



# CONSECUENCIAS DEL ORDEN ESTRUCTURANTE DE LAS RELACIONES INTERÉTNICAS: BARRERAS EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES Y SUS FAMILIAS EN TARAPACÁ

## CONSEQUENCES OF THE STRUCTURING ORDER OF INTERETHNIC RELATIONS: BARRIERS TO HEALTHCARE ACCESS FOR MIGRANT WOMEN AND THEIR FAMILIES IN TARAPACÁ

Nanette Liberona Concha<sup>1</sup>, Carlos Piñones-Rivera<sup>2</sup> y Camila Álvarez Torres<sup>3</sup>

La migración internacional y la movilidad transfronteriza son características históricas de la Región de Tarapacá. Sin embargo, con el aumento de la inmigración a nivel nacional en los últimos 20 años, la temática ha tomado relevancia, especialmente en los servicios públicos como salud. El objetivo del texto es indagar acerca de cómo las relaciones interétnicas producen obstáculos en el acceso a la atención de migrantes en el Servicio de Salud Iquique. Estos obstáculos son puestos de relieve a través de la voz de usuarias migrantes entrevistadas. Asimismo, mediante una etnografía se analizan los discursos de funcionarias/os técnico-administrativas/os y profesionales de la salud sobre las políticas de acceso a la salud de esta población. La principal conclusión es que la construcción de diferencia cultural y la producción de etnicidad generan barreras en el acceso a la atención de salud, privando de este derecho a mujeres migrantes y sus familias.

**Palabras claves:** mujeres migrantes, acceso a la atención de salud, relaciones interétnicas, política de salud y migración.

*International migration and cross-border mobility are historical characteristics of the Tarapacá region. However, with increasing immigration in Chile over the last 20 years, the issue has become a prominent one, especially in public services such as health. The text's objective is to explore how interethnic relations produce obstacles to healthcare access for migrants in the Health Service of Iquique. Using ethnography, we analyze the discourse of technical-administrative officials and health professionals on the policies of access to healthcare for the migrant population. Our main conclusion is that the construction of cultural differences and emphasis on ethnicity creates barriers to healthcare access, violating the right to health for migrant women and their families.*

**Key words:** Migrant women, healthcare access, interethnic relations, health, and migration policy.

El aumento sostenido de la inmigración en Chile los últimos 20 años ha conducido a que la temática se presente como un problema nacional, debido a una gestión migratoria basada, hasta el año 2021, en una obsoleta legislación (Bassa Mercado y Torres Villarrubia 2015; Díaz Tolosa 2016; Stefoni 2011a), reemplazada por una Ley de Migraciones y Extranjería restrictiva (Vázquez et al. 2021). A esto se suma la concentración de inmigrantes en ciertas regiones, ciudades y zonas del país. La Región de Tarapacá, en el extremo norte, es la primera en cuanto a concentración, al alcanzar un 17% del total de la población regional en 2019 (Servicio Jesuita

a Migrantes [SJM] 2020). Esto significa una mayor visibilización del fenómeno, especialmente en los servicios públicos.

En este contexto, surge el interés por conocer de qué modo la sociedad de acogida y sus instituciones se hacen cargo de estos “nuevos usuarios” o “sujetos de derecho” de los servicios públicos. Para eso, se abordó la problemática en el Servicio de Salud Iquique (SSI), donde concretamente se incursionó en las relaciones interétnicas, entendiendo el estudio de estas relaciones como el análisis de la producción social de la diferencia étnica y cultural y de los procesos sociohistóricos en los cuales se enraízan

<sup>1</sup> Departamento de Antropología, Universidad de Tarapacá, Iquique, Chile. nliberonac@gmail.com

<sup>2</sup> Escuela de Psicología y Filosofía, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile. carlospinonesrivera@gmail.com

<sup>3</sup> Instituto de Estudios Internacionales INTE-UNAP, Iquique, Chile. camilalvarez.to@gmail.com

Recibido: agosto 2020. Aceptado: noviembre 2022.

los conflictos y las relaciones de dominación entre los grupos. Por tanto, se analiza cómo se refuerzan las fronteras sociales -entendidas como los límites que permiten identificar a los grupos étnicos en contacto (Barth 1976; Poutignat y Poutignat 1995). Estas fronteras son producidas y reproducidas por sus actores en el marco de interacciones sociales, siendo objeto de manipulaciones por parte de los mismos (De Rudder et al. 2010). La teoría interaccionista de las relaciones interétnicas (Barth) se complementa con la propuesta de Wallerstein, para quien la etnicidad es el reflejo de antagonismos económicos; es decir, que las fronteras que se erigen en la interacción entre grupos diferenciados son establecidas por las posiciones sociales que ubican a unos y otros en distintos estratos sociales. Una vez construida socialmente la diferencia, nos encontramos con un sistema teórico-político que la reconoce y la valora, generando políticas públicas basadas en lo que se ha llamado el “multiculturalismo neoliberal” (Piñones Rivera et al. 2017).

A través de este marco, se buscó conocer cómo abordan la temática migratoria y las políticas de acceso a la salud de usuarios inmigrantes los/as funcionarios/as técnico-administrativos/as del SSI. Las mujeres gestantes aparecieron como principal foco de interés en sus discursos, respondiendo a la política de salud y migración que igualmente se enfoca en esta población, así como en menores de 18 años. Por este motivo, optamos por dar cabida igualmente a las voces de usuarias migrantes en procesos de atención de gestación-parto-puerperio, que nos hablan de barreras en el acceso, como la exigencia del pago de las atenciones o la negación de estas por la condición migratoria irregular.

Desde una mirada antropológica, las preguntas guías son: ¿De qué manera la producción de diferencia étnica y cultural mantiene barreras de acceso y atención en salud de la población migrante, a pesar de que desde el año 2003 se han establecido mecanismos para derribarlas? ¿Cuál es el rol del enfoque de derechos en la reproducción de fronteras sociales, cuando encontramos una valorización de la diferencia en la política de salud y migración?

Este manuscrito se organiza, primeramente, con algunos antecedentes teóricos y empíricos que sitúan la investigación tanto en el campo de los estudios migratorios y fronterizos como en el de la salud de esta población. Segundo, se describen los materiales y métodos utilizados en el trabajo de campo. Tercero, se presentan las políticas de acceso a la salud de la

población inmigrante, para evidenciar qué derechos le reconoce el Estado de Chile. A continuación, se describe una “etnografía de la administración del derecho a la salud”, que comprende tres apartados analíticos: La producción social de la diferencia cultural; Etnicización de las barreras en el acceso a la atención en salud, y El neoliberalismo como proceso sociohistórico de contexto. Para finalizar, se concluye señalando las consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas.

### Antecedentes Teóricos y Empíricos

¿Por qué “nuevos usuarios”? Esta definición si bien es la manera como los/as funcionarios/as de salud se refirieron a los/as usuarios/as inmigrantes en otro trabajo (Liberona y Mansilla 2017), se relaciona a la idea ampliamente difundida en los estudios migratorios en Chile, que plantea la llegada de inmigrantes sudamericanos al país, a partir de los años noventa, como una “nueva migración” (Araujo et al. 2002; Cano et al. 2009; Martínez 2003; Núñez y Stefoni 2004; Solimano y Tokman 2006; Stefoni 2003, 2005; Tijoux 2002). Pero, tomando en consideración los constantes flujos de población en la región estudiada, desde la anexión de Tarapacá al territorio chileno (en 1883, con el Tratado de Ancón), la idea de “nueva migración” no calza. Los estudios en Tarapacá han demostrado que la migración internacional y la movilidad fronteriza han estado presentes desde la formación administrativa de la región. El auge de la industria del salitre atrajo a trabajadores de diversas partes del mundo, pero Gavilán y Tapia (Gavilán y Tapia Ladino 2006:9) indican que según el censo de finales del siglo XIX y principios del XX, 86% correspondía a sudamericanos y la proporción de extranjeros de origen fronterizo era preponderante (peruanos y bolivianos). Esta realidad se mantiene actualmente en la región (Instituto Nacional de Estadísticas, INE 2018), motivo por el cual esta investigación pretende enriquecer la literatura sobre movilidad y migración transfronteriza en el norte de Chile, la que ha visto un aumento considerable (Gavilán 2019; Leiva y Ross Orellana 2016; Leiva et al. 2017; Guizardi y Garcés 2013; Tapia Ladino 2012, 2014, 2015; Tapia Ladino y Ramos Rodríguez 2013; Valdebenito 2017).

