

Encuentros Interculturales En Salud

Testimonios de inmigrantes y equipos de salud



Editoras:
Báltica Cabieses Valdés
María Eliana Correa Matus

Programa de Estudios Sociales en Salud
Instituto de Ciencias e Innovación en
Medicina (ICIM)
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Encuentros Interculturales En Salud

Testimonios de inmigrantes y equipos de salud



Editoras:
Báltica Cabieses Valdés
María Eliana Correa Matus

Programa de Estudios Sociales en Salud
Instituto de Ciencias e Innovación en
Medicina (ICIM)
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Título del libro:

“Encuentros interculturales en Salud: Testimonios de inmigrantes y equipos de salud”

Programa de Estudios Sociales en Salud

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM)

Facultad de Medicina Clínica Alemana

Universidad del Desarrollo

Editores:

Báltica Cabieses Valdés

María Eliana Correa Matus

Derechos Reservados

Se autoriza la reproducción de la información aquí contenida siempre que se cite esta publicación como fuente. El uso de las imágenes requiere autorización de sus propietarios.

© 2019. Universidad del Desarrollo.

Protegido por derechos de autor

Impreso en Chile/Printed in Chile

ISBN versión digital : 978-956-374-031-8

ISBN versión impresa: 978-956-374-030-1



Fuentes de financiamiento:

- Premio a la Investigación Científica 2017, Banco Santander El Mercurio, otorgado a Báltica Cabieses en la categoría Investigador Joven.
- Carrera de Enfermería Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.
- Fundación Ilusióname.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de los autores de cada testimonio inédito, por compartir su experiencia personal y reflexiones en torno a la atención en salud de migrantes internacionales.

Agradecemos a los expertos que comentaron cada uno de estos testimonios, por aportarnos su visión de este complejo fenómeno, su experiencia y conocimiento en el tema.

Agradecemos a la carrera de Enfermería, por medio de su directora Sra. Claudia Pérez, por el apoyo en la producción de este trabajo inédito, así como a la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo, por su confianza en nuestro trabajo investigativo, docente y de vinculación con el medio en la temática de salud de personas migrantes internacionales.

Prólogo

Fui inmigrante. Durante mucho tiempo me pareció ser media persona; el desconocimiento del conjunto de reglas sociales, de las formas de acceder y ser parte de un sistema social, las barreras idiomáticas, todo ello me hacía sentir que funcionaba a medias, sin poder hacerme parte integralmente o desarrollar mis capacidades. Nunca quise sentirme discriminado, un sentimiento muchas veces subjetivo cuando te hacen sentir diferente. Siempre delatado por mi acento, abría la boca y la primera pregunta era ¿de dónde eres? Sentí la curiosidad de los interlocutores y también cierto grado de temor ante las culturas diferentes (“no tengo cómo leerlo”). Y sentí esa contradicción constante de volver al hogar o crear un hogar nuevo en otro paisaje y otra comunidad. En estos procesos uno encuentra todo tipo de personas, las interesadas en acogerte, las indiferentes, las que se interesan para que aprendas y te integres, las que quieren que dócilmente te sometas, las que te rechazan (en parte por ser solo media persona llena de limitaciones o porque no entienden porque estás ahí), las que te consideran una amenaza.

Este libro de testimonios reconoce la dimensión humana de estos difíciles procesos de adaptación. Y quiere que Chile y su sociedad sean acogedores, interesados, inteligentes, abiertos a reconstruirse, rediseñarse. También hace un diagnóstico y propone soluciones en la forma de políticas públicas. Tenemos la convicción ancestral de que somos un pueblo amable con los inmigrantes. Los testimonios que leemos aquí ponen a prueba este concepto. Y se focaliza en la interacción de los inmigrantes y el sistema de salud, como una medida de la atención que ponemos en una de las principales necesidades del ser humano. Nos entrega estadísticas impresionantes de la presión migratoria que Chile enfrenta actualmente y nos indica que la situación ya está instalada y nos la muestra en el terreno individual.

Todo el libro se desarrolla en el ámbito de la vulnerabilidad social y de la marginalidad, de la población migrante que llega sin recursos o redes sociales. La prueba de fuego para una sociedad. Tanto es así que cuando uno lee los testimonios, no puede dejar de pensar en los propios connacionales que viven en la misma incertidumbre y precariedad de si el sistema social los acoge realmente como seres humanos que requieren un trato respetuoso y digno. La tendencia natural de la gente y la estructura legal y social es hacia la asimilación, proceso en el cual son bienvenidos los que se integran a la estructura que impera. Esto se opone al reconocimiento, la búsqueda real de reconocer culturas diferentes que pueden ser parte del diseño general de la sociedad. Cuánto tiempo hemos intentado asimilar a nuestro orden y

concepción social a miles de personas que tienen una cultura y forma de ser diferente. Y cuánto tiempo hemos perdido sin reconocerlos, valorarlos e integrar su cultura, como parte de nuestra propia historia y de nuestro propio futuro, de nuestra identidad.

La nuestra es una sociedad en evolución, escuchar voces diversas contribuye al proceso. Es un hecho que vamos a ser distintos, que ya somos diferentes a lo que éramos 10 años atrás. El desafío es que en este lugar geográfico cada uno sea una persona entera, no una media persona que es asimilada con docilidad, sino reconocida en su aporte a la sociedad. Este proceso de evolución tiene riesgos, puede parecer impredecible, tiene amenazas, pero brinda oportunidades de crecimiento y madurez para el país. Como queremos conducir este proceso ya instalado es responsabilidad nuestra.

Este libro nos hace pensar en la energía e inteligencia que requiere un país, una sociedad, para construirse. Revela falencias de nuestras políticas públicas y reconoce también la riqueza de mirarnos críticamente, buscando el bienestar de toda la población con una visión humana.

Dr. Pablo Vial
Director, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM)
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Acerca de los autores



Herleyn Agurto Madriz

Enfermera universitaria (UDD), miembro del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Enfermera clínica de pacientes migrantes del Plan de Atención Inicial a Migrantes, de la comuna de La Granja. Además, se desarrolla como enfermera clínica en el área de cuidados básicos de pediatría en el Hospital Padre Hurtado y como docente clínica UDD en la misma área.



Sofía Astorga Pinto

Psicóloga, Magíster en Psicología de la Salud (PUC). Docente de la Escuela de Enfermería e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Coordina y realiza atenciones en el Plan de Atención Inicial a Migrantes del CESFAM Arauco, de la comuna de Santiago. Su área de investigación es salud de inmigrantes, con foco en salud mental.



Báltica Cabieses Valdés

Enfermera-matrona (PUC), Magíster en Epidemiología (PUC), PhD Social Epidemiology (University of York, Inglaterra). Profesora titular y Directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Académica visitante de la Universidad de York en Inglaterra desde el 2011. Ganadora del premio a la investigación científica El Mercurio Banco Santander el 2017. Líneas de investigación: equidad social en salud, salud de migrantes internacionales y salud global.



Macarena Chepo Chepo

Enfermera (PUC), Magíster en Salud Pública (UCH), Postítulo en Salud Familiar y Comunitaria (PUC). Instructor Adjunto e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Sus áreas de docencia e investigación son atención primaria y salud de migrantes internacional, particularmente niños migrantes, y el trabajo interdisciplinario en salud.



M. Eliana Correa Matus

Enfermera (UDD) Diploma en Cultura y Salud: (De) Construcciones y competencias de la antropología médica para la salud pública local y global, en Universidad de Chile. Integrante del Programa de Estudios Sociales en Salud en Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Tutora clínica en Escuela de Enfermería Universidad del Desarrollo. Realiza atenciones en Programa de Atención Inicial a Migrantes en la comuna de Santiago.



Ligia Gallardo Astudillo

Licenciada en Trabajo Social en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Referente Migrantes del Hospital Padre Hurtado y miembro de equipo asesor sectorial de salud de inmigrantes del Ministerio de Salud.



Katherine Leyton Quezada

Enfermera con mención en salud Ambulatoria (UDD), Diplomado en Educación en Docencia Clínica (UDD). Profesora instructora en el área de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Enfermera clínica de pacientes migrantes del Plan de Atención Inicial a Migrantes, en las comunas de Santiago y La Granja.



Olaya Moena Latasa

Enfermera (UDD) cursando Diplomado de Bioestadística y Epidemiología Aplicada en Universidad de Chile. Tutora clínica de la carrera de Enfermería en Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo e integrante del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Ha participado en distintos proyectos FONDECYT del mismo grupo junto con la atención de usuarios migrantes en centros de atención primaria.



Xaviera Molina Avendaño

Enfermera (UDD) Cursando diplomado en Bioestadística y Epidemiología aplicada en la U. de Chile. Tutora clínica en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Desarrollo e Investigadora en el Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Con experiencia de trabajo en OPS/OMS Chile.



Valeria Sequeira Escobar

Médico-cirujano (PUC), Psiquiatra Adultos (Universidad Mayor), postítulo en Psicología Médica y Psiquiatría de Enlace (Université Paris Sud), Discapacidad Psiquiátrica (Université Paris Descartes), Morfología y Neuroimágenes (Université Pierre et Marie Curie). Entre 2013 y 2014 fue miembro del equipo de Psiquiatría de Enlace y colaboradora de la consulta de Trauma-Transcultural en el Hospital Avicenne, Seine-Saint Denis, Región de París, la jurisdicción con mayor población migrante en Francia.

Acerca de los comentaristas expertos



Andrea Avaria Saavedra

Doctora en Estudios avanzados en Antropología Social, Universidad de Barcelona. Magister en Antropología y Desarrollo por la Universidad de Chile. Estudió Servicio Social, en la Universidad de la Frontera. Actualmente desarrollando Proyecto Fondecyt 3160106, sobre experiencias de embarazo y parto de mujeres nacionales y extranjeras, vinculado a Universidad Autónoma de Chile y a la Universidad Alberto Hurtado, donde ha abierto la línea de Salud y migraciones en el Programa interdisciplinario de Estudios Migratorios, PRIEM. Forma parte del Grupo Técnico 6(GT6) de la OMS.



Báltica Cabieses Valdés

Enfermera-matrona (PUC), Magíster en Epidemiología (PUC), PhD Social Epidemiology (University of York, Inglaterra). Profesora titular y Directora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Académica visitante de la Universidad de York en Inglaterra desde el 2011. Ganadora del premio a la investigación científica El Mercurio Banco Santander el 2017. Sus líneas de investigación son equidad social en salud, salud de migrantes internacionales y salud global.



