadas en regulaciones formales y prácticas sociales que limitan el autorreconocimiento de las personas migrantes en la sociedad y sentido de pertenencia, evidenciando la diferencia práctica entre la ciudadanía plena y la no ciudadanía.

Dimensión Institucional

Desde la dimensión institucional propuesta para estudiar los dispositivos institucionales formales representados por la normativa vigente, prácticas institucionales materializadas por el personal de los establecimientos, condiciones materiales como disponibilidad de profesionales, de productos clínicos; y las políticas públicas transversales de los centros de salud; se observa que son elementos que configuran un campo donde las personas migrantes y locales, pacientes de la Atención Primaria, despliegan distintas prácticas y respuestas para gestionar las condiciones impuestas para acceder efectivamente a una consulta médica. En ese sentido, se desprende de esta dimensión un complejo obstáculo que es acceder al sistema de salud, que se vincula y potencia con los determinantes sociales que obstaculizan una vida saludable, contenido de la siguiente dimensión.

Profundizando en las barreras de acceso al sistema de salud, los resultados obtenidos nos permiten suscribir a lo planteado en el informe de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales del año 2019, donde evidencian que hay barreras en la utilización, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad de servicios públicos de salud. Al respecto, Báltica Cabieses y el Programa de Estudios Sociales de la Universidad de Desarrollo (UDD), con diversos estudios elaborados desde 2015 al 2019, anunciaban que hay diferentes barreras burocráticas en establecimientos públicos de salud, lo cual, en complemento con los discursos recopilados del personal de servicios de Atención Primaria de salud y la revisión del marco normativo vigente, se observan dispares exigencias sobre lo estipulado por el Decreto 67, siendo, en la práctica, funcional como frontera que limita y restringe el acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas, desconocimiento y desinformación con respecto a los procedimientos, aumentan la vulnerabilidad para la población migrante (Cabieses, Pickett y Tunstall, 2012; Van der laet, 2017). En algunas entrevistas al personal del SOME, señalaban que los decretos administrativos son explícitos en garantizar derechos, pero no especifican el procedimiento; es decir, no mencionan cómo llevar a cabo, por ejemplo, el acceso a salud a todas las personas migrantes. Esta situación va generando que cada marco normativo produzca un rango de posiciones temporales del que son objeto las personas migrantes; dicha situación se evidencia en las diferencias del recorrido de acceso al servicio para personas con una situación migratoria regular y las que no.

Esta diferencia normativa, significa en la práctica trabas institucionales que conllevan mayores tiempos de espera para adquirir una hora médica, generando mayores dificultades para el acceso a la salud. También provoca incompreensión, frustración, enojo, sensaciones de inferioridad, de incertidumbre en las personas migrantes que desean acceder a una atención médica. En la práctica muchas regulaciones que operan particularmente para personas migrantes inciden en una precarización de las trayectorias en el sentido de crear condiciones para acceder a derechos. La metáfora del “juego de las escaleras y toboganes” (Goldring y Landolt, 2013) expresa esta situación, que pone en evidencia la naturaleza inestable del acceso a derechos por parte de los migrantes. Este tobogán o laberinto burocrático es una imagen fiel de la incertidumbre que permite el funcionamiento de los establecimientos; entrega de papeles, derivaciones varias, tiempos de espera, filas y que, al final del tobogán, no hay horas disponibles, son elementos que precarizan la experiencia de acceso a salud; tensionando el acceso efectivo a derechos sociales.

[Dimensión de percepción, prácticas y disposiciones de personas migrantes, con respecto al acceso a salud en centros de Atención Primaria.](#)

Esta dimensión propone observar las respuestas de personas migrantes frente a los dispositivos que configuran y condicionan el acceso a derechos, particularmente, en establecimientos públicos de Atención Primaria de Salud. Este momento de análisis, ofrece una perspectiva desde la historia de cada persona migrante, los determinantes sociales que configuran la disposición de cada paciente y la percepción de la experiencia. De los resultados obtenidos, como se expuso, se desprenden distintos elementos. De estos, los más relevantes para la discusión de la problemática en cuestión, destacan, por un lado, las barreras para acceder a una vida saludable representadas por los determinantes sociales de la vida de las personas migrantes; los cuales configuran las prácticas de cada persona entrevistada para gestionar el acceso efectivo a una atención médica y, a la vez, la disposición para tolerar las condiciones materiales que ofrecen los centros de salud y la interacción que se da entre el personal de atención y pacientes de estos establecimientos. De esta relación, se desprende la percepción de las personas, la valorización de la experiencia, lo cual representa la subjetividad, un factor relevante para la teoría del reconocimiento del Estado hacia personas

migrantes, materializado en un acceso efectivo a derechos sociales y todos los factores que agrupados y valorizados por las personas usuarias permite acercarnos a la precarización que se hace cuerpo en las trayectorias de cada persona.