La mayoría de los estudios sobre salud y migración se sitúan en la Región Metropolitana y sobre todo en el grupo de nacionalidad peruana. Estos se han abocado a demostrar las problemáticas emergentes,

tales como la vulneración de derechos, especialmente en el caso de los inmigrantes “en situación irregular” (Cortez 2007; Stefoni 2005); la importancia de la salud sexual y reproductiva (Cortez et al. 2010; Núñez y Torres 2007), las prácticas discriminatorias hacia los inmigrantes en las atenciones de salud y salud mental (Lahoz Ubacha y Forns Santacana 2016; Liberona 2012), así como las relaciones de poder entre los funcionarios de la salud y la población migrante (Liberona 2015). Desde un enfoque más epidemiológico, se ha indagado en la migración como determinante social de la salud (Cabieses et al. 2016) y, más recientemente, se han comenzado a cuestionar las barreras estructurales del acceso a la salud (Liberona y Mansilla 2017; Liberona y Piñones Rivera 2019), así como los itinerarios terapéuticos transfronterizos (Piñones Rivera y Liberona 2018).

A nivel local, hay una escasa producción científica al respecto, no obstante, informes técnicos dan cuenta de que las prestaciones de salud dirigidas a inmigrantes en la Región de Tarapacá son principalmente en el área obstétrica y ginecológica (Liberona y Piñones Rivera 2019; Mesa Técnica Específica Infancia Migrante 2014). En estos, además, se expresa que las dificultades de acceso a la salud se relacionan con la situación laboral y migratoria de las familias, quedando al margen de cotizar en los sistemas previsionales (FONASA o ISAPRES<sup>1</sup>), lo que supedita la atención al pago de la misma (Marín 2014).

### **Materiales y Métodos**

Esta investigación se realizó en la Región de Tarapacá, Chile, en la ciudad de Iquique y el trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital Regional y en los centros de atención primaria CESFAM Videla y CESFAM Sur. También se participó en la firma de un convenio entre FONASA y la Congregación religiosa del Buen Pastor, cuya casa de acogida para mujeres migrantes serviría como punto informativo para acceder a esta previsión. La información fue recopilada a través de una etnografía basada en observación participante y entrevistas semiestructuradas, realizadas entre los años 2015 y 2016. Esta opción metodológica responde a la necesidad de comprender el orden estructurante de las relaciones interétnicas al interior del servicio de salud, de manera prolongada, en comunicaciones informales y formales, y en la práctica de la administración del derecho a la salud de la población migrante. Si bien la etnografía ha sido utilizada como metodología

para estudiar la salud de los/as migrantes en Chile, aquí el foco estuvo puesto en los discursos de los/as funcionarios/as técnico-administrativos/as y profesionales de la salud sobre las políticas de acceso a la salud de la población migrante y sus efectos en las prácticas.

Para contextualizar, se estudiaron las políticas de salud y migración, a partir de una revisión de las normativas y de la asistencia a capacitaciones y talleres de difusión, en tanto observadores, tomando “notas de campo” de comentarios, preguntas y respuestas. Para recopilar los discursos, se consultó a la referente de salud migrante del SSI, cuáles eran las áreas en las que sería importante entrevistar. De esta manera, se nos dio acceso al área denominada “Ciclo Vital del Niño” y del Sistema Chile Crece Contigo (CHCC)<sup>2</sup> del SSI, que otorga atenciones de maternidad, puerperio, psicosocial y social. Se participó en encuentros y reuniones en el SSI, así como en mesas de trabajo organizadas por el Gobierno Provincial de Iquique y del Tamarugal. A cambio, se apoyó en capacitaciones dirigidas a funcionarios/as.

Se realizaron entrevistas a cinco actores claves del ámbito institucional de la salud pública local y a dos dirigentes inmigrantes, una del centro Social y Cultural República del Ecuador y otra de la asociación Embajadores de Colombia. Posteriormente, se realizaron cuatro entrevistas a profesionales de la salud: una matrona y una trabajadora social del equipo del programa CHCC del hospital, la enfermera jefa del SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico) del hospital y una entrevista grupal a cinco trabajadoras sociales del CESFAM Sur.

Para contrastar la información, se realizaron 10 entrevistas a inmigrantes, de las cuales se tomaron tres para ilustrar experiencias conflictivas en el acceso a la atención en salud de mujeres en procesos de gestación-parto-puerperio y/o de sus hijos/as. En el diseño de la investigación no diferenciamos ningún tipo de nacionalidad a entrevistar, no obstante, la población boliviana representó más enfáticamente el conflicto interétnico en salud.

Cada una de las personas entrevistadas autorizó su participación en la investigación mediante su firma, lo que fue validado por el Comité de Ética de la Universidad Arturo Prat. Una vez transcritas las entrevistas, se categorizó la información con ayuda del software multimedial de material cualitativo NVIVO. Finalmente, se realizó una vinculación de los hallazgos con los elementos teóricos y con los datos provenientes de fuentes secundarias (bibliografía,

estudios e informes), de esta manera se llevó a cabo el análisis interpretativo aquí expuesto.

### **Análisis de Resultados y Discusión**

#### **Políticas chilenas en materia de salud y migración**

A pesar de existir un marco legislativo migratorio restrictivo (Ley 21.325), las familias migrantes tienen derechos en salud. El Estado chileno, al adherir a convenciones internacionales y firmar acuerdos con otros Estados, ha debido realizar esfuerzos interministeriales por mejorar las políticas públicas dirigidas a esta población. Un repaso por los principales avances incluye los siguientes hitos:

En 2003 tiene lugar el Oficio Circular N° 6232, que instruye sobre la atención en Salud Primaria de mujeres gestantes en situación irregular, con el fin de otorgar protección desde la gestación.

El año 2005 Chile ratifica la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

Esto conllevó a que, en 2007, la Subsecretaría de Redes Asistenciales elaborara el Ordinario N° 2284 que manifiesta el derecho a la salud para extranjeros/as y refugiados/as con situación regularizada, en igualdad de condiciones que los/as nacionales. Estipula, además, el derecho a inscribirse en FONASA en el caso de los/as inmigrantes regularizados/as y el derecho de los/as irregulares a atención en servicios de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los servicios de salud, o a optar por la atención privada.

Ese mismo año, los ministerios del Interior y de Salud realizaron un convenio de colaboración que explicita la decisión gubernamental de otorgar atención en salud particularmente a los/as menores de 18 años extranjeros/as, cualquiera sea su situación administrativa, la de sus padres, tutores o representantes legales. Señala que la inscripción de los/as niños, niñas y adolescentes en un establecimiento de salud permitirá solicitar un permiso de permanencia temporaria.

El 2008 se emite la resolución exenta que formaliza la constitución del equipo asesor en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud (MINSAL) y se publica el Instructivo Presidencial N° 9 sobre la nueva política migratoria, dirigido a los distintos órganos de la administración del Estado. Chile se declara "País de acogida".