Alejandra Carreño Calderón

Antropóloga social de la Universidad de Chile. Especialización en Etnopsiquiatría y Antropología de la salud en la Universidad de Génova. Doctora en investigación de la Universidad de Siena. Post-doctorado en el Centro de Salud Mental y Etnopsiquiatría Crítica Franz Fanon en colaboración con la Universidad de Torino. Docente de la Universidad de Alberto Hurtado y de la Universidad Católica. Es investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud de la facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Sus áreas de investigación son salud, migraciones, género, infancia, violencia política y psiquiatría crítica.



Diego Jazanovich

Cirujano dentista británico (King's College London), título revalidado en la Universidad de Chile. Profesor de inglés con titulación CELTA (Cambridge). Docente y Coordinador de Cariología y Operatoria Dental, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Docente, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes y Universidad Finis Terrae. Además de ser bisnieto, nieto e hijo de migrantes, Diego es migrante también. Creador de la Fundación El Paciente Inglés, que hoy dirige y cuyo objetivo es transformar el sistema de revalidación y convalidación de títulos extranjeros en Chile.



M. Olaya Grau Rengifo

Trabajadora Social (PUC), Magíster en Investigación Participativa y Desarrollo Local y Magíster en Gobierno y Administración Pública (Universidad Complutense de Madrid), Doctora en Ciencias Políticas (Universidad Complutense de Madrid, España). Profesora asistente y Sub Directora de Investigación y Postgrado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Católica (PUC). Sus líneas de investigación son políticas sociales en familia e infancia, migraciones y niñez migrante.



Juan Alberto Lecaros Urzúa

Abogado Universidad de Chile; Bachiller en Filosofía Pontificia Universidad Gregoriana de Roma; Magister en Bioética Institut Borja de Bioética Universitat Ramon Llull; Doctor en Filosofía Universidad Complutense de Madrid. Director del Observatorio de Bioética y Derecho, ICIM. Profesor asociado del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Profesor colaborador del Institut Borja de Bioética Universitat Ramon Llull, Barcelona, España. Premio a la Excelencia en Bioética Manuel Velasco Suárez 2012, PAHEF/OPS.



Matías Libuy Ríos

Médico Cirujano Universidad de Chile, Máster of Science, Social Epidemiology (University College London, Inglaterra). Coordinador de la Comisión Salud y Migrantes del Colegio Médico de Chile A.G, Coordinador del Programa de Salud del Instituto Igualdad y Asistente de Investigación del Programa de Políticas, Sistemas y Gestión de Salud, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Talento científico Facultad de Medicina Universidad de Chile como estudiante de pregrado en investigación.



Gustavo Adolfo Maldonado Salazar

Dirigente social, Monitor en salud y migración, estudios en administración. Miembro del Consejo Consultivo de FONASA Antofagasta. Miembro del Consejo Consultivo del Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán. Voluntario activo del SJM y colaborador permanente de la OIM-ONU Antofagasta. Miembro de la mesa intersectorial de trabajo y migración de la Universidad Arturo Prat Antofagasta y de la mesa de migración de la Gobernación Provincial de Antofagasta.



Daisy Margarit Segura

Doctora en Sociología (UAB), Master Sociología (UAB), Magíster Desarrollo Urbano (PUC), Trabajadora Social (PUC). Académica (Asociada) e investigadora Instituto Estudios Avanzados IDEA Universidad de Santiago de Chile USACH. Trabajó en el Fondo de Solidaridad e Inversión Social, siendo Encargada Nacional de programas dirigidos a la erradicación de campamentos y construcción de barrios. Sus principales líneas de investigación son migración, procesos de reconfiguración de los territorios, barrios migrantes, y políticas sociales.



Alexandra Obach King

Antropóloga Social (Universidad de Chile), Magíster en Estudios de Género y Cultura (Universidad de Chile), PhD Antropología Social y Cultural (Universidad de Barcelona). Profesora asociada e investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Investiga en temáticas de antropología de la salud, género y salud, salud sexual y reproductiva, salud adolescente e interculturalidad en salud. Ha participado en diversos proyectos socioeducativos y de impacto social en torno a la salud adolescente, violencia de género, ente otros.



Iskra Pávez Soto

Trabajadora social (Universidad Tecnológica Metropolitana). Doctora en sociología (Universitat Autònoma de Barcelona), Experta en políticas sociales de infancia (Universidad Complutense de Madrid), Investigadora del Centro de estudios políticos, culturales y sociales de América Latina (EPOCAL) de la Universidad Bernardo O'Higgins. Integrante del Grupo de sociología de la infancia y la adolescencia, del research committee "Language and society" y "Sociology of childhood" de la International sociological association (ISA), del Grupo de trabajo "Migración sur-sur: corredores, flujos y dinámicas" del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y de la Red internacional de estudios migratorios U-nómades.



Claudia Pérez Acuña

Enfermera-matrona (PUC), Magíster en Psicología, mención salud (PUC). Directora carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Miembro del Programa de Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Diplomada en Formación en Coaching Ejecutivos. Con 25 años de experiencia en el área de docencia y liderando equipos multidisciplinarios. Ha trabajado en el diseño y desarrollo de programas de pregrado, postgrado y educación continua.



Claudia Silva Dittborn

PhD en Sociología de la Universidad de Bonn, Alemania y Asistente Social (PUC). Académica de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, donde es profesora titular. Fue jefa de la Sección de Estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y ha ejercido como subdirectora de docencia y coordinadora del Magíster en Trabajo Social en la Universidad Católica y como directora de la carrera de Trabajo Social en la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar.



Alfonso Urzúa Morales

Psicólogo (UTA), Magíster en Salud Pública (UCH), Doctor en Psicología Clínica y de la Salud (Universitat de Barcelona, España). Profesor titular y director del Programa de Doctorado en Psicología de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica del Norte. Editor de la revista Salud & Sociedad y miembro de comités editoriales y/o científicos de Revista Científicas en Psicología en 8 países. El año 2017 fue distinguido con el premio anual a la contribución actual a la investigación psicológica por la Sociedad Científica de Psicología de Chile, de la cual actualmente es parte del directorio.



Katherine Vásquez Gallardo

Trabajadora Social con mención en Intervenciones Sociojurídicas (Universidad Alberto Hurtado). Egresada del Magister Ética y Desarrollo Humano (Universidad Alberto Hurtado). Con más de 7 años de experiencia en la temática migratoria, se ha desempeñado como intermediadora socio-laboral, asesora jurídico-laboral y actualmente se encarga del área de Proyectos en el Instituto Católico Chileno de Migración gestionando, coordinando y ejecutando recursos institucionales para sus distintas áreas de intervención.



Michelle Víquez Ramírez

Licenciada en Psicología (Universidad de Costa Rica), candidata a Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad (Universidad de Chile). Directora de intervención social del Servicio Jesuita a Migrantes (SJM - Chile). Fue Oficial de programas de la Fundación Arias para la Paz liderando diversos proyectos en materia de prevención de la violencia y género. Además, ha sido profesora de Psicología aplicada en la Universidad Latina de Costa Rica y ex Directora General de la Fundación TECHO – Costa Rica.

Acerca de las imágenes

Las imágenes utilizadas en este libro fueron obtenidas de Proyecto Fondecyt 1113004 “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: Un estudio multimétodos”, las fotografías fueron tomadas por el equipo perteneciente al proyecto.

Imágenes finales de galería de fotografía fueron tomadas por la fotógrafa Catalina García, expuestas en exposición titulada “¿Qué significa Chile para ti?” el año 2016.

Fotografías adicionales fueron tomadas por la editora de este libro M. Eliana Correa.

Los retratos de autores y comentaristas fueron seleccionados y entregados por cada uno de ellos.

INDICE

Agradecimientos	3
Prólogo	4
Acerca de las imágenes	16
Sección I: Introducción al libro	19
Sección II: La voz del migrante.....	25
Capítulo 1:	
Introducción a la sección.....	26
Capítulo 2:	
Testimonios de migrantes residentes en ocho comunas del país.....	27
1. Familia:	
Nostalgia, reencuentros y nuevos comienzos.....	27
2. Experiencias en la atención y cuidado de la salud:	
Expectativas, alegrías y desilusiones.....	47
3. Historias de discriminación:	
Desafíos de integración, soledad y miedos.....	66
Sección III: La voz del trabajador de salud en	
atención primaria	80
Capítulo 3:	
Introducción a la sección.....	81
Capítulo 4:	
Experiencias del profesional de salud primaria:	
Plan de atención inicial a migrantes.....	83
1. Integración y familia: Desafíos, miedos y sueños.....	83
2. Vulnerabilidades: Carencias socioeconómicas y afectivas.....	112
3. Resiliencia: Esperanza y alegría de vivir.....	148
Sección IV: La voz del trabajador de salud de atención hospitalaria.....	173
Capítulo 5:	
Introducción a la sección.....	174
Capítulo 6:	
Relatos del profesional de salud intrahospitalario.....	176
1. Espacios de encuentros y desencuentros	
interculturales en salud hospitalaria.....	176
2. Enfermar en el camino:	
Cambio de planes, extrañar el hogar y seguir adelante.....	199
3. La salud del migrante internacional:	
un enfoque de derechos	214

Sección V: Cierre y Reflexiones finales..... 228
Bibliografía 231
Lista de relatos de este libro 235
Lista de instituciones a las que autores y comentaristas de este libro pertenecen ... 243
Galería fotográfica: fotos exposición “¿Qué significa Chile para ti?” 245

Sección I:

Introducción al libro

“Nuestras maletas maltrechas estaban apiladas en la acera nuevamente; teníamos mucho por recorrer. Pero no importaba, el camino es la vida”

Jack Kerouac, En el camino, 1957.



Introducción a este libro

La migración es un fenómeno social que consiste en el movimiento de personas de un territorio geográfico a otro y ha estado presente en la historia de nuestra humanidad desde sus orígenes. Esto ha permitido poblar el mundo y contar con una gran diversidad biológica y cultural de personas, con distintas historias, experiencias, sueños y desafíos. En general, lo que ha originado el movimiento humano se ha relacionado con la búsqueda de mejores oportunidades y una mejor calidad de vida, ya fuera migrar en búsqueda de alimentos en el pasado o en búsqueda de trabajo, estudios, salud y mejores condiciones de vivienda en la actualidad.