Las entrevistas a personas migrantes que se atendieron o que están inscritas en centros públicos de Atención Primaria de salud, señalaban en sus relatos la experiencia institucional. Se desprendían distintos factores que, en suma, constituyen su asistencia a dichos establecimientos. De esto, la perspectiva utilizada desde la determinación social de la salud resultó ser útil, pertinente y coherente para el análisis y reflexión de las condiciones de vida y salud de personas migrantes. Es decir, en complemento con los resultados de investigaciones de Báltica Cabieses, Margarita Bernal y Ana María McIntyre en “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para las políticas públicas” (2017), destaca que el contexto donde se desenvuelven, las condiciones materiales y emocionales de vida; una situación vulnerable que hace a las personas migrantes más susceptibles para aceptar condiciones precarias. Es decir, estar sin papeles y en un aislamiento producto de la escasa red de apoyo, una sensación de marginalidad y exclusión e inseguridad producto de las condiciones del mercado laboral y de las políticas migratorias (Pajnik, 2012); en términos de bajos sueldos, ausencia de contratos, largas jornadas de trabajo y ausencia de seguridad social (Leiva 2012).

Considerando lo anterior, los determinantes sociales como género, condiciones laborales, condiciones económicas, condiciones de vivienda repercuten en que las personas estén expuestas a situaciones de vulnerabilidad y, por tanto, más propensos a enfermedades, accidentes, episodios de violencia, lo cual incide en mayor asistencia a centros de salud y demandan una mayor cobertura en esta materia. Por otro lado, los elevados costos para acceder a servicios privados de salud, las alternativas se acotan a preferir establecimientos públicos de salud.

CONCLUSIONES

El proceso migratorio y en particular su relación con salud devela una estrecha relación con su condición de vulnerabilidad social, que se manifiesta por medio de sus condiciones de vivienda, de trabajo y de educación; así como también de sus redes sociales y los espacios disponibles, y el acceso a servicios de salud. La evidencia disponible refleja que tanto las decisiones políticas de salud pública y los determinantes sociales tiene profundas consecuencias en la salud de la población migrante. Esta situación refleja la responsabilidad de quienes toman decisiones en políticas, grupos vulnerables y derechos humanos.

Esta situación muestra la construcción del sujeto migrante en Chile, representado en el acceso condicionado a los servicios públicos de Atención primera de salud, en sus dimensiones institucionales y las relaciones que se generan entre el personal de atención de pacientes y las personas migrantes en búsqueda de una atención médica. La indagación ejecutada desde estas aristas permite observar en la práctica la relación producida entre estatus migratorio, determinantes sociales y acceso a derechos sociales.

Los resultados indican que, si bien sistema de salud público chileno es excluyente por la disponibilidad limitada de atenciones, es un funcionamiento que afecta a toda la población residente. Sin embargo, la condición de migrante trae consigo otras barreras y condicionantes que obstaculizan el acceso a sus derechos. La racialización, ser un sujeto de sospecha y el marco jurídico y normativo vigente, precarizan la vida de las personas migrantes. En ese sentido, en referencia a la relación migración y acceso a derechos, particularmente el acceso a salud, refleja la complejidad del funcionamiento de las fronteras sociales y condicionantes normativos que determinan la experiencia de atención. Si bien, tal como se manifestó, el estatus migratorio es un factor que influye directamente en el goce de derechos, la condición de migrante se vuelve una constante. Diferentes relatos de quienes participaron del cuestionario, presentaban un estatus migratorio definitivo, trabajo estable y una trayectoria migratoria en Chile de más de una década, tenían que seguir lidiando con ser señalados, apuntados, tolerar gestos, tonalidades de voz del personal de ventanilla de los centros de salud.