Basado en lo anterior, en junio de 2009, se emite el Ordinario N° 2551 que instruye sobre la mantención

de los beneficios en salud en caso de vencimiento de cédula de identidad a los/as inmigrantes inscritos/as en FONASA y con permiso de residencia en trámite.

En 2014, FONASA y el Ministerio del Interior establecen un convenio de colaboración que busca reducir los tiempos de espera para la atención en salud mientras se tramita la visa.

En 2015, el MINSAL emite claras instrucciones en la Circular A 15 N° 6 sobre atención de salud de personas inmigrantes, orientando a los equipos de salud a desligar la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, reconociendo que esto ha operado como barrera de acceso, para que los derechos asegurados "se puedan ejercer en los casos de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia". Esta circular tiene la particularidad de señalar los casos en que se brindarán atenciones y prestaciones de salud a inmigrantes que carezcan de recursos, y estos son: (1) Mujeres durante el embarazo, el parto y posparto hasta los 12 meses desde este; (2) Niños hasta los 18 años de edad; (3) Casos de urgencia médica; (4) Prestaciones de salud pública.

Al año siguiente, el Decreto N° 67 del Ministerio de Salud, publicado en el *Diario Oficial* el 10 de marzo de 2016, modifica el decreto de calificación de derechos de las personas migrantes sin permiso oficial de residencia, en el que se incorpora la causal de carencia de recursos. El procedimiento de acreditación para inmigrantes sin residencia está contenido en la Resolución Exenta N° 1439 de 28 de marzo de 2016 de FONASA.

Por último, lo más reciente en la materia es la Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, firmada el 2017, cuyo propósito es "contribuir al máximo estado en salud de los migrantes internacionales con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos" (Ministerio de Salud 2017:535).

Esta serie de iniciativas ha tenido como una de las principales preocupaciones otorgar atención en salud desde la gestación, concediendo derechos a las mujeres gestantes en situación irregular. Asimismo, y desde sus inicios, en la primera década de los dos mil, se otorga el derecho a atención en servicios de urgencia a las personas en situación administrativa irregular. Sin embargo, se hizo necesario en 2015 elaborar una circular que indicara expresamente que se debía desligar la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia para evitar la reiteración de los problemas de acceso.

En el transcurso de los años, se fueron sumando iniciativas, pues en la práctica estos problemas no estaban siendo resueltos, como la modificación del Decreto de Calificación de Derechos de FONASA, en el que la causal de carencia de recursos se presume como consecuencia de la irregularidad administrativa, entendida como determinante social de la salud. Por último, se firma la Política de Salud dirigida a la población migrante. Con lo anterior el Estado viene a formalizar de la manera más institucional posible los derechos de esta población.

### **Etnografía de la administración del derecho a la salud**

La etnografía tuvo lugar en las oficinas y/o salas de reuniones del SSI, de los centros de salud primaria, del hospital, en charlas, capacitaciones y talleres en los que los/as funcionarios/as de salud eran convocados/as. ¿Con qué objetivo? Conocer cómo ellos/as abordan la temática migratoria y las políticas de acceso a la salud de usuarios/as inmigrantes.

Las reuniones señaladas se enmarcan en un contexto de auge de la temática migratoria en la macrozona norte del país, donde se concentra una importante población inmigrante. Los equipos de salud manifiestan constantemente su preocupación por la alta presencia de inmigrantes “irregulares”. En 2015, se implementó un convenio entre el Ministerio de Salud y la Corporación Municipal de Salud de Iquique para realizar un diagnóstico y un protocolo de atención a población migrante usuaria, basado en lineamientos del Instructivo Presidencial N° 9, el cual llama a considerar al “migrante como un ser humano más”. Dentro de los objetivos, se contempló trabajar en la difusión de la normativa que mejora el acceso a la salud de los migrantes, tanto entre sus líderes como entre los equipos de salud. Iniciativas paralelas surgen el año 2015. A partir de un proyecto de la Gobernación de Iquique, se buscó capacitar a líderes en acceso a la salud; el Ministerio de Salud, por su parte, capacitó a sus funcionarios/as, en extensas jornadas de sensibilización y difusión de la normativa. Asimismo, el año 2016 se trabajó en un módulo virtual de capacitación sobre salud y migración dirigida a los directivos del hospital regional (Uvirtual.cl). Otras instituciones públicas (Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio de Justicia, Servicio Nacional de Menores) y proyectos de intervención (Fondo IDEA del Fondo de Solidaridad e Inversión Social) realizaron seminarios y talleres dirigidos a

funcionarios/as públicos e interventores, donde se presentó la normativa. En suma, por todas partes, los/as funcionarios/as públicos, y en particular los de salud, recibieron información sobre las políticas de salud y migración.

Al analizar los discursos de los/as funcionarios/as constatamos que, en cuanto al ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes (NNA), estos no identifican problemas. Sin embargo, al escuchar a las familias migrantes, observamos que no se consideran las dificultades que presenta la regularización migratoria impuesta por el marco legislativo vigente, como en el caso de una mujer colombiana y su hijo, quien fue inscrito en el Registro Civil en 2014 como “hijo de extranjero transeúnte”. El siguiente relato es una síntesis de una entrevista realizada a la madre en 2015.

El certificado de nacimiento del niño indicaba la inexistencia de nacionalidad, lo que significó que, al año y medio de vida, cuando debían hacerle una intervención quirúrgica que consideraba un traslado en avión desde Iquique a Santiago, esta no pudo hacerse efectiva, ya que requería una cédula de identidad chilena para viajar. Su historia se remonta al momento de la gestación, cuando la madre es víctima de una negligencia médica. Estando hospitalizada con un embarazo de riesgo, un médico suspende su tratamiento de antibióticos por un día, provocando una infección que induce a un parto prematuro. El niño se encontraba infectado y con varias perforaciones en su intestino. Al permanecer interna la madre, la inscripción del recién nacido la hace el padre, quien no tenía regularizados sus documentos. Esto trajo como consecuencia que el niño obtuviera el estatus de “apátrida”. Si bien -siguiendo el relato de la madre- el hospital regional cumplió con los protocolos de atención, la vulneración del derecho a la salud se dio al momento de necesitar una intervención mayor, que no pudo realizarse con la urgencia requerida, deteriorando el estado de salud del niño. El problema del traslado a Santiago demostró que el acceso a la salud se interrelaciona y depende del marco legislativo migratorio; en este caso, la inscripción como “hijo de extranjero transeúnte” implicó que el niño no tuviera cédula de identidad, lo que le impidió viajar para realizar la intervención que no era posible en el hospital regional.

Esta experiencia da cuenta de que sí existen problemas en el ejercicio del derecho a la salud de NNA migrantes, contrariamente a lo señalado en los discursos de los/as funcionarios/as. Asimismo,

la última parte del relato ilustra un tipo de violencia hacia niños y niñas nacidas en Chile de madres y padres migrantes en situación irregular, así como también de las carencias de la salud pública en zonas fronterizas, alejadas de la capital (Liberona et al. 2017).

### *La producción social de la diferencia cultural*

Podríamos catalogar el contexto en el que se realizó la etnografía como un periodo en el que los/as funcionarios/as recibieron mucha información, por medio de capacitaciones, charlas y otras actividades respecto al tema migrante. Lo llamativo fue que, en sus discursos, aparecían frecuentemente frases que daban cuenta de un conflicto interétnico latente, basado en supuestas diferencias, producidas por la naturalización de la cultura de origen, pero también en un sentimiento de injusticia, al reconocer a los/as usuarios/as migrantes como carga económica para el Sistema Público de Salud (SPS). Ambas dimensiones ya eran conocidas, sin embargo, el discurso del enfoque de derechos abrió una interrogante.