La globalización se ha considerado como un factor crítico de la migración internacional y el desarrollo, como proceso económico, tecnológico, cultural y social, que facilita la comunicación entre personas y mercados. Esto ha favorecido a la movilidad humana, permitiendo cambios sociales hacia comunidades más multiculturales. Sin embargo, la globalización parece estar también acrecentando las desigualdades en las condiciones sociales, estructuras económicas y estabilidad política entre los países industrializados y el resto del mundo¹. La migración internacional es, en este contexto global, un proceso complejo y dinámico, que interacciona con distintas dimensiones sociales, políticas y culturales, y que representa un desafío para políticas públicas, económicas, sanitarias y derechos humanos. En Chile, el fenómeno de la migración internacional ha aumentado considerablemente los últimos años, en el año 2017 se censaron 746.465 personas nacidas en el extranjero residentes en Chile, representando un 4,35% de la población total del país, mientras que en el año 2002 dicho porcentaje correspondía al 1,27%. De la población migrante, un 66,7% refiere haber llegado a Chile entre el 2010 y el 2017². Este aumento ha traído múltiples desafíos a nivel país, incluyendo en el sector salud.

Uno de los desafíos más importantes ha sido en el ámbito de la salud, se ha definido que la migración internacional es un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico que va más allá de la variable biológica y que incluye cambios en los estilos de vida, condiciones del medio comunitario y social, lo político, socioeconómico, estructural y ambiental. Todos estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos ambientes y generan cambios en los estilos de vida, generan además mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de personas migrantes, sus familias y las comunidades que los reciben³.

El desafío puntual al que hace referencia este libro es el encuentro intercultural en salud con población migrante internacional en Chile, con recorridos de testimonios de personas que han sido parte de este encuentro y han querido compartir su voz, su visión y su experiencia. El libro busca ahondar, reflexionar y cuestionar la mirada de salud desde una perspectiva de justicia y dignidad humana, que atienda a las necesidades particulares de cada migrante en su riqueza cultural, y poder brindar este derecho humano universal sin diferencias. Dentro de los desafíos que implica la atención en salud de esta nueva población está el encuentro

cultural entre el profesional de la salud y el paciente, con un contexto cultural distinto, con sus propias creencias y saberes sobre su bienestar y salud.

Este libro se enmarca dentro de las líneas principales de trabajo de investigación del Programa de Estudios Sociales en Salud, del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, ICIM, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo. Nace desde la necesidad de compartir las experiencias vividas en el contacto con la comunidad inmigrante en atenciones de salud, con el objetivo de sensibilizar a otros profesionales y a personas en general interesadas sobre la migración y sus importantes desafíos. Esta necesidad deriva del reflexionar en torno a la migración como fenómeno social global, y replantearse desafíos comunes para la aceptación e integración de nuevas comunidades que vienen a enriquecer de múltiples formas nuestra cultura. El propósito de este libro es reflexionar en torno a la migración como un proceso personal y social, aportando desde experiencias ocurridas en el marco de atenciones de salud y entrevistas, identificando nuevos desafíos en torno a la atención de esta población, relacionados más allá de lo conocido por la literatura científica, añadiendo el aspecto humano y personal de la atención, el conectar con el otro y ser capaz de generar un espacio de confianza y bienvenida, además de una respuesta concreta a la necesidad física sentida que lleva al consultar.

Este es un libro esencialmente humano. Busca re-significar y dar sentido a experiencias valiosas y nuevas de encuentro intercultural en salud con personas migrantes. Este libro está dirigido a quién se interese por el tema de migración y su profunda relación con salud y bienestar, profesionales de la salud en contacto con pacientes migrantes y migrantes de todos los países residentes en Chile y el mundo que quieran conocer las experiencias en torno a la atención en salud. Este libro le da voz a distintos agentes clave en el encuentro intercultural en salud: migrantes internacionales, profesionales de atención primaria y profesionales de atención secundaria.

Migración Internacional: Se han elaborado diversas definiciones sobre la migración, lo que denota su complejidad como fenómeno social. La Organización Internacional de Migración define la migración internacional como el movimiento de personas que dejan su lugar de nacimiento u origen, donde tienen su residencia habitual, para establecerse de forma permanente o temporal en otro país distinto al suyo, debiendo para esto haber atravesado una frontera ⁴.

Derechos humanos: El 10 de diciembre de 1948, luego de casi tres años de largas jornadas de negociación, la Asamblea General de Organización de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esto inició una nueva etapa en la historia de la humanidad, a partir de un documento que reúne de forma sencilla y clara los ideales y derechos básicos de las personas, con el fin de salvaguardar los derechos y las libertades fundamentales de las personas. Aquí se destaca que “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” ⁵. En 1985 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la “Declaración sobre los derechos humanos a los individuos que no son nacionales del país en que viven” lo que da pie al reconocimiento de la migración como derecho humano, luego de una serie de pactos y decretos ⁶. La salud también ha sido reconocida como un derecho humano universal, la OMS afirma que “El goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, asequible y aceptable a los servicios de atención de salud de una calidad suficiente. A pesar de esto, millones de personas en el mundo son empujadas cada año a vivir en condiciones por debajo del umbral a causa de la pobreza, no siendo efectivo este derecho, viéndose las personas más vulnerables expuestas a peores condiciones de salud ⁷.

Determinantes Sociales de la Salud: Son aquellas condiciones sociales en las cuales las personas y comunidades viven y trabajan y que afectan su salud. A través del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud se establecen los siguientes objetivos: 1. Aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud, 2. Establecer las formas en que se relacionan distintos determinantes, 3. Establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas y 4. Elaborar un mapa para identificar los lugares y niveles de acción e intervención en una población. Los determinantes sociales de la salud se relacionan con el término de inequidades en salud, que hace referencia a desigualdades sociales que se consideran prevenibles, injustas y modificables, incluyendo el acceso a y uso de los servicios de salud de un país ³.

Interculturalidad en salud: La interculturalidad hace referencia a la existencia y búsqueda de una relación dialógica y simétrica entre distintas culturas, en un intento de profunda aceptación y conocimiento, más allá de la existencia de una simple tolerancia. Se refiere

a una relación entre culturas en el espacio de la salud, donde existe respeto e intercambio de saberes y donde ambas perspectivas culturales son valoradas. Este concepto va más allá del multiculturalismo, que se refiere a la coexistencia de dos o más culturas distintas que habitan una misma sociedad, apelando al reconocimiento de esta diversidad cultural y a la tolerancia. El multiculturalismo se centra en la diferencia existente entre las culturas, reconociéndola y aceptándola, mientras que la interculturalidad se centra en la igualdad y diálogo simétrico entre las culturas, complementando al anterior ⁸. La interculturalidad en salud hace referencia a la aplicabilidad de la interculturalidad en el espacio de atención en salud y el encuentro entre profesional y usuario, reconociendo que es un espacio donde ocurre un encuentro cultural. El paciente o usuario puede ser proveniente de otro país y tener un contexto cultural diferente, o bien, puede ser local, pero con diferencias derivadas de su individualidad, produciéndose un encuentro cultural, donde se requerirán habilidades específicas de parte del profesional para lograr captar sus necesidades, desde sus creencias, y poder responder con sabiduría y atención a ellas.

Estructura del libro

Este libro se divide en cinco secciones, la primera corresponde a la introducción de este libro, describiendo propósito, destinatarios y conceptos esenciales. La segunda sección titulada “La voz del migrante: testimonios de migrantes residentes en 8 comunas del país”, la cual recoge 16 testimonios de migrantes residentes en las comunas de Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Maipú, Santiago, Independencia y Recoleta. Estos testimonios pertenecen a la colección de ocho reportes comunales sobre las condiciones de vida y salud de migrantes, elaborado por el equipo del Programa de Estudios Sociales en Salud a través de los hallazgos del Proyecto Fondecyt 11130042 (2013-2017). En estos relatos, los migrantes narran sus condiciones de vida en Chile y su relación con el sistema de salud. Además, la sección cuenta con las respuestas y reflexiones de comentaristas expertos en los temas narrados en los relatos, respondiendo a los desafíos identificados por ellos mismos.

La sección III titulada: “La voz del profesional de salud en atención primaria”, consiste en 18 testimonios escritos por profesionales de la salud que han realizado atenciones en el Plan de Atención Inicial a Migrantes, el cual se detalla en la introducción de la sección. En estos relatos, los profesionales comparten su experiencia en la atención de migrantes residentes en la comuna de Santiago y que llevan menos de un año en Chile, destacando las atenciones que más los han marcado personalmente e identificando desafíos en la atención a la población migrante. Cada testimonio contiene reflexiones de sus respectivos autores y tres preguntas realizadas a distintos expertos sobre temas relacionados a los contenidos en los relatos.

En la sección IV titulada: “La voz del trabajador de atención intrahospitalaria” profesionales del nivel secundario y terciario comparten sus testimonios en la atención de pacientes inmigrantes, desde la perspectiva de una psiquiatra de enlace y una trabajadora social, compartiendo también las experiencias que más les han marcado. Cada testimonio contiene preguntas de reflexión realizadas a sus respectivos autores y tres preguntas con sus respuestas realizadas a distintos expertos sobre temas relacionados, que reflexionan sobre los desafíos identificados.

Finalmente, la sección V: “Cierre y reflexiones finales”, contiene reflexiones finales en torno a los desafíos identificados en los distintos testimonios pertenecientes a distintas voces, las distintas reflexiones y comentarios realizados por los expertos, para la atención de la población migrante internacional con un enfoque de derechos humanos, intercultural y sensible a recoger y atender sus necesidades.

Sección II: La voz del migrante

“Somos una especie en viaje, no tenemos pertenencias, sino equipaje. Vamos con el polen en el viento, estamos vivos porque estamos en movimiento”

“Movimiento”, canción, Jorge Drexler, 2017.



Capítulo 1:

Introducción a la sección

La experiencia de migrar es profundamente compleja y dinámica, abarca una serie de etapas que involucran la toma de difíciles decisiones, experimentación de fuertes emociones y enfrentamiento de miedos y nuevos desafíos. Es importante comprender que la experiencia de migrar no solo implica la experiencia de atravesar fronteras políticas. También existen fronteras simbólicas entre una comunidad y otra, las cuales están separadas por diferencias culturales. La experiencia de cruzar cada frontera (la geográfica y la cultural) puede ocurrir en tiempos diferentes y puede involucrar diferentes significados⁹.