Frente a esta a la realidad y dinámicas que acontecen en el campo señalado, destaca el rol del personal que trabaja por reducir las diferencias existentes. En ese sentido, la buena voluntad y el trabajo colaborativo local puede generar una diferencia sustantiva en el trato y calidad

de atención. Sin embargo, este desempeño refleja una débil institucionalidad y la presencia de un marco jurídico infralegal, por tanto, la vigencia de una denominada política del estado de ánimo manifiesta la condición precaria del sujeto migrante expresada en la vulnerabilidad del acceso a salud, la inestabilidad de la institucionalidad y la garantía de acceso dependa de la discrecionalidad del personal de turno, situación que genera en las personas asistentes incertidumbre e inseguridad.

En complemento, la normativa vigente carece de especificidad lo cual indica que no hay nada neutral por cómo se comprende el acceso a salud para personas migrantes. Particularmente con un evidente sesgo de género, reflejado en la regulación y fiscalización generalizada, invisibilizando las demandas y necesidades de mujeres. Se petrifican identidades al, por ejemplo, garantizar y especificar el acceso a salud tanto a niños, niñas y mujeres embarazadas. Esto refleja la ausencia de una perspectiva interseccional para abordar y ampliar otras historias y patologías psicosociales. Por tanto, se genera un sesgo al reconocer cierto tipo de necesidades; reflejando un reduccionismo de los problemas de cobertura de acceso a salud de la población migrante. Esto dentro de un marco legal patriarcal, construido y reproducido en una sociedad con costumbres culturales particulares, lo cual representa lo que es permitido y lo que no. En ese sentido, la vista amplia de procesos fundamentales para el desarrollo de las personas devela vulneraciones y coberturas precarias. Es decir, cuando en general está todo incluido, pero al no estar en detalle, dificulta la fiscalización y el seguimiento del acceso efectivo a derechos.

Con respecto a las coberturas generalizadas, se desprenden los desafíos culturales como diferencias de tradiciones, cosmovisiones y estilos de vida, entre otros, que se traducen en barreras de integración y por ende en barreras y desafíos en el acceso a sistemas y servicios de salud. En ese sentido, es relevante para la construcción de estrategias y políticas en salud, considerando los determinantes sociales y aplicar una perspectiva intercultural y participativa de la comunidad migrante. Con esto, fijar como horizonte la reducción de elementos que reproducen y profundizan desigualdades de acceso y ampliar la cobertura de problemas socio-epidemiológicos.

Chile se enfrenta hoy al gran desafío de repensar un sistema de salud que inclusivo para las nuevas comunidades que están llegando. Tanto los sistemas de salud como el personal

encargado de atención de personas se enfrentan hoy a nuevas comunidades, con necesidades en salud que pueden ser similares o diferentes a la población local. Por tanto, en la creación, diseño y reflexión de nuevas estrategias sería pertinente trabajar con representantes de las comunidades de migrantes del país.

El análisis del caso de Chile puede ilustrar la forma en que los principales Estados receptores de migrantes avanzan actualmente hacia la creación de condiciones para la institucionalización del estatus legal precario. Informar sobre las decisiones más importantes relativas a estas políticas, pero también con la voluntad de plasmar la realidad de las migraciones y la resistencia de los migrantes para superar a las estrategias de control y expulsión.

Los resultados expuestos y analizados en este documento, reflejan que la condición de migrante para personas que llegan a habitar Chile, significa iniciar una trayectoria que trae consigo obstáculos que repercuten en la calidad de vida de quienes deciden habitar este país. Principalmente, en el acceso a derechos sociales básicos.

Esta realidad apela a una construcción de la ciudadanía. Abrir la puerta a cambios negados. En ese sentido, una nueva constitución y elaborar una nueva ley migratoria puede repercutir en cómo se construye la vida y esto puede llevar a cambios que se traduzcan en mejoras y soluciones concretas a la precarización evidenciada, para que los derechos sociales y su acceso, sean garantizados. Hoy se dice que son para todas las personas, que aparentan neutralidad, pero no se aplica en práctica ni en plenitud.

BIBLIOGRAFÍA.