Durante nuestra participación como observadores en una de las reuniones realizada en el SSI, una profesional del hospital comenta: “En otros países no es tan fácil para los migrantes, ¿por qué [aquí] tenemos que atenderlos?”. Asimismo, en una entrevista realizada con el equipo pluridisciplinario del programa CHCC, la matrona y la trabajadora social plantean que “se les da preferencia a los extranjeros”; es decir, que el acceso a la salud de esta población sería prioritario y que, a pesar de ello, las inmigrantes no cumplen el deber de regularizar su situación administrativa: “Tienen muchas ventajas y no se regularizan”. En otra reunión, las funcionarias presentes lamentan que la normativa llama a que se les dé un “trato igualitario”, pero que en la práctica los/as migrantes tienen mayores posibilidades.

La medida que incorpora la causal “carentes de recursos” (Decreto N° 67) es percibida como negativa, porque generaría un efecto llamada, tal como lo señala el equipo del programa CHCC: “Con lo del artículo 110 sobre carentes de recursos, va a haber un aumento” (entrevista, 13 de abril de 2016). En la misma entrevista indagamos respecto al tema de los partos, e inmediatamente la trabajadora social abrió sus registros informando que hubo 267 nacimientos en marzo de 2016 (de 264 usuarias, tres gemelares), de los cuales 95 fueron partos de usuarias extranjeras (35,9%) y de esas, 30 estaban en situación irregular

(11%). De las extranjeras, 62 son bolivianas (65%), 27 peruanas (28%), dos ecuatorianas, dos dominicanas y dos colombianas (2% c/u). Luego agregaron: “Antes eran más peruanas y ahora más bolivianas”, y enseguida manifestaron: “Ahora hay más chipe libre”<sup>3</sup>, dando cuenta de que este nuevo escenario se comprende como una laxitud del sistema.

Existe un sentimiento de injusticia cruzado por “lo nacional”, tal como se expresa en la siguiente frase que apela a la colectividad de usuarios/as de origen chileno: “También queda la duda y el cuestionamiento de los chilenos. La gente chilena también demuestra su descontento. No tiene los mismos beneficios” (entrevista equipo CHCC, 13 de abril de 2016). Se trata de un sentimiento de amenaza, generado por una demanda que es entendida como “nueva”, que altera el funcionamiento del servicio público y que se enfoca en la injusticia que implica el no pago de las atenciones cuando los pacientes pueden ingresar como carentes de recurso. La experiencia de una mujer ecuatoriana sirve para entender lo que sucede en la práctica.

Ella se encuentra desde 2012 en el país en situación irregular, junto a su esposo y sus dos hijas. Al momento de la entrevista, tiene ocho meses de embarazo y desconoce el sexo de su bebé, porque no tiene 40 mil pesos (aprox. 60 USD) para pagar la ecografía que no se hace en el sistema público. El sistema público solo financia dos ecografías, hasta la semana 20 de gestación. Su principal aprehensión es el cobro por el parto, pues le anunciaron que debería pagar 1.500.000 de pesos (aprox. 2180 USD). En el marco del convenio entre FONASA y la Congregación del Buen Pastor, logró inscribirse en el sistema previsional como carente de recursos, sin embargo, en una urgencia decide ir al hospital, donde no aparece registrada aún y es obligada a pagar por la atención 80 mil pesos (aprox. 117 USD). En la desesperación su marido juntó el dinero solicitado. Ella nos expresó que se sentía asustada, que no tenía dinero y que mantenía un temor permanente ante un posible cobro del parto, a pesar de contar con un número de identificación provisorio de FONASA (entrevista G.G., 4 de mayo de 2016).

Esta experiencia permite constatar que las barreras se vinculan con problemas de coordinación entre las distintas instituciones de salud y a la vez con el incumplimiento de la normativa por parte del hospital respecto al acceso de gestantes.

En reiteradas ocasiones apareció la justificación: “Es parte del enfoque de derechos”, por tanto, hay

que recibir a esta población y atenderla. Si bien plantean encontrarse frente a un problema, se trataría de un problema inevitable: “No van a dejar de venir, así que lo asumimos” (entrevista funcionario SSI, 22 de enero de 2016). Estas frases hicieron surgir una interrogante, pues el discurso de los derechos es inmediatamente acompañado de un juicio hacia esta población, en especial hacia las madres. Lo anterior se pudo apreciar en la entrevista al equipo del programa CHCC, al referirse a la crianza: “Tienen una crianza más desprendida”; irregularidad en los controles prenatales: “mal controladas, con un solo control”; y su manera de relacionarse con el servicio: “conductas negligentes, la mayoría”. De esta manera, las entrevistadas hacen una diferenciación entre las madres chilenas y extranjeras. La idea de que las extranjeras no son buenas madres quedó más claramente establecida al momento de hablar de prioridades, “tienen que hacer sus cosas y dejan sus niños ahí”; así como al momento de referirse a ellas como personas que no entienden lo que se les indica, “las mamás no cachan una (extranjeras y bolivianas, sobre todo)”, por lo tanto, se infiere falta de educación, “como que no hay una educación de priorizar lo que es más importante”. Esto disgusta particularmente, porque como equipo consideran que realizan un esfuerzo informando y educándolas y ellas no tienen la voluntad de cambiar sus malas conductas, por ejemplo, regularizar su situación migratoria. “Población que fue orientada y educada, repiten las conductas” (entrevista 13 de abril de 2016). Al parecer, los derechos solo son válidos si se acompañan de deberes.

Además, se evidencia una jerarquización de los grupos inmigrantes de acuerdo a la nacionalidad, demostrando mayor rechazo hacia la población boliviana. Es interesante señalar que este rechazo es histórico en la región, como señala Fernández en un estudio sobre la violencia discursiva de la época del salitre: “Las referencias de prensa obrera constantemente nos hablan de ‘epidemias de indios bolivianos’” (Fernández 2018:298). Otro tema en el que aparece un discurso alterizante es el de la protección de la salud pública por razones epidemiológicas: “Hay que proteger a nuestra población de enfermedades ya erradicadas” (entrevista funcionario SSI, 22 de enero de 2016). De esta manera, el personal de salud se apropia del enfoque de derechos que están obligados a asumir, asociando el acceso a la salud de los inmigrantes con la protección de la población nacional.

Mediante estos discursos se puede dilucidar cómo se construye la diferencia étnica y cultural que representan las mujeres migrantes en el SPS. Uno de los paradigmas de la etnicidad es la construcción de grupos étnicos basados en una “atribución categórica” (Poutignat y Streiff-Fénart 1995), la que refleja el poder del grupo mayoritario o dominante de nombrar al grupo minoritario o subordinado, con el fin de instalar jerarquías sociales. Esto es lo que sucede en el SPS cuando se nombran “nuevos usuarios”. Con esto, no nos referimos solamente a la jerarquización económica, sino a la idea de la lógica de la inferiorización que, junto con la de la diferenciación, constituyen según Wiewiorka las lógicas propias del racismo (Wiewiorka 1994).

Asimismo, se produce una clasificación social, que para algunos autores es un proceso de racialización (Tijoux y Palominos 2015) y para otros de etnicización; en el caso estudiado, parece más justo referirse al segundo. La etnicización según De Rudder et al. (2010) es el poder de denominación y de categorización de un grupo socialmente definido por su origen real o supuesto (nacionalidad, pueblo) y de la cultura a la que adscribe o que le imputan. En este caso, el proceso se efectúa mediante estadísticas, estereotipos y se ha realizado históricamente, cumpliendo el objetivo de diferenciar a mestizos o criollos e indígenas. El foco está puesto en las bolivianas que, de acuerdo a la historia regional y a los estudios fronterizos, son el grupo con el cual se ha dado una mayor intensidad de interacciones. Esto último induce a afirmar que es la mayor intensidad de interacciones la que produce estas fronteras simbólicas. Asimismo, este grupo nacional ha sido asociado permanentemente al origen indígena, el que desde la colonización es estigmatizado e inferiorizado (Walsh 2009). Finalmente, la pertenencia a un grupo nacional es asociada a la pertenencia a una “cultura”. Esto se suma al estrato social bajo que implica ser migrante y demandar una atención gratuita de salud.