La experiencia de migrar comienza en el país de origen, cuando la persona toma la decisión sola o en conjunto con su familia, de migrar hacia otro país en búsqueda de nuevas y mejores oportunidades. Dejar el hogar, el apoyo familiar y social, la cultura y tierra de origen, atreviéndose a ser nuevo en un país que podría no compartir la misma cultura, idioma o costumbres, provoca efectos diversos en la salud de los migrantes. El proceso de migrar puede volverse traumático y algunas de las personas involucradas en él experimentan vulnerabilidad social en sus distintas etapas³. Luego, llegando al país de destino, se experimenta una serie de desafíos relacionados con el asentamiento, encontrar un hogar donde vivir, regularizar la situación migratoria, obtener documentos y encontrar un trabajo, para poder tener acceso a una mejor calidad de vida. Además, de adaptarse a una nueva cultura con normas y creencias sociales muchas veces muy distintas a las de la cultura de origen. En conocimiento de esta complejidad, conocer la voz del migrante sobre este proceso nos permite entender en mayor profundidad sus necesidades y facilitar su asentamiento y estadía en el país.

En el siguiente capítulo titulado: “Testimonios de migrantes residentes en 8 comunas del País” se comparten 16 testimonios de personas migrantes que residen en 8 comunas de Chile: Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Maipú, Santiago, Independencia y Recoleta. Estos testimonios forman parte de 8 reportes comunales sobre las condiciones de vida y de salud de migrantes internacionales en Chile, que corresponden a estudios de casos realizados por el equipo del Programa de Estudios Sociales parte del ICIM de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, en base al Proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos”. En estos testimonios migrantes de distintas comunas relatan su experiencia en el país como inmigrantes y su relación con el sistema de salud chileno. Cada testimonio es acompañado con reflexiones de expertos sobre los desafíos identificados.

Esta sección se ha dividido en tres categorías donde se agruparon testimonios que abordan distintas temáticas tituladas:

- 1) Familia: reencuentros, nostalgia y nuevos comienzos
- 2) Experiencias en la atención y el cuidado de la salud
- 3) Historias de discriminación asociadas a desafíos y miedos.

Se puede acceder a los reportes comunales completos en la siguiente página web:
<http://repositorio.udd.cl/handle/11447/1632>

Capítulo 2: Testimonios de migrantes residentes en ocho comunas del país

1. Familia: Nostalgia, reencuentros y nuevos comienzos

“La niña que agita sus manos desde el puerto, aún no lo sabe. Ignora los adioses que ha puesto con sus ojitos en la orilla de los muelles. Mueve sus manos como una canción lenta que me conduce por el mundo. La niña está en el umbral, sin pasaporte y no lo sabe. Quizá nunca sepa que me dijo adiós y entró como una desconocida a mi corazón y a mis papeles en blanco.”

El adiós, Daniel Matul, libro Solentiname 2017.



Relato 1: “Volver a comenzar”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 35 años

Nacionalidad: colombiana

Tiempo en Chile: hace 2 años

Redes de apoyo: Amigos de pareja quién falleció, tiene un hijo en Chile a quién dio a luz recientemente y tiene otros tres hijos en Colombia.

Lugar donde reside: Arica

Testimonio

Una mujer colombiana de 35 años dio a luz a uno de sus hijos recientemente en Chile, hace un mes. Sus otros tres hijos viven en Colombia, desde donde se vino al Chile hace dos años.

Viajó al país con la esperanza de entregarles un futuro mejor a sus hijos. Cuando trabajaba en una schopería conoció a un hombre chileno, con el que decidieron iniciar una relación estable.

Vivió una situación de gran dolor cuando su pareja murió súbitamente de un infarto. Tras su muerte, ella quedó con grandes carencias, situándose en una posición de vulnerabilidad social extrema.

En la actualidad, se encuentra en situación migratoria irregular. Cuenta que recibe aportes de los compañeros de trabajo de su pareja, y se fue a vivir donde su hermana, quién podía recibirla. Teme por su futuro y el de sus hijos, ya que no sabe si finalmente podrá traerlos a Chile, como era su plan inicial y el de su fallecida pareja.

Su relación con los centros de salud es más bien distante, inscribió a su hijo recién nacido, quien cuenta con RUT chileno al CESFAM (Centro de Salud Familiar), donde ha hecho sus chequeos médicos correspondientes. Se siente insegura, teme por su situación irregular, reconoce que le cuesta confiar en los demás.

La llegada de personas migrantes internacionales representa grandes desafíos para el sistema de salud chileno. Un primer desafío que tiene nuestro sistema de salud es que todos y todas quienes formamos parte entendamos que migrar es un derecho humano y que la migración constituye un determinante social que juega un rol pivotal en la salud de las poblaciones modernas. Asistimos hoy a un mundo globalizado, en el que las fronteras se encuentran tensionadas por diversos factores políticos, sociales y culturales, preconfigurando un momento en nuestra historia en el que la migración es un fenómeno no sólo cada vez más extendido, sino que presenta flujos y velocidades nunca antes vistas en la historia de la humanidad. Sólo garantizando condiciones de vida adecuadas para todos y todas quiénes habiten un territorio determinado, sin importar su país de origen, podremos estar actuando sobre las causas evitables de procesos migratorios no deseados que tienen efectos nocivos en la salud de las poblaciones.

Teniendo estas directrices generales, en el sistema sanitario chileno es posible identificar algunas urgencias 1) Acabar con las brechas de acceso para con población migrante; 2) Implementar un sistema de screening, tratamiento y vigilancia que incorpore el impacto epidemiológico de la población migrante internacional, con un enfoque de derechos humanos y que no criminalice ni discrimine a la población migrante, 3) capacitar a los equipos de salud en el enfrentamiento de patologías prevalentes de migrantes internacionales que no son frecuentes en nuestro país; 4) considerar la implementación de programas de cuidados diferenciados para población migrante internacional en los distintos niveles de atención y 5) estimular procesos de organización de la población migrante internacional en nuestro país que puedan facilitar la gestión de sus intereses en el ámbito sanitario, entre otros.

Respecto a temas específicos del encuentro intercultural, reconozco como esenciales: 1) implementar prácticas de buen trato y no discriminación a todo nivel tanto desde los trabajadores de la salud para con la población migrante como entre colegas de oficio; 2) propiciar espacios de educación a migrantes internacionales respecto de la normativa Chilena vigente, así como también trabajar articuladamente para que esa normativa considere la migración como un determinante social de la salud y tenga un enfoque de derechos humanos; 3) educar a los equipos de salud en temáticas de migración durante sus años de formación técnica o profesional; 4) avanzar en la validación de un perfil de competencias para facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para desempeñarse en el sistema sanitario chileno y 5) integrar un enfoque intercultural en todos los programas y acciones en salud tanto a nivel comunal como en políticas de salud emanadas desde el nivel central, entre otros desafíos.

Si existe un elemento central para manejar adecuadamente estos desafíos, es el incorporar a población migrante internacional en la formulación, desarrollo y seguimiento de políticas públicas y programas que los y las involucren. Es impensable poder proporcionar una atención

integral y de calidad basada en las necesidades de la población migrante internacional, si es que no se les involucra con poder real en la toma de decisiones. Dicho en otro modo, se deben cautelar mecanismos que efectivamente incorporen la visión que promueva la población migrante internacional.

Respecto a este relato en particular, en primer lugar, cabe destacar que la mujer está experimentando algunos eventos que significan cambios importantes en su vida y que pudieran llevar consigo dificultades para adaptarse a los nuevos contextos. Entre estos eventos destacan el nacimiento de un nuevo hijo, el fallecimiento reciente de su pareja y los cambios en su situación socioeconómica, que provocaron también un cambio de residencia. A estas nuevas situaciones se suma el potencial estrés que significa encontrarse lejos de su familia y sus hijos, sin la certeza de cuándo los volverá a ver. El acompañamiento en estas situaciones de cambios podría contribuir a una mejor adaptación, con un efecto positivo sobre la salud mental. Los equipos de salud, en este caso desde la atención primaria, deben estar capacitados para valorar las distintas etapas del proceso migratorio al momento de ejercer cuidados y atenciones. En segundo lugar, las características de la migración propiamente tal exponen a los migrantes a distintos tipos de riesgos para su salud. Después, la llegada al destino está determinada a su vez por la presencia de redes, la posibilidad de desarrollo laboral, la normativa vigente que repercutirán en un asentamiento, retorno o en seguir migrando a otro lugar. Constituye un desafío importante incorporar esta perspectiva de proceso, en las acciones sanitarias que se ejecuten para con población migrante internacional, en los distintos niveles de atención. En tercer lugar, la situación migratoria irregular también significa un desafío para el acceso a los cuidados integrales apropiados en salud, puesto que opera como una barrera más. Debemos avanzar en tener políticas públicas que faciliten la obtención de la regularidad de la situación migratoria en población migrante internacional, y que promuevan el asentamiento de quiénes así lo quieran.



El día de la familia es una celebración que se realiza el 15 de mayo de cada año. Este día se reconoce el rol de la familia en la sociedad y se promueve la unión y el amor entre sus miembros. En México, el día de la familia se celebra con actividades culturales y deportivas en todo el país. En este día, se invita a las familias a pasar tiempo juntas y disfrutar de actividades que fortalecen los lazos familiares. La familia es el núcleo de la sociedad y es fundamental para el bienestar de sus miembros. Por lo tanto, es importante promover y fortalecer la familia como un espacio de amor, respeto y apoyo mutuo.

El día de la familia es una celebración que se realiza el 15 de mayo de cada año. Este día se reconoce el rol de la familia en la sociedad y se promueve la unión y el amor entre sus miembros. En México, el día de la familia se celebra con actividades culturales y deportivas en todo el país. En este día, se invita a las familias a pasar tiempo juntas y disfrutar de actividades que fortalecen los lazos familiares. La familia es el núcleo de la sociedad y es fundamental para el bienestar de sus miembros. Por lo tanto, es importante promover y fortalecer la familia como un espacio de amor, respeto y apoyo mutuo.

El día de la familia es una celebración que se realiza el 15 de mayo de cada año. Este día se reconoce el rol de la familia en la sociedad y se promueve la unión y el amor entre sus miembros. En México, el día de la familia se celebra con actividades culturales y deportivas en todo el país. En este día, se invita a las familias a pasar tiempo juntas y disfrutar de actividades que fortalecen los lazos familiares. La familia es el núcleo de la sociedad y es fundamental para el bienestar de sus miembros. Por lo tanto, es importante promover y fortalecer la familia como un espacio de amor, respeto y apoyo mutuo.