- Thayer, L. E. & Durán, C. (2015). Gobierno local y migrantes frente a frente: nudos críticos y políticas para el reconocimiento. Revista del clud Reforma y Democracia
- Sassen, S. (2010). Territorio, autoridad y derechos. De los ensamblajes medievales a los ensamblajes globales. Buenos Aires: Katz.
- CEPAL. (2006). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo. Santiago de Chile: Publicación de la Organización de las Naciones Unidas.
- Contreras, D., & Ruiz Tagle, J. (2012). Migración y mercado laboral en Chile. Santiago de Chile: Departamento de Economía y Microdatos de la Universidad de Chile.
- Extranjería. (Diciembre de 2017). extranjeria.gob.cl. Obtenido de http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/01/Libro_La_migracion_internacional-115-145.pdf
- Liberona, N. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público chileno. Somos Americanos.
- OEA. (2011). Migración internacional en las américas. Washington, D.C: OCDE - CEPAL.
- OIM. (2019). Informe sobre las migraciones en el mundo 2013. Ginebra, Suiza.
- Thayer, E. (2011). Trabajo y género: La condición social de inmigrante cp,p referente para la definición de la identidad. En C. Stefoni, Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano

de obra o trabajadoras con derecho? (págs. 73-108). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

- Tijoux, M. E. (2011). Negrando al 'otro': el constante sufrimiento de los inmigrantes peruanos en Chile. En C. Stefoni, Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derecho? Santiago de Chile: Ed. Universidad Alberto Hurtado.
- Stefoni, C. (2005). Inmigrantes Transnacionales. La formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. En U. Berg, & K. Paerregaard, El quinto suyo. Transnacionalidad y formación diaspórica en la migración peruana. (págs. 261-289). Lima: Instituto de estudios peruanos.
- Stefoni, C. (2007). Inmigrantes en Chile. Una integración diferenciada al mercado laboral.
- Simmel, G. (2012). El Extranjero. sociología del extraño. Madrid: Ed. Sequitur
- Instituto Nacional de Estadísticas (ine). (2017). Censo de población y vivienda. Santiago de Chile: ine
- Foucault, M. (1975) Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión. México: S. XXI, 2005.
- Hernández, R. (2013). La positividad del poder: la normalización y la norma. En Teoría y crítica de la psicología. Morelia de México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- UDP. (2019). Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile: Centro de Derechos Humanos UDP.
- Comisión Nacional de Productividad. (2018). Informe anual 2018. Santiago de Chile: Comisión nacional de productividad.
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflicto interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. En Revista de Ciencias Sociales N° 28. Tarapacá, Chile: Universidad Arturo Prat.
- Stefoni, Carolina 2005 "Migración en Chile". En: Colección IDEAS Noviembre AÑO 6 N° 59

- Martínez, J.; Cano, M. y Contrucci, M. 2009 “Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio”. En: Serie población y desarrollo, CEPAL, Naciones Unidas; Santiago de Chile.
- Balibar, Étienne y Wallerstein, Immanuel 1998 “Race, nation, clase”. La Découverte; París, Francia
- Velasco, J. (2012). El azar de las fronteras. Santiago de Chile: Fondo económico.
- Bourdieu, p. (2003). Las estrategias de la reproducción social. Santiago de Chile: Siglo XXI.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2007). Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia”.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Ginebra, 25 de abril del 2000.
- Thayer, E. (2019). La política migratoria en Chile en la disputa por los derechos humanos. En migraciones. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Lages, R. (2019). Migración internacional y derecho: una reflexión en clave de derechos humanos. En migraciones. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- MINSAL (2014). Política de salud de migrantes internacionales. Superintendencia de salud y Fonasa.
- I. Municipalidad de Santiago (2018). Plan de Salud 2018 – 2021.
- I. Municipalidad de Santiago (2016). Plan de atención inicial integral de salud de migrantes internacionales. Programa de Estudios Sociales en Salud.
- Stefoni, C y Brito, S. (2019). Chile: un destino más en el mapa migratorio intraregional. En migración en Chile. Santiago de Chile: SJM
- Cabieses, B. (2019). Salud y migración: un proceso complejo y multidimensional. En migración en Chile: Santiago de Chile: SJM.
- Thayer, E. (2019). Causas y consecuencias de la irregularidad migratoria. En migración en Chile. Santiago de Chile: SJM.
- Mezzadra, S (2012). Capitalismo, migraciones y luchas sociales. La mirada de la autonomía. En revista Nueva Sociedad N° 237.