De Rudder et al. (2010) introducen el concepto de etnismo, que junto al racismo se trataría de procesos de alterización. La/os autores explican que se habla de etnismo cuando la cultura del otro es presentada como un rasgo susceptible de cambio, y de racismo cuando además de referirse a la naturaleza biológica del otro, se esencializan o reifican rasgos culturales que se le atribuyen en tanto “segunda naturaleza” heredada intergeneracionalmente. Ambos procesos se expresan desde la hostilidad y el rechazo, no obstante, el etnismo separa al otro fuera del grupo (comunidad,

nación), salvo si se asimila y desaparece su diferencia. En cambio, el racismo “arroja al racializado a otro mundo no completamente humano” (De Rudder et al. 2010:82), no desea ni considera posible su conversión. La hostilidad y el rechazo que expresan los discursos analizados indican que, a pesar de que las conductas de las usuarias son consideradas inapropiadas, se espera una “conversión”, mediante la educación y el traspaso de información.

### *Etnicización de las barreras en el acceso a la atención en salud*

Una reunión denominada “Videoconferencia de Casos Complejos” (VCC) fue clave para tener acceso a información crucial. Se trataba de una reunión entre el equipo de salud local (compuesto por enfermeras, matronas y trabajadoras sociales) y expertas en el tema, del MINSAL, que se conectaron desde el nivel central (Santiago) para responder a las inquietudes del equipo. Entre otros puntos, se conversó sobre un caso complejo de atención obstétrica de una mujer boliviana en situación administrativa irregular y de la atención médica de sus hijos. Durante la videoconferencia, las funcionarias expresaron sus inquietudes y se pudo observar que se enjuiciaba fácilmente a esta paciente con frases como “No hacía mucho caso”; o bien, “Es un tema cultural, las bolivianas son muy reservadas”. Además, nos llamó la atención que cuando se mencionó la situación de hacinamiento en la que vivía la mujer, que convivía con 21 personas, esto causó risa.

Las representantes del MINSAL explicaron los convenios y decretos recientemente actualizados y la presunción de “carencia de recursos”, incluida en la modificación del decreto de calificación de derechos de FONASA. De sus respuestas, dos nos parecieron reveladoras del conflicto: “No debería haber una barrera administrativa a la atención en toda la red”; “Anteponer el tema del pago, eso no debería existir” (representante MINSAL, VCC, 11 de marzo de 2016).

Luego, el equipo de “cabecera” del CESFAM Sur presentó el caso, en el que el tema del “no pago” -o del cobro- de la atención es vinculado a la violencia obstétrica.

Se trata de una mujer boliviana que decide huir de la violencia física, sexual, económica y psicológica a la que la sometía su marido y cruza la frontera entre Bolivia y Chile en enero de 2016 con sus tres hijos (de 8, 7 y 3 años) y un embarazo de término.

Nueve días después acude al CESFAM Sur, donde es atendida y derivada al hospital por múltiples factores de riesgo. La mujer no puede asistir a la citación por diversas dificultades, pero días después tiene fuertes dolores -como contracciones- y acude a Urgencias de Maternidad del Hospital, donde se le niega la atención debido a su situación migratoria irregular. Le solicitan el pago como consulta privada y al no contar con dinero, se va. Días más tarde es atendida de urgencia en el CESFAM Sur, ocasión en que se coordina la ecografía directamente con una matrona del hospital. La ecografía revela una complicación, por lo que es hospitalizada de urgencia. Su hijo nace por cesárea y queda hospitalizado debido a diversas complicaciones. A los ocho días la mujer va al CESFAM por molestias en la herida. Al constatar problemas en la cicatrización, es derivada al hospital, donde nuevamente se le niega la atención por no contar con recursos para pagar la consulta. Desde el CESFAM coordinan con el equipo del CHCC para evitar el cobro de la atención en Urgencias de Maternidad. En esta ocasión le realizan curaciones, pero ella manifiesta haber recibido un trato inadecuado. Como no cicatrizaba la herida y seguía con molestias y dolores, vuelve a acudir al hospital, pero una vez más se rechaza su atención. Ante estas barreras decide curarse ella misma con alcohol y povidona, ya que dice no estar dispuesta a recibir más malos tratos.

Luego de presentar el caso, hubo una pausa en la videoconferencia y las participantes continuaron opinando. La reflexión se centró en la distancia que ellas veían entre los directivos de los establecimientos y el personal de salud. Así, una funcionaria dijo: “¿A ustedes no les pasa de repente que ven cierta resistencia de parte de los mismos equipos... que ‘por qué tenemos que darles esto’?... Ese es el discurso del directivo, que se lo traspasa al funcionario” (funcionaria hospital, VCC, 11 de marzo de 2016). Otra funcionaria manifiesta observar *posturas opuestas* entre los estamentos y señala que los equipos son presionados por sus jefaturas, quienes, a su vez, reciben lineamientos desde el nivel central, como lo estipulado en la videoconferencia por representantes del MINSAL. A pesar de esto, varias de las participantes atribuyen a los directivos las barreras al acceso, y en este sentido se lamentan: No hay directivos ni subdirectores en estas mesas, entonces ¿qué vamos a solucionar entre técnicos?” (funcionaria SSI, VCC, 11 de marzo de 2016).

También algunas de las funcionarias plantean una distinción entre los/as profesionales de la salud y



los/as funcionarios/as administrativos/as del SOME y de recaudación, manifestando que tendrían otro tipo de predisposición respecto a los/as usuarios/as inmigrantes. Otra funcionaria opina que los/as administrativos/as desconocen la normativa, al referirse a la negación de timbrar el alta de las mujeres púerperas y de los recién nacidos cuando no hay pago de por medio: “Por ingreso económico, tratan de retenerlos”; “Siempre la barrera es SOME, no timbran la hoja de egreso hospitalaria...” (funcionaria hospital regional, VCC, 11 de marzo de 2016). Como ejemplo de ello, exponemos lo que le ocurrió a una mujer ecuatoriana en el hospital: “¡Tuve a mi hija en una silla de ruedas y por eso me cobraron 800 mil pesos!” (1180 USD). Ella relata que, teniendo un embarazo a término se presenta en el hospital una mañana con fuertes contracciones. Al ingresar le piden su documentación, la que se encontraba en trámite, motivo por el cual le ponen trabas a la atención. Gracias a las súplicas de su madre, logra ser atendida por una enfermera que le dice que le faltan dos semanas y que tiene que volver a su casa. Por esta atención le cobran 48 mil pesos (70 USD), ya que no presenta la cédula de identidad chilena. Por la tarde, manifiesta dolores más intensos, pero no la dejan ingresar, una vez más por la falta de documentación. Ella lo expresa así: “No estaba la misma persona de la mañana, pero fueron los mismos problemas... la niña ya se me salía y me pedían que ingresara mis papeles”. Así fue que una persona se dio cuenta del estado en que se encontraba y trajo una silla de ruedas. La mujer cuenta: “Si no fuera por una enfermera que puso la mano, mi hija se cae al suelo”. Una vez nacida la niña y con el alta médica para irse a su casa, funcionarios del hospital no la dejaban salir del establecimiento sin antes pagar 300 mil pesos (436 USD) o que alguien se hiciera cargo de la deuda. “Me dejaron sentada en una silla hasta que pagara” (entrevista L.Z., 24 de marzo de 2015).