El día de la familia es una celebración que se realiza el 15 de mayo de cada año. Este día se reconoce el rol de la familia en la sociedad y se promueve la unión y el amor entre sus miembros. En México, el día de la familia se celebra con actividades culturales y deportivas en todo el país. En este día, se invita a las familias a pasar tiempo juntas y disfrutar de actividades que fortalecen los lazos familiares. La familia es el núcleo de la sociedad y es fundamental para el bienestar de sus miembros. Por lo tanto, es importante promover y fortalecer la familia como un espacio de amor, respeto y apoyo mutuo.

Relato 2: “Vivir en vigilia”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 62 años

Nacionalidad: Boliviana

Tiempo en Chile: Más de 30 años

Redes de apoyo: Pertenece a grupo indígena Aymara con quiénes se reúne en un comité, tiene 5 hijos chilenos

Lugar donde reside: Arica

Testimonio

Es una mujer mayor, tiene sesenta y dos años. Hace más de treinta años que se encuentra en el país, tiene 5 hijos chilenos. Una de sus hijas, quien tiene veinte años, requiere de atenciones especiales al haber nacido con Síndrome de Down.

Hace cuatro años vive en un campamento. Pertenece a un grupo indígena Aymara, hacen reuniones en un comité que se formó donde ella vive. Actualmente trabaja en un local vendiendo frutas y verduras.

Le tocó vivir una situación muy difícil cuando el padre de su hija abusó de ella. Relata que el evento fue judicializado y el padre de la menor se encuentra preso. Dice que algo que le genera una gran angustia es pensar en el momento en que él salga en libertad.

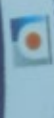
Refiere tener una buena relación con el Centro de Salud Familiar, donde ha mantenido a su hija bajo control por Asma bronquial. Siente que el sistema público de salud en Chile ofrece un apoyo importante, sirviendo de cuidado en salud y de apoyo para cuando requiere de escucha y consejo.

Uno de los principales desafíos que representa la llegada de personas migrantes internacionales para el sistema de salud en Chile tiene que ver con la necesidad de una ley de migraciones moderna, que supere el enfoque de seguridad nacional, que aborde la complejidad del fenómeno migratorio y que tenga un enfoque de derechos; que contemple a las personas migrantes como sujetos de derecho y no como un sujeto sospechoso, amenazante o como ciudadano de segunda categoría. El acceso a la salud es un derecho y aunque en los últimos años se han realizado avances en el acceso por medio de convenios intersectoriales o medidas administrativas, estos avances no pueden estar sujetos a una normativa que dependa de la voluntad del gobierno de turno o de la discrecionalidad de algún funcionario. Los derechos de una persona deben ser garantizados independientemente de donde haya nacido.

Hay una labor importante de sensibilización que hay que hacer, sobre todo en un contexto mundial en donde las distintas crisis económicas, políticas y sociales están provocando grandes olas migratorias y se han revivido discursos políticos violentos, discriminatorios, racistas y xenofóbicos que provocan y legitiman prejuicios y acciones en contra de la dignidad e inclusión social de las personas migrantes. Nuestra propuesta (como Servicio Jesuita de Migrantes en Chile) tiene que ver con visibilizar el problema en su complejidad. Cambiar la mirada; generar discusión, formación y sensibilización con respecto al fenómeno de la migración y la realidad de las personas migrantes en la sociedad de acogida. Diagnosticar y conocer las brechas o riesgos de inclusión que sufren las personas migrantes en determinados momentos de la ruta migratoria y en determinados espacios territoriales o de convivencia para hacer propuestas pertinentes. En el sector salud esta tarea sigue siendo relevante, la capacitación y sensibilización de los funcionarios(as) y profesionales que día a día conocen los rostros de la migración es clave para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud y proporcionar una atención integral a la población migrante.

La historia de esta mujer del relato 2 debe generarnos una reflexión profunda, pues, aunque lleva 30 años viviendo en el país, sus condiciones de vida siguen siendo precarias. Le atraviesan diversas exclusiones y situaciones que ponen en riesgo su salud; no solo es migrante, es mujer, indígena, adulta mayor, cuidadora de una persona con discapacidad, en precariedad laboral, en situación de pobreza, con un limitado acceso a los sistemas de protección social. Más allá de su historia personal, que posiblemente esté llena de resiliencia, es evidente que hay una institucionalidad que falla una y otra vez en la labor de responder a los desafíos de inclusión de las personas migrantes y no es capaz aún de ver la complejidad del fenómeno social para mejorar su intervención. La normativa y sus obligaciones son aplicadas con rigor cuando se considera necesario pero esta misma normativa no logra observar los riesgos de exclusión y las enormes brechas de acceso al ejercicio de derechos que prevalecen de manera importante en los distintos momentos de la vida de las personas migrantes, aun cuando han pasado 30 años desde su llegada al país. Toda una vida en vigilia...

VEN A DESCUBRIR LA MEJOR FORMA DE VIVIR



Portal del Norte

3 Dormitorios
1 baño
equipados

53,84 m²
(1581)
(1212)



AL ALQUILAR CONTACTAR EN
JACO



Relato 3: “Lo importante es su comodidad, aunque me rompa el corazón”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 41 años

Nacionalidad: Boliviana

Tiempo en Chile: Hace un año

Redes de apoyo: Amiga con quién vive, es divorciada y tiene una hija que vive en Argentina

Lugar de residencia: Calama

Testimonio

Es una mujer de 41 años, emigró de su país acompañada de su marido hace más de diez años con destino a Argentina donde trabajó en un taller de ropa y aprendió el oficio de modista. Ahí tuvo a su hija mayor, hoy de nueve años de edad. Hace un año decidió divorciarse de su marido y para hacerlo volvió a emigrar, esta vez con destino a la ciudad de Calama. Su hija no logró adaptarse al colegio en Chile y solamente alcanzó a asistir durante tres meses para luego regresar a Argentina con su padre, donde siente tiene mejores condiciones de vida a las que si viviera con ella en Calama:

“Pero bueno lo importante era su comodidad, y vivir en una pieza pucha dices no, mejor no puedo, prefiero que me rompa el corazón, pero prefiero que esté en casa más cómoda entonces”.

El día de la entrevista, ella acude con un embarazo de siete meses y medio. El padre es boliviano y no tienen una relación formal, pero prefiere tener a su segundo hijo en Chile a pesar de su complicada realidad en Calama.

Hoy vive en una pieza que comparte con una amiga y trabaja algunas horas al día como modista en el taller de una amiga. Conoce el sistema de salud chileno y asiste a sus controles prenatales. No sabe cómo lograr un trabajo formal que le de estabilidad y le permita recibir sin premura económica a su segundo hijo, que está pronto a nacer.

El sistema de salud -al igual que los otros sistemas del Estado- está desafiado a cumplir las convenciones internacionales y dar acceso a derechos a las personas inmigrantes. No es inusual que, durante el primer período de asentamiento, los inmigrantes tengan dificultades en conseguir empleo y, por lo tanto, pasen por condiciones de vida adversas. Eso explica que esta madre esté de acuerdo en que su hija vuelva a vivir a Argentina con su padre. Sin embargo, es derecho de todas las personas migrantes poder estar con sus familias. Esto no sólo implica la creación de permisos de reunificación familiar, sino también acompañar y facilitar el proceso, por ejemplo, con la debida inserción en el sistema escolar y los beneficios que él contempla.

En términos del sistema de salud, en este caso acceso a derechos refiere no solamente a otorgar atención en salud durante el embarazo, sino que se debe contemplar un acceso a salud prenatal y postnatal culturalmente pertinente. Es necesario estar conscientes de que nuestro sistema de salud no es el único ni el mejor posible. Los demás países tienen sus propios procedimientos y modos de enfrentar los procesos de salud/enfermedad. En este sentido, habría que consultar a las mujeres sobre cómo esperan llevar adelante sus procesos de embarazo y de parto, por ejemplo, y respetar distintas formas y costumbres.

En temas de embarazo y parto se deben contemplar distintos modos de llevar a cabo la relación entre el sistema de salud y el “paciente”. Si bien esto implica un esfuerzo por abrirse a nuevas formas de hacer las cosas y por mantener una actitud de apertura frente a distintas costumbres, dicho esfuerzo podría enriquecer al sistema de salud enormemente. Los “pacientes” extranjeros -y también los nacionales- deberían tener la posibilidad de que sus creencias y formas de ver el mundo fueran respetadas. Esto pasa, por ejemplo, por validar desde patrones alimenticios distintos al nuestro, hasta por comprender que tanto nuestros controles de preparto como de postparto y posteriormente de niño sano no son iguales en todas partes. Si las personas no cumplen con el esquema que nuestro sistema de salud contempla, no son personas negligentes, sino que simplemente no comprenden la necesidad ni la importancia de seguir este esquema, pues siempre lo hicieron de otra manera y con resultados adecuados en la mayoría de los casos.

Los profesionales y trabajadores del sistema de salud deben instruirse sobre los sistemas de salud de los países de donde provienen la mayor cantidad de migrantes. Sólo de esa manera podrán comprender los comportamientos divergentes y lograr un diálogo con ellos validando sus costumbres. Esto ayudará a generar un diálogo intercultural, pero para que este tipo de diálogo pueda producirse, se requiere no sólo conocer los diversos sistemas de salud, sino cultivar una actitud de apertura, que también puede ser entrenada y que beneficiaría tanto a pacientes nacionales como extranjeros.

del Bloque

Gráfica
Generales



idos: 2330913

CEMENTO ARIDOS
BLOQUES 0,9 0,14 0,20

PEDIDOS:

330913

Aridos

Spazio
per il tuo
negozio
per il tuo

330913

VISA



servizio domicilio

S
S
TAPAS DE
CAMARAS



Relato 4: “Un nuevo refugio donde comenzar”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 41 años

Nacionalidad: Peruana

Tiempo en Chile: Hace 11 años

Redes de apoyo: Vive con su pareja y sus 3 hijas, recibe apoyo de organizaciones, entre ellas ACNUR, pues migró en calidad de refugiada

Lugar de residencia: Comuna de Recoleta

Testimonio

Es una mujer peruana de 41 años de edad. Vive hace 11 años en Chile junto a sus 3 hijas. Su pareja, que también es de Perú, llegó 3 meses después de ella al país.