El equipo de trabajadoras sociales del CESFAM Sur relató que la principal barrera en el acceso es la vinculación del estatus migratorio irregular al no pago en la atención. Ellas manifiestan sus frustraciones cuando se impone esta barrera en el hospital a gestantes inmigrantes: “Lo que pasaba también, que cuando llegaban al hospital, los que cobraban decían: ‘Pero señora, por qué está usted en Chile. Si usted no tiene plata, vuelva a su país, señora’. ¿Y qué hacía? Se ponía una ropa grande y cruzaba la frontera” (entrevista grupal, CESFAM Sur, 5 de mayo de 2016).

Este tipo de rechazos a la atención ha provocado diversas formas de violencia, ante las cuales se hacen gestiones desde la atención primaria para facilitar la derivación e intentar menguar los problemas de acceso y atención:

Sí, nosotros tenemos un caso, bueno confidencial obviamente, en que ella perdió a su bebé porque viajó, porque de acá la rechazaron. Entonces, ella después de dos años volvió de nuevo a Chile embarazada y está con todos los miedos de nuevo. Entonces nosotros ahora le gestionamos el número y bajo todas las condiciones de que con el tema de que me trataron mal, de que me miraron mal y me gritaron también, entonces toda la violencia obstétrica que ocurre allá [en el hospital] también...” (entrevista grupal, CESFAM Sur, 5 de mayo de 2016).

En estos discursos se observa otro aspecto de los procesos sociales antes mencionados. Aquí el problema se centra en la negación de la atención en tanto orden que los directivos traspasan al personal o en tanto acto arbitrario de funcionarios/as administrativos/as. En ambos casos, quienes hablan imputan la negación de la atención a terceros. Asimismo, la controversia está entre el no pago de la atención por parte de las indocumentadas y el desconocimiento de la normativa y de los lineamientos del MINSAL, que otorga derecho a atenciones ginecoobstetras libres de pago.

Ambos elementos representan las formas en que se expresan las relaciones interétnicas, ya que estos discursos son hechos sociales que forman parte de la realidad que contribuyen a moldear (De Rudder et al. 2010). Los discursos sobre las interacciones se inscriben en el orden estructurante de las relaciones interétnicas y participan en la ineficacia de la política, porque resultan de la historia regional, nacional y colonial. Por tanto, el/la inmigrante sudamericano/a de apariencia indígena es rechazado/a, como lo ha sido históricamente (Walsh 2009). Pero De Rudder et al. (2010) afirman que las relaciones no son solo étnicas, sino también económicas y sociales. En ese sentido, el no pago representa la situación de vulnerabilidad económica en la que se encontraría la población inmigrante, posición social que es utilizada como identificación cultural (“no quieren aprender”). El no pago y la negación de la atención se presentan como manifestaciones de la etnicidad, en tanto reflejo de antagonismos económicos (Balibar

y Wallerstein 1988). Para Wallerstein, el concepto “etnicidad” es uno de los rasgos estructurales de la *economía-mundo capitalista*, junto a los conceptos de “raza” y de “nación”; cada uno de los cuales representa un aspecto de la repartición desigual de la fuerza del trabajo. En su análisis, la etnicidad representa la jerarquía ocupacional. Esto quiere decir que la posición económica y social subalterna de las migrantes es confrontada a la posición económica y social de los/as funcionarios/as administrativos/as que ven esta relación como una oportunidad de posicionamiento superior, por pertenecer al conjunto nacional. Esta posición privilegiada en la jerarquía permite una relación de dominación en la que la violencia obstétrica (Avaria 2018; Bellón Sánchez 2015; Castro y Erviti 2015; Faneite et al. 2012; OMS 2014; Sadler 2020; Sesia 2020; Sibrian 2021) hacia la persona subordinada también es posible.

Si bien el concepto de violencia obstétrica tiene su foco en la violencia de género como factor estructural, en los relatos presentados, el rechazo y el cobro de la atención son también expresiones de este tipo de violencia si consideramos la declaración de la OMS de 2014, titulada “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Esta señala que, en los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención como violencia obstétrica, entre otros, al “rechazo de la admisión en centros de salud [...] y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago” (OMS 2014:1). Asimismo, señala que esto ocurre de manera “más probable”, entre otras, en las mujeres “de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes” (OMS 2014:1).

Es pertinente asociar también la violencia obstétrica que relatan nuestras interlocutoras al sexismo y al racismo (o etnismo) que, siguiendo una vez más a Wallerstein (1988), son formas que recurren a la biología para definir las posiciones sociales, dando cuenta de un proceso de imposición social -desde la biomedicina- y dominación cultural -desde el patriarcado (Bellón Sánchez 2015).

#### *El neoliberalismo como proceso sociohistórico de contexto*

Durante la videoconferencia también se plantea que el tema no es solo una cuestión de trato, sino que un problema económico. Así lo expresó una

participante: “Yo creo que mientras los directivos, ¿ya?, de alto nivel, no digan ‘ya, nos vamos a reunir porque está pasando esto’... no va a pasar nada. Hay que entender que esto es solo un tema de lucas [dinero]” (funcionaria hospital regional, VCC, 11 de marzo de 2016).

En este tema no hay consenso entre las participantes, pues algunas hablan de un supuesto “desfinanciamiento”, ante lo cual una de ellas afirma que el precio del parto está sobrevalorado: “¿Sabes por qué bajaron a 300 mil pesos el abono mínimo del parto? Porque en realidad el parto sale 300 mil, no el millón y tanto que les están cobrando” (funcionaria SSI, programas Ciclo vital y CHCC, VCC, 11 de marzo de 2016).

La enfermera jefa del SOME del hospital afirma que la mayor parte de la deuda es de los/as usuarios/as chilenos/as, no extranjeros/as. Respecto al no pago por parte de pacientes inmigrantes, señala que hay muchos mitos al respecto: “El no pago no genera desfinanciamiento [...] la verdad es que nunca justifica la deuda hospitalaria” (enfermera jefa SOME, 19 de abril de 2016).

En 2014, en una escuela de gestores sociales, en el “Módulo inmigrantes” el tema del endeudamiento no se presentó como un problema para el MINSAL: “Existen en salud todos los incentivos dados para que directivos de salud se puedan endeudar. A nadie han echado porque se endeude. Siempre existen mecanismos de refinanciamiento para subsanar la deuda” (representante MINSAL, notas de campo, 11 de diciembre de 2014).

Esto revela que la insuficiente inyección de recursos para la implementación de la normativa es minimizada por los/as actores institucionales, tal como se aprecia en las siguientes notas de campo.

En una capacitación sobre el Protocolo de Atención en APS realizada en Iquique, los/as funcionarios/as participantes plantean su preocupación sobre los costos de las atenciones. Quienes están a cargo de la actividad responden: “Lo más importante es la sensibilización, existen muchos mitos respecto a los costos asociados a la atención” (representante SSI, notas de campo, 7 de diciembre de 2016). Se explica la implementación de la “declaración de carencia de recursos” y se presenta la Circular A N° 15, luego se señala: “Los tenemos que atender igual” (representante SSI, notas de campo, 7 de diciembre de 2016). En ningún momento se explica una política clara de financiamiento de dichas atenciones, sino que se obliga a los/as funcionarios/as a asumir la

normativa y se culturiza el problema, cuestión que hemos tratado anteriormente (Piñones Rivera et al. 2017; Piñones Rivera et al. 2022).

Por último, una funcionaria administrativa manifiesta su molestia: “Los administrativos somos la cara directa al público... La información nunca llega a nosotros, siempre a ellos. A nosotros nos llega de pasillo” (notas de campo, 7 de diciembre de 2016). Esta desinformación se explicaría por la falta de una política clara de implementación de la normativa y, según la enfermera jefa del SOME del hospital, por la falta de continuidad en los cargos directivos:

Yo creo que ha sido compleja la realidad local desde un punto de vista muy, muy administrativo, que ha puesto cargos que son estratégicos como las direcciones de servicios de salud y los hospitales [...] se cambia muy seguido el tema del director, entonces no ha dado continuidad a los equipos de trabajo (enfermera jefa SOME, 19 de abril de 2016).