Tiene un negocio en la comuna y además es ama de casa. Está en situación regular en calidad de refugiada: emigró por asilo político. Relata su difícil historia de vida, su madre era profesora y un día desapareció, por lo que su abuela se encargó de criarla. Nunca más volvió a ver a su madre.

Fue presa política en Perú durante 13 años, mientras que su padre aún se mantiene como preso político en su país de origen. Actualmente, casi toda su familia vive en exilio político.

Cuenta que recibió ayuda del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para salir del país y llegar a Chile, donde también afirmó recibir apoyo de organizaciones en múltiples ocasiones, dada su precaria situación y ausencia de redes de apoyo al llegar al país.

Actualmente, pertenece a FONASA A y se atiende en el sistema público de salud. Participa activamente de la mesa migrantes que se creó recientemente en la comuna y busca apoyar en el proceso de integración a otros migrantes refugiados que hoy viven en el país.

Las historias de estas personas a menudo son ignoradas por las instituciones con las que entran en contacto. Esto implica enfrentar sus necesidades de salud desde una perspectiva que será capaz de verlas sólo desde el punto de vista de su enfermedad, diseccionadas, desperdiciando las posibilidades de resiliencia que han desarrollado durante sus vidas y lo estratégicas que pueden resultar como recursos humanos que promueven salud dentro de sus propias comunidades. El caso de los refugiados revela estas dos dimensiones. Por una parte, sus historias están trazadas por violencias y sufrimientos provenientes de mundos lejanos, que a menudo ignoramos. Conocer los motivos de estas violencias y las trayectorias que han recorrido las familias migrantes nos permite no sólo dar una mirada holística a la situación en la que se desarrolla un síntoma, un malestar o una enfermedad. Además de poder situar el sufrimiento de las personas en sus trayectorias, mirar la especificidad de las personas solicitantes de asilo y refugiadas nos permite abrir las estrechas posibilidades que a ratos dejan las categorías diagnósticas. Ir más allá de la depresión, de la adaptación, del trastorno para reconocer la capacidad de reunificar los fragmentos destrozados de la experiencia subjetiva y recomponerlos en una nueva proyectualidad inscrita en la migración. Esta dimensión resiliente y agentiva que presentan algunas de las historias de personas refugiadas son elementos valiosos para movilizar participación y promoción de salud.

En particular es importante empezar a conocer las implicancias que tiene la migración forzada sobre la salud de las personas que la han vivido. Las situaciones de violencia pueden haber tenido consecuencias importantes sobre la salud física y psicológica de las personas que son importantes de visibilizar sin caer en riesgos de reproducir eventos traumáticos ni estigmatizar a grupos específicos. Dadas las diversas condiciones en que se realiza la migración forzada, algunas familias prefieren relegar esta dimensión como una condición íntima y confidencial. Otras, en cambio, preferirán reivindicarla como la experiencia importante que ha significado en sus vidas y promoverán activismo y participación social, como parte de un proceso de resiliencia. Conocer esta especificidad por parte de los equipos de salud y de la sociedad en general, constituye un primer paso para proporcionar atención integral a este tipo de personas.

En esta historia hay violencia política y familias fragmentadas que están en la base de la migración. También hay enormes capacidades y oportunidades de resiliencia demostradas por las familias y las personas que están en esta condición. Integrarlas al sistema de salud y promover oportunidades de atención que superen los servicios mínimos que se ofrecen hoy en atención primaria para este tipo de población son desafíos importantes para el sector salud que se superan a partir de la coordinación intersectorial y la formación profesional basada en las oportunidades que da el territorio.



Relato 5: “Nueva oportunidad de crecer”

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Nacionalidad: Peruano

Tiempo en Chile: Hace 13 años

Redes de apoyo: Vive con su esposa y tres hijas, participa en una organización formal de vecinos llamada “Amauta”

Lugar de residencia: Comuna de Recoleta

Testimonio

Es un hombre peruano, quién llegó hace 13 años a Chile para reunirse con su pareja. Una vez aquí, cuenta que se casaron.

Sus motivaciones para venir a Chile fueron continuar sus estudios: es psicólogo y vino a realizar un postgrado, siente que era difícil haberlo logrado en el contexto político y social que atravesaba su país en esos años.

Consideró muy difícil insertarse laboralmente, pero afortunadamente logró desempeñarse como psicólogo. Actualmente vive junto a su esposa y tres hijas en una casa en la comuna de Recoleta, pero considera problemático el poco espacio de la vivienda y la inseguridad del sector. Piensa que el tema de la vivienda es uno de los problemas más importantes para la población migrante en Chile.

Actualmente participa de una organización formal de vecinos llamada “Amauta”. Constata que se ha generado una muy buena relación entre ellos, al prestarse ayuda e información mutua.

Cree que, debido al aumento de migrantes, en el último tiempo ha disminuido la discriminación que percibía años atrás. Además, observa una mejora en el acceso a servicios e información, incluyendo el sector salud, mejorando las oportunidades para esta población.

Comentario de experto: Diego Jazanovich

Es lógico inferir que cualquier sistema de salud al que se le sume la necesidad de velar por un mayor número de personas, se verá sometido a una mayor presión para entregar la atención debida especialmente respecto a sus debilidades o carencias. Esta situación, sin duda, no es inmune a la llegada de migrantes que, como en mi propio caso, hemos elegido Chile como destino para vivir.

El sistema de salud en Chile tiene numerosos desafíos que incluyen problemas de acceso, largas listas de espera, e inequidades en salud. Existe un sistema privado (ISAPRES) y uno público (FONASA) donde sus usuarios deben pagar y elegir ser parte de uno u otro. Lamentablemente, quienes tienen menores recursos económicos suelen utilizar el sistema público, encontrándose éste sobrecargado. La llegada de personas migrantes internacionales podría agudizar entonces la sobrecarga del sistema público. El desafío para las personas migrantes yace en contar con las herramientas e información para comprender de antemano cómo está conformado el sistema de salud en Chile, cómo funciona y cuán accesible es para quien migra. La comunicación es también un elemento esencial, siendo que muchas personas migrantes no hablan español y a su vez, quienes trabajan en el sistema de salud tampoco hablan el idioma de estos nuevos usuarios. Los objetivos para mejorar el sistema de salud han sido señalados por el actual Gobierno en su plan de salud e incluyen: reducir listas de espera, reformar la atención en salud primaria, modernizar el modelo de atención de salud, rebajar los precios de los medicamentos y fomentar una cultura de vida sana. Estos desafíos deben ser también abordados teniendo en cuenta la realidad migratoria de Chile hoy día.

Analizando el relato de este profesional peruano que emigró a Chile, quizás el enfoque que deberíamos darle es preguntándonos: ¿cómo logró este profesional migrante desempeñarse como psicólogo en Chile? Porque el éxito de la inserción de este profesional migrante en su nuevo entorno es clave, no solamente para poder desempeñarse como profesional sino también para poder proveer para las necesidades de su familia y dependientes. El relato nos cuenta que este hombre consideró muy difícil insertarse laboralmente en Chile pero que lo logró. El actual sistema de revalidación de títulos extranjeros está exclusivamente en manos de la Universidad de Chile ¹⁰, siendo que los títulos extranjeros de psicología de Perú requieren ser revalidados en Chile para habilitar al profesional para ejercer dicha profesión. En este sentido, la Fundación El Paciente Inglés ¹¹ ha expuesto un sistema de revalidación de títulos poco transparente y justo, que presenta grandes barreras para la incorporación laboral de profesionales cuyos títulos fueron obtenidos en el extranjero, incluso para quienes son de nacionalidad chilena y estudiaron afuera. Sin duda, transformando el sistema de revalidación, reconocimiento y convalidación de títulos extranjeros en Chile, un gran capital humano de profesionales migrantes, al igual que el protagonista de este relato, podrán insertarse dentro de su rubro en su nueva sociedad, siendo un aporte al país, e incluso al sistema nacional de salud, de forma mucho más expedita y transparente.



Relato 6: “Estoy luchando por ellas”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Ecuatoriana

Tiempo en Chile: Hace 10 años

Redes de apoyo: Tiene pareja y primas en Chile, tiene dos hijas. Reporta buena relación con el sistema de salud

Lugar de residencia: Comuna de Santiago

Testimonio

Es una mujer trabajadora, esforzada y luchadora. Llegó a Chile hace 10 años en búsqueda de trabajo, alentada por las buenas experiencias de sus primas en el país.

Empezó trabajando como garzona en una schopería y luego haciendo aseo en una casa particular. Cuenta que tuvo un período muy difícil al comienzo, estaba estresada por la cantidad de trabajo, pues trabajaba de lunes a domingo. Recuerda que estaba cansada y lloraba por todo, hasta que buscó ayuda en el consultorio y le dieron unas “pastillas para no llorar tanto”.

Al poco tiempo de estar en Chile encontró una pareja y quedó embarazada. Relata que, si bien recibió atención adecuada por parte del sistema de salud, se sintió muy sola durante todo el proceso, ya que su pareja trabajaba y su red de apoyo en Chile era escasa.

Su proceso de migración ha estado marcado por la presión de mantener un trabajo, generar recursos y por la sensación de soledad de estar en un país donde no está toda su familia.

Ante la pregunta: ¿Cómo te sientes hoy en Chile? Ella responde: “Me siento tranquila eeh... porque tengo igual a mis dos niñas y estoy luchando por ellas dos...”

En los últimos años Chile ha cambiado rápidamente, la globalización y las posibilidades económicas lleva a que personas de otros países quieran venir a nuestra nación a buscar una posibilidad de desarrollo y progreso, el título de este relato lo dice claramente “Estoy luchando por ellas”. En esta realidad todos estamos involucrados y debemos prepararnos y participar, especialmente el sistema de salud, ya que se enfrenta a otro contexto, necesita tomar las medidas necesarias y tener las condiciones para acoger a la nueva población. La cultura en Chile cambiará, ya que será la que traen los migrantes de sus países, la nuestra y la combinación de ambas. Esta es una gran oportunidad para el cambio de paradigma a nivel de salud, la orientación paternalista antigua que todavía está presente en algunos servicios debe cambiar, el sistema de salud debe trabajar en un enfoque horizontal centrado en el usuario, independiente de su nacionalidad.