Los puntos de vista de unas y otras informantes no coinciden al momento de plantear el problema económico, perspectivas que reflejan los distintos lugares en el espacio social desde donde se enuncian, pero sobre todo falta de claridad respecto a las políticas de salud y migración. En este contexto, se observa cómo afecta la discontinuidad de los directivos, quienes deberían liderar los procesos internos del personal de salud. Sin embargo, hay ciertos elementos de orden sociohistórico que pueden ayudar a comprender el problema, como la privatización de la salud y el multiculturalismo neoliberal. La privatización de la salud en Chile (Cid 2008) ha sido una de las más importantes políticas neoliberales instaladas por la dictadura militar (1973-1990), que logró que la misma sea considerada un bien de consumo y no un derecho. Esto está incorporado en la subjetividad del personal de salud, por lo que los derechos de las usuarias inmigrantes son considerados un privilegio, que además produciría endeudamiento al establecimiento de salud. Es así como las inmigrantes son vistas como deudoras, no como usuarias. A esto se suma el problema generalizado de la insuficiencia de recursos e infraestructura del SPS, una de las razones por las que se cuestionan los derechos de las usuarias inmigrantes, puesto que los servicios entregados a la población chilena ya son insuficientes.

Todos estos elementos responden a una realidad ambigua que tiene que ver con las políticas de salud y migración, que promueve un “enfoque de derechos”, presentado como la solución a los problemas de acceso y atención. Pero, en la práctica, este enfoque es impuesto mediante un discurso que no se acompaña de una implementación adecuada de las normativas. Su rol responde a la lógica del multiculturalismo neoliberal, que valora la diversidad cultural, pero dentro del marco del sistema neoliberal y, por lo tanto, mantiene la privatización de la salud, con la consecuente precarización de los servicios públicos y de sus funcionarios/as.

## Conclusiones

Este trabajo buscó indagar y reflexionar sobre las repercusiones de las políticas de salud y migración que se han llevado a cabo desde los años dos mil, en las relaciones interétnicas que se dan en el marco de la movilidad y la migración internacional y transfronteriza en la Región de Tarapacá.

La investigación condujo a las siguientes conclusiones: en primer lugar, que la información recopilada permite identificar barreras en el acceso a la atención de la población migrante desde la gestación, provocando distintos tipos de violencia, incluyendo la que se ha estudiado como violencia obstétrica (Avaria 2018; Bellón Sánchez 2015; Castro y Erviti 2015; Faneite et al. 2012; OMS 2014; Sadler 2020; Sesia 2020; Sibrian 2021). En segundo lugar, se observa que los discursos del personal de salud establecen una diferenciación cultural y étnica respecto a las usuarias migrantes, alterizando especialmente a las bolivianas, población con la que se ha tenido una mayor intensidad de interacciones a lo largo de la historia. Se analizó cómo esta diferenciación está asociada a la inferioridad que representan en la jerarquía social, dando cuenta de procesos tales como el racismo y el etnismo. En tercer lugar, el cobro de la atención en salud, a pesar de estar exenta de pago por normativa, y las barreras en el acceso a la misma son manifestaciones de la etnicidad, marcadas por la posición socioeconómica de la población migrante en el país. Esto da cuenta, además, del orden estructurante de las relaciones interétnicas, en tanto relaciones de dominación y subordinación cuyo resultado es la vulneración de derechos y también distintas formas de violencia hacia las mujeres migrantes y sus familias.

Por último, el enfoque de derechos en el que se basa la política de salud y migración se presenta como

reproductor de fronteras sociales, pues es producto del multiculturalismo neoliberal, que reconoce y valora la diferencia cultural, pero restringiendo su campo de acción a un discurso que no se acompaña de una implementación clara y concreta de la política. Así, los derechos son asociados a “deberes” por parte de los/as funcionarios/as, lo que les permite

juzgar a las usuarias migrantes. A esto se suma el no reconocimiento en las políticas de salud y migración de las dificultades que presenta la regularización migratoria impuesta por el marco legislativo vigente y por la institucionalidad migratoria, que condiciona la prestación de servicios, como lo vimos en los casos aquí expuestos.

### Referencias Citadas

- Araujo, K., M.C. Legua y L. Ossandón 2002. *Migrantes Andinas En Chile. El Caso De La Migración Peruana*, Fundación Instituto de la Mujer, Santiago.
- Avaria, A. 2018. Parir en el lugar equivocado: migración y la legitimidad (del derecho) de parir. En *Los Derechos Humanos Hoy: Reflexiones, Desafíos y Proyecciones a los 70 Años de la Declaración Universal (1948-2018)*, compilado por P. Morales y M.A. Rodríguez Aguilera, pp. 453-472. Ril Editores, Santiago.
- Balibar, E. y I. Wallerstein 1988. *Race, Nation, Classe. Les Identités Ambiguës*. Editions La Découverte, Paris.
- Barth, F. 1976. *Los Grupos Étnicos y sus Fronteras*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Bassa Mercado, J. y F. Torres Villarrubia 2015. Desafíos para el ordenamiento jurídico chileno ante el crecimiento sostenido de los flujos migratorios. *Estudios Constitucionales* 13 (2):103-124.
- Bellón Sánchez, S. 2015. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* 18:93-111.
- Cabieses, B., M. Bernaldes, A. Obach y V. Pedrero 2016. *Vulnerabilidad Social y su Efecto en Salud en Chile*. Universidad del Desarrollo, Santiago.
- Cano, M., M. Contrucci y J. Martínez 2009. *Conocer para Legislar y Hacer Política: Los Desafíos de Chile Ante un Nuevo Escenario Migratorio*. CEPAL, Santiago.
- Castro, R. y J. Erviti 2015. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED* 19 (1):37-42.
- Cid, C. 2008. Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 12 (2):57-96.
- Cortez, A. 2007. Migración internacional: un desafío para las políticas públicas de Chile. En *Niñas y Niños Migrantes. Políticas Públicas, Integración e Interculturalidad*, compilado por A. Cortez, pp. 105-118. Ediciones Colectivo Sin Fronteras, Santiago.
- Cortez, A., G.C. Reyes y M.S. Reyes 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.
- De Rudder, V., C. Poirer y F. Vourc'h 2010. La desigualdad racista. Precisiones conceptuales y propuestas teóricas. En *Estudiar el Racismo. Textos y Herramientas*. Compilado por O. Hoffmann y O. Quintero, pp. 73-101. Proyecto AFRODESC/ EURESCL 8:73-101. México D.F.
- Díaz Tolosa, R.I. 2016. Ingreso y permanencia de las personas migrantes en Chile: Compatibilidad de la normativa chilena con los estándares internacionales. *Estudios Constitucionales* 14 (1):179-220.
- Faneite, J., A. Feo y J. Toro 2012. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud, *Revista de Obstetricia Ginecología Venezuela* 72 (1):4-12.
- Fernández, P. 2018. Violencia discursiva en Tarapacá. El movimiento obrero salitrero frente a la alteridad indígena, 1900-1907. En *El Afán de Cruzar las Fronteras. Enfoques Transdisciplinarios sobre Migraciones y Movilidad en Sudamérica y Chile*, editado por M. Tapia y N. Liberona, pp. 291-316. Ril Editores y Universidad Arturo Prat, Santiago.
- Gavilán, V. 2019. Movilidad y procesos migratorios de la colectividad chipaya hacia el norte de Chile. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos* 19 (2):7-25.
- Gavilán, V. y M. Tapia Ladino 2006. Diagnóstico de los procesos migratorios en el norte de Chile. *Revista Electrónica Parinas* II (2). [http://www.unap.cl/p4\\_inte/site/artic/20060807/pags/20060807194044.html](http://www.unap.cl/p4_inte/site/artic/20060807/pags/20060807194044.html)
- Guizardi, M.L. y A. Garcés 2013. Circuitos migrantes. Itinerarios y formación de redes migratorias entre Perú, Bolivia, Chile y Argentina en el norte grande chileno. *Papeles de Población* 19 (78):65-110.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2018. Segunda Entrega Resultados Definitivos CENSO 2017. INE, Santiago.
- Lahoz Ubacha, S. y M. Forns Santacana 2016. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas* 15 (1):17-28.
- Leiva Gómez, S., M.A. Mansilla Agüero y A. Comelin Fornes 2017. Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos* 17 (1):11-37.
- Leiva, S. y C. Ross Orellana 2016. Migración circular y trabajo de cuidado: fragmentación de trayectorias laborales de migrantes bolivianas en Tarapacá. *Psicoperspectivas* 15 (3):101-111.
- 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* 28:19-38.
- Liberona, N. 2015. Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. *Si Somos Americanos* 15 (2):15-40.

- Liberona, N. y M.A. Mansilla 2017. Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva* 13 (3):507-520.
- Liberona, N. y C. Piñones-Rivera 2019. Informe técnico encuesta vida de inmigrantes. UNAP, Iquique.
- Marín, J. 2014. *Hijos(as) de Inmigrantes en el Norte de Chile: Hacia la Construcción de una Escuela Intercultural*. Haz tu tesis en cultura, Santiago. <http://www.observatoriocultural.gob.cl/haz-tu-tesis-en-cultura/2014/>
- Martínez, J. 2003. *El Encanto de los Datos. Sociodemografía de la Inmigración en Chile Según el Censo de 2002*. CEPAL, Santiago.
- Mesa Técnica Específica Infancia Migrante 2014. Los niños, niñas y adolescentes migrantes: "Entre derechos y exclusiones". Realizado por la Coordinación Regional de Infancia y Adolescencia y la Gobernación Provincial de Iquique. Consejo Nacional de la Infancia, Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Gobierno de Chile, Iquique.
- Ministerio de Salud 2017. *Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en Chile*. Ministerio de Salud, Santiago.
- Núñez, L. y C. Stefoni 2004. Migrantes andinos en Chile: ¿Transnacionales o sobrevivientes? *Revista Enfoques* 2 (3):103-123.
- Núñez, N. y C. Torres 2007. *Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva. Usuarias de Consultorios de Salud de la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Fundación Instituto de la Mujer, Santiago.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
- Piñones Rivera, C., M. Mansilla y R. Arancibia 2017. El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e sociedade* 26 (3):751-763.
- Piñones Rivera, C. y N. Liberona 2018. Cross-border therapeutic itineraries: towards the study of medical pluralism and cross-border human mobility. *ISSI Project Reports and Working Papers*, University of California, Berkeley.
- Piñones Rivera, C., N. Liberona, W. Muñoz Henríquez y S.M. Holmes 2022. Ideological assumptions of Chile's international migrant healthcare policy: A critical discourse analysis. *Global Public Health* 17 (12):3353-3367.
- Poutignat, P. y J. Streiff-Fénart 1995. *Théories de l'Ethnicité, Suivi de Les Groupes Ethniques et Leurs Frontières de F. Barth*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Sadler, M. 2020. Prologo: Despertando las metáforas que dormían en la ciencia (Prólogo). En *Violencia Obstétrica en América Latina: Conceptualización, Experiencias, Medición y Estrategias*, compilado por P. Quattrocchi y N. Magnone, pp. vii-xxi EDUNLa, Universidad Nacional de Lanús, Remedios de la Escalada.
- Servicio Jesuita a Migrantes [SJM] 2020. *Migración en Chile. Anuario 2019, Un Análisis Multisectorial*. Fundación Servicio Jesuita a Migrantes, Santiago.
- Sesia, P. 2020. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En *Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, Experiencias, Medición y Estrategias*, compilado por P. Quattrocchi y N. Magnone, pp. 3-30. EDUNLa, Universidad Nacional de Lanús, Remedios de La Escalada.
- Sibrian, N. 2021. Ajustes emocionales de una gestante e inmigrante en Chile: estrategias para atenuar el sufrimiento. *Athenea Digital* 21 (2)e2836. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2836>
- Solimano, A. y V.E. Tokman 2006. *Migraciones Internacionales en un Contexto de Crecimiento Económico: El Caso de Chile*. CEPAL, Santiago.
- Stefoni, C. 2003. *Inmigración Peruana en Chile: Una Oportunidad a la Integración*. Flasco Chile y Editorial Universitaria, Santiago.
- Stefoni, C. 2005. Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la transformación en ciudadanos. FLACSO-Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Documento de Trabajo, Santiago. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/cl/cl-008/index/assoc/D7163.dir/artstef.pdf>
- Stefoni, C. 2011a. Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. En *La Construcción Social del Sujeto Migrante en América Latina. Prácticas, Representaciones y Categorías*, compilado por B. Feldman-Bianco, L. Rivera, C. Stefoni y M. Villa, pp. 79-110. FLACSO, Sede Ecuador, CLACSO y Universidad Alberto Hurtado, Quito.
- Stefoni, C. 2011b. *Perfil Migratorio de Chile*. OIM, Santiago.
- Tapia Ladino, M. 2012. Frontera y migración en el norte de Chile a partir del análisis de los censos de población. Siglos XIX- XXI. *Revista de Geografía Norte Grande* 53:177-198.
- Tapia Ladino, M. 2014. Extranjeros fronterizos en las regiones extremas de Chile: entre migración y circulación. 1990-2014. En *Migración y Trabajo. Estudio y Propuestas para la Inclusión Sociolaboral de Migrantes en Arica*, editado por N. Rojas y J. Vicuña, pp. 31-55. Ciudadano Global y OIM, Santiago.
- Tapia Ladino, M. 2015. Frontera, movilidad y circulación reciente de peruanos y bolivianos en el norte de Chile. *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas* 50:195-213.
- Tapia Ladino, M. y R. Ramos Rodríguez 2013. Mujeres migrantes fronterizas en Tarapacá a principios del siglo XXI: El cruce de las fronteras y las redes de apoyo. *Polis* 12 (35):229-257.
- Tijoux, M.E. 2002. Morderse la lengua y salir adelante. La dificultad de ser peruano en Chile. *Les Cahiers ALHIM* 5. DOI: <https://doi.org/10.4000/alhim.639>.
- Tijoux, M.E. y S. Palominos 2015. Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis* 14 (42):247-275.
- Vásquez, J., V. Finn y S. Umpierrez de Reguero 2021. Cambiando la cerradura. Intenciones legislativas del proyecto de ley de migraciones en Chile. *Colombia Internacional* 106:57-87.
- Valdebenito, F. 2017. Movilidad y espacialidad en la (trans) frontera tacno-ariqueña. Sur peruano y norte chileno. *Si Somos Americanos* 17 (1):39-64.

Wallerstein, I. 1988. La construction des peuples: racisme, nationalisme, ethnicité. En *Race, Nation, Classe. Les Identités Ambiguës*, editado por E. Balibar e I. Wallerstein, pp. 95-116. Editions La Découverte, Paris.

Walsh, C. 2009. *Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas De(coloniales) de Nuestra Época*. Abya Yala, Quito.

Wieviorka, M. 1994. Racismo y exclusión. *Estudios Sociológicos* XII (34):37-47.

### Notas

<sup>1</sup> FONASA: Fondo Nacional de Salud; ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

<sup>2</sup> Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así

como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”. Extraído de <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

<sup>3</sup> Tener o dar una autorización o permiso sin restricciones para hacer algo (Chile, coloquial).