Este nuevo desafío significa una gran oportunidad en la academia y la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud, hay que entregarle las competencias para el Chile actual, que es diferente del que nos formamos muchos de nosotros hace algunos años. Hay que modificar los planes de estudios y las mallas curriculares para incorporar las competencias de interculturalidad, globalización y competencia cultural, entre otras, las cuales les entregará herramientas para enfrentar a la nueva población que tengan que atender, respetando y conociendo las costumbres y creencias de los migrantes y sus familias.

En Chile, la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud establece, en su párrafo 3 “el derecho de las personas a tener compañía”. El Ministerio de Salud chileno ha conceptualizado la integralidad incorporando las variables espiritual y cultural: “La integralidad [...] implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano”.

En este relato se hace explícita la necesidad de entregar cuidados de salud integrales, no solamente el resolver el parto, sino poder acompañar a la mujer en forma total, con una visión biopsicosocial y espiritual, hay que evaluar todas las necesidades de la persona y poder intervenir o derivar si es necesario, hay que valorar quien puede acompañar a esta mujer en el proceso si está sola en Chile, a quien poder llamar cuando hay dudas y acudir frente a la angustia, quien me guíe y acompañe, ser empático con el otro no solo desde la definición de empatía “ponerse en el lugar del otro” sino realmente entenderlo e intervenir. El profesional de salud que recibe a una persona que es migrante debe acogerla en su cuidado, con hospitalidad, presencia y compasión, acompañarlo, hablar y apoyar. Si bien los profesionales de enfermería consideran importante la entrega de cuidados integrales, debemos formarlos para que no presenten dificultades para ofrecerlos, derivados de la falta de conocimiento y preparación.



2. Experiencias en la atención y cuidado de la salud: Expectativas, alegrías y desilusiones

*“Vivo mi vida en círculos que se abren sobre las cosas, anchos.
Tal vez no lograré cerrar el último
Pero quiero intentarlo.”*

Versos de un joven poeta, Rainer Maria Rilke, 2018.



Relato 7: “Huir para seguir adelante”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Colombiana

Tiempo en Chile: Hace 2 años y tres meses

Redes de apoyo: Vive con esposo e hija en Chile, tiene otras hijas en Colombia. No cuenta con mayor red de apoyo

Lugar donde reside: Iquique

Testimonio

Llego al país hace dos años y tres meses, siguiendo a su esposo que había migrado primero. Cuenta una historia interesante, su marido fue extorsionado por delincuentes en Colombia que lo amenazaron de muerte.

Al poco tiempo en Chile quedo embarazada, situación que le impidió conseguir un trabajo que permitiera regularizar sus documentos. Relata haber sido fuertemente discriminada por el médico al momento del parto en el hospital, sumado que al estar hospitalizada le dijeron que debía pagar \$800.000 por el parto en total y abonar \$200.000 para poder salir del recinto. Cuenta que al no contar con el dinero escapó del hospital con su recién nacida.

Dado este contexto, su hija está en una situación de completa irregularidad ya que no tiene pertenencia a ningún país. Actualmente se siente estresada y ansiosa por no poder trabajar ya que debe cuidar a su hija menor y no puede criar a sus otras hijas que se encuentran en Colombia:

“Quiero ir, yo arreglando mis documentos aquí yo me voy, yo me iría, porque no estoy trabajando, depende de mi marido, prácticamente estamos viviendo aquí y para vivir nos vamos al país de nosotros, para vivir nos vamos donde somos y terminar de criar mis hijas y todo, porque aquí no... yo no me hallo más aquí, yo arreglo mis documentos y me voy, no tengo problema”

La llegada de migrantes internacionales presenta el desafío de llegar con nuestras atenciones de salud a todas las personas presentes en el territorio, conscientes que la exclusión de cualquiera de ellos es perjudicial no sólo para quien no accede al sistema, sino para una colectividad que construye en conjunto sus condiciones e índices de salud. Este desafío es tremendamente obstaculizado por situaciones como las que narra este caso. Una madre que se siente maltratada y amenazada por temas tan sensibles para la comunidad migrante como son las deudas económicas y la posibilidad de trabajar, justo en el momento en que debería ser más contenida y protegida por el sistema de salud, habla de un fracaso de nosotros como país de acogida y de nuestros sistemas.

Situaciones como las vividas por esta mujer deberían tener canales de derivación por las que un maltrato, o situaciones confusas respecto al costo económico de un parto, deberían haber sido denunciadas y aclaradas con inmediatez, evitando impulsar acciones precipitadas como las que cometió la mujer al escapar con su niña recién nacida. Los maltratos en la atención de partos y la violencia obstétrica son uno de los nudos más conflictivos de nuestro sistema en materias de género. La invisibilización o la abierta negación de estas realidades no ayuda a que las personas se sientan seguras y contenidas en un momento tan importante como el parto. Por lo mismo, la mirada crítica a las prácticas que se realizan en la atención del parto y el ejercicio del derecho a la información veraz son obligaciones que hemos de asumir en todos los niveles del sistema de salud. Sin que ello suceda, la llegada de migrantes internacionales sólo agudizará los conflictos que ya tiene internamente el sistema, poniendo a mujeres especialmente frágiles en situaciones de riesgo extremas innecesarias.

En mujeres migrantes en todo el mundo se han evidenciado situaciones de violencia obstétrica y de negación del derecho a la información. Este relato evidencia las consecuencias que este tipo de prácticas, normalizadas en los equipos de salud, tienen sobre la vida de las personas. En particular, se muestra cómo la situación haya generado dificultades en la regularización de la condición migratoria de la niña, con las consecuencias implícitas en su desvinculación del sistema sanitario. Este tipo de situaciones se pueden superar a través de un reconocimiento de la existencia de este tipo de violencia, con una legislación específica al respecto. Además, el derecho a la información fidedigna y clara es otra dimensión aun incumplida para todos los usuarios de salud y, como evidencia el caso, para la población migrante en particular. En este tipo de situaciones no se percibe sólo la falla de un elemento del sistema que, a partir de su posición de médico, da información errada respecto al sistema de salud y ejerce un tipo de maltrato psicológico, sino del sistema entero, que no es capaz de pesquisar el riesgo implícito en esta situación y de evitar el desenlace extremo que la historia presenta. La incorporación de personal especialmente dedicado al ejercicio del derecho a la información, así como la detección de situaciones en las que se percibe riesgo bio-psico-social extremo, son elementos esenciales para garantizar la atención de calidad en nuestro país.



Relato 8: “Salud como un miedo”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 48 años

Nacionalidad: Peruana

Tiempo en Chile: Hace 9 años

Redes de apoyo: Vive con su pareja y 4 hijos, una de ellas nacida en Chile

Lugar donde reside: Antofagasta

Testimonio

Mujer peruana de 48 años, vive hace nueve años en la ciudad de Antofagasta.

Tiene una pareja estable y cuatro hijos, de los cuales la última nació hace cinco años en Chile. Relata esta experiencia como una situación casi traumática que la marcó profundamente: fue a atenderse al hospital producto de fuertes dolores abdominales que tuvo de manera repentina, además de abundante sangramiento. Recuerda la larga espera para ser atendida y el mal trato recibido por parte del funcionario que la recibió, recalcando su condición de migrante como algo peyorativo.

Ella presentó una complicación obstétrica que tuvo en riesgo su vida y la de su hija. Afortunadamente su hija logró sobrevivir al parto, pero la mujer dice mantener mucho miedo hasta el día de hoy por el riesgo de que su hija haya quedado con secuelas neurológicas, pues tiene recién 5 años. Este miedo surge de la experiencia de salud materna vivida en Chile, que acentuó su temor al sistema de salud en general y a la salud de su hija en particular.

Hoy su hija afortunadamente se mantiene sana y entrará a un colegio en los próximos meses. Ella espera que sus miedos desaparezcan y su hija crezca fuerte y feliz.

Desafíos importantes son los de humanizar y capacitar a los funcionarios del área de la salud en Chile e integrar a los líderes y dirigentes de la comunidad inmigrante en las instituciones encargadas de impartir dicha salud. Pero existen otros desafíos igual de importantes, los cuales son la actualización de las leyes y normas que regulan la atención y le dan el derecho a un inmigrante a ser atendido en las mismas condiciones del chileno, ya que hasta hace poco quien no tuviera Rut o sus documentos en regla no tenía absolutamente ninguna posibilidad de entrar al sistema de salud, precarizando su condición física y moral tanto para él como para los que habitan su entorno. Afortunadamente se ha venido legislando en favor de la población migrante, convirtiéndose esto en otro desafío porque toca llevar lo escrito del papel a la realidad, de las leyes a los hechos, dar total cumplimiento a dichas disposiciones es otro de los desafíos que expone la llegada masiva de extranjeros. Uno más de los desafíos es informar e instruir a toda la población migrante en sus derechos y deberes en salud ya que quienes llegamos a este país desconocemos en su totalidad todo el marco legal chileno, eso por si solo ya es un desafío.

Todos estos desafíos hay que manejarlos y afrontarlos con voluntad política y cívica, adoptando políticas públicas claras y consistentes en el tiempo, con campañas de inclusión y tolerancia, del respeto por el diferente por el distinto, difundiendo masivamente entre los inmigrantes sus derechos y deberes, invirtiendo en el mejoramiento de instituciones y entes de salud para así lograr sitios aptos y acordes al gran desafío del crecimiento de la población con la llegada de extranjeros a este bello país, implementando protocolos de protección a la discriminación, a la xenofobia y al racismo pero ante todo castigar a quien insista en estas deplorables prácticas.

La historia que narra la amiga peruana no deja de ser triste, traumática y vergonzosa porque relata una de las prácticas más antiguas y lamentables de algunas instituciones y funcionarios del sistema de salud chileno. En este caso se identifican muchos desafíos planteados anteriormente, como es el trato digno que el funcionario está en la obligación de cumplir con el paciente, no por el hecho de ser un inmigrante sino porque es su deber moral y legal. Este caso plantea otro desafío, en como castigar al funcionario y a la institución por estas malas prácticas, las leyes están, pero como hacerlas cumplir es otro desafío.

Como se ve, los desafíos son enormes y difíciles, pero no imposibles. Solo basta voluntad, ganas y entereza por querer un Chile inclusivo, intercultural y multicultural, un Chile donde quepamos todos y todas, un Chile de puertas abiertas, donde la raza, el color, la nacionalidad y las costumbres no sean impedimentos para convivir los unos con los otros y vivir en paz, amor y unión, ¿será esto tan inmensamente difícil?



Relato 9: “Las niñas son amables”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Colombiana

Redes de apoyo: Tiene amigas chilenas, vive en una casa familiar donde arrienda una pieza, tiene buena relación con ellos. Reporta buena relación con el sistema de salud

Lugar donde reside: Comuna de Maipú

Testimonio

Es una mujer joven y de trato afable. Llegó a Chile con el novio, pero rompieron al poco tiempo de llegados. Pasó una etapa deprimida al inicio, porque no tenía dinero para volver.

En Colombia tenía que mantener a toda la familia: padres, hermanos... No podía cumplir sus sueños y proyectos. Cree que en Chile ha tenido la oportunidad de salir adelante e incluso de estudiar. Se siente agradecida de Chile y de su expatrona que la trató de muy buena manera y le otorgó oportunidades.

Actualmente está trabajando en una oficina contable, abriéndose paso a costa de trabajar en dos lugares. Tiene sólo amigas chilenas, no conoce otros migrantes, en Maipú no ha visto a nadie de Colombia y le gustaría que se venga algún familiar a acompañarla a Chile.

Está agradecida del CECOSF y del hospital donde se atiende. La atienden muy bien, explica que “las niñas son amables”, especialmente la matrona. Le gustaría mejorar el acceso a especialistas, pues considera que no está bien que haya que esperar seis meses para ver a un oftalmólogo, problema frecuente en el sistema público chileno. Fue a médico particular inicialmente, recibió buena atención y la doctora que la atendió consiguió enrolarla en Fonasa. Tiene una enfermedad crónica que requiere de controles mensuales por lo que la inscripción formal al sistema de salud es importante para ella.

Ha escuchado que la vivienda es una necesidad para los migrantes. Ella vive en una casa familiar, arrienda una pieza que está sola en el piso de arriba y tiene baño propio. Si bien reconoce algunas diferencias culturales, el trato con la familia que la acoge es bueno y puede usar toda la casa. Le gustaría tener algo propio para vivir, con una posible pareja en el futuro.

La llegada de migrantes a nuestro país imprime distintos desafíos, hasta el año 2017 y la tendencia esperada para los próximos años, es que los flujos migratorios aumenten en el territorio nacional y junto con ello las demandas al sistema de salud crezcan. Uno de los elementos más claros es que muchos migrantes pertenecen a países de clima templado y la llegada a nuestro país genera resfríos y gripes que deben cuidar, a pesar de ello, las personas mantienen buenos estados de salud, pero siguen significando un aumento de atenciones que debiesen considerarse. En consecuencia, la proyección demográfica es de real relevancia a la hora de analizar el sistema público salud, pues con ello se establecerán protocolos de prevención y reacción según sea el caso y se podrá adecuar la información a distintos idiomas.

En el contexto de atención universal para las personas migrantes, es de real importancia establecer un presupuesto anual que busque equilibrar el número de atenciones crecientes por carencia de recursos, de esa manera, la llegada de extranjeros no perturba el sistema y no se generan colapsos que posteriormente desarrollan puntos de desencuentro entre el nacional y la personas en movilidad humana. Otro elemento para analizar es que muchos migrantes se encuentran trabajando con permiso de trabajo, pero ni él ni el empleador conocen que existe la posibilidad de comenzar las cotizaciones en FONASA. Este punto es crucial, puesto que muchas personas por desconocimiento no contribuyen al sistema que posteriormente podrían utilizar. Finalmente, la llegada de profesionales de la salud extranjeros, imprimen el desafío de la integración, la carencia en esta área de profesionales en Chile exige establecer una forma de nivelar y acoger a las personas de profesiones como esta.

A partir de este relato se reconocen algunos desafíos para el país. Realizar una caracterización de la migración es realmente relevante, muchos organismos desconocen la situación de salud de los migrantes y por tanto no pueden establecer protocolos de prevención, no pueden capacitar a médicos, no se pueden derribar mitos, etc. Es importante establecer datos cuantitativos respecto de estas temáticas, para prevenir y sensibilizar. Sensibilizar al empresariado y educar a los trabajadores también es de suma importancia para un funcionamiento eficiente del sistema de salud, por consiguiente, es fundamental la alianza con la Inspección del Trabajo y el Departamento de Extranjería y Migración para informar al mundo empresarial de las distintas formas de cotizar sin ser multados. Finalmente, la revalidación de estudios para incorporar mayor cantidad de profesionales también involucra un desafío de profunda reflexión que corresponde a descentralizar el proceso. Actualmente la Universidad de Chile es la única institución encargada de estas tramitaciones en el caso de migrantes de países sin convenio, lo que involucra amplios espacios de espera y costos elevados. A partir de ello el desafío es la descentralización para que a partir de ello agilizar la tramitación y lograr un ejercicio profesional acorde a las normas de nuestro país que logre atenuar la falta de profesionales en Chile.

Tomadela

ARTES
GRABADO

GRAFFITI

La emergencia se extendió
por 24 horas, los 365 días del año

CTP
Caja Costarricense de Seguro Social

¡El seguro médico de CTP te protege en cualquier momento y lugar! ¡El seguro médico de CTP te protege en cualquier momento y lugar!

¡El seguro médico de CTP te protege en cualquier momento y lugar!

¡El seguro médico de CTP te protege en cualquier momento y lugar!



Relato 10: “No te examinan”

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: cerca de 50 años

Nacionalidad: Ecuatoriano

Tiempo en Chile: Hace 10 años

Redes de apoyo: Reporta cercanía con el sistema de salud, en atención primaria y sistema particular

Lugar donde reside: Comuna de Maipú

Testimonio

Hombre de mediana edad, vino de Ecuador hace ya diez años. Se siente mejor en Chile que en Ecuador, señala que vive bien...

Arrienda un departamento que era vivienda social construida en los años setenta, dos dormitorios, dos baños, cocina y living. El señala que lo mantiene en buenas condiciones, ordenado, pintado y aseado. En el sector donde vive se lleva bien con los chilenos, pero no conoce a muchas personas porque no le gusta mucho salir.

Nunca le ha costado encontrar trabajo en Chile, se dedica actualmente a lavado de autos, le alcanza para mantenerse y sustentar gastos de la casa y arriendo.

Ha usado los centros de salud familiar (Cesfam) y clínica particular de la comuna de Maipú. Si bien su opinión es positiva, señala que el punto débil del CESFAM es que hay que acudir a sacar número muy temprano.

Explica que los médicos ecuatorianos que atienden en Chile son muy buenos, incluso mejores que los médicos chilenos en muchos casos. Su percepción es que los médicos chilenos atienden bien, pero no examinan a los pacientes, cosa que sí hacen con detalle los médicos ecuatorianos.

Al consultar por las necesidades detectadas para la población migrante en Chile, cree que el acceso a una vivienda digna y de costo justo es lo principal, aunque explica no es su caso personal.

El mayor desafío de la llegada de personas migrantes internacionales para el sistema de salud del país tiene que ver con ser capaces de incorporar aspectos culturales y sociales dentro de sus sistemas de atención. Las personas migrantes presentan necesidades particulares en salud, derivadas tanto de su historia de vida en su país de origen como del proceso mismo de migrar. Por esto mismo, para dar una real respuesta a los requerimientos de salud de esta población el sistema requiere ampliar su mirada más allá de lo netamente fisiológico, y generar una atención culturalmente pertinente que incorpore enfoques como el de determinantes sociales de salud, interculturalidad en salud, estrategias intersectoriales, género, entre otros.

Para dar respuesta a estos desafíos se requiere generar un cambio en la cultura biomédica en el sentido de ampliar la mirada mecanicista que el sistema de salud tiene sobre el cuerpo humano. Para esto se requiere reforzar el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, con enfoque biopsicosocial, implementado en atención primaria, y sensibilizar a los y las trabajadores de salud en interculturalidad en salud. Esto con el objetivo de ampliar la mirada de atención de salud desde lo local hacia lo global, en el entendido que fenómenos como la migración actual son tendencias que se seguirán desarrollando y son efectos de la globalización, proceso que pone en cuestión las identidades locales y abre a la sociedad en su conjunto a la incorporación de la diversidad humana y cultural en tanto configuración de las naciones. En este sentido, el sistema de salud requiere necesariamente adaptarse a las nuevas realidades sociales e incorporar las variables culturales dentro de su proceso de atención de salud.

En la historia se señalan algunos elementos que permiten identificar diferencias culturales en cuanto a la atención de salud que percibe el hombre entrevistado en Chile y en su país de origen. Una de esas diferencias tiene que ver con la falta de examen físico en la atención en Chile reportada por el entrevistado. Este elemento nos permite hipotetizar sobre las diferencias respecto a la concepción del cuerpo y el tratamiento que se le otorga a éste en los diferentes sistemas de salud, y las consecuencias que aquello tiene en su experiencia con la atención de salud. Al decir que en Chile los médicos no examinan, el entrevistado deja entrever una distancia física que se establece en nuestro sistema de salud entre los prestadores de salud y los usuarios, distancia que puede tener un impacto negativo en personas que culturalmente otorgan un valor a la cercanía y el contacto físico.



Relato 11: “Alternativa de atención”

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Nacionalidad: Peruano

Redes de apoyo: Vive con su familia nuclear en Chile, su esposa y tres hijos

Lugar donde reside: Comuna de Santiago

Testimonio

Vino de Trujillo (Perú) donde trabajaba como zapatero. Relata que mes a mes se veía obligado a pagar a delincuentes organizados para que no le robaran. Un día salió y al volver a su casa estaba vacía, le robaron todas las máquinas y materiales para fabricar zapatos.

Frente a este doloroso episodio su familia decidió venirse a Chile, primero su esposa, y luego de siete meses él junto a sus 3 hijos. Actualmente trabaja en un lavado de autos en la comuna donde reside, con trabajo informal y pago semanal.

Cuenta que su mujer lleva a los hijos al Dr. Simi para atención médica, no los lleva al Centro de Salud Familiar (CESFAM). Percibe que la calidad de la atención en este servicio es muy baja, incluso explica en afán de humor que quienes se atienden en el Dr. Simi también buscan sus diagnósticos por youtube.

Considera que la principal necesidad para los migrantes es la vivienda. Él ha observado que a los que tienen niños nadie les quiere arrendar. Relata situaciones de discriminación hacia la comunidad migrante por parte de los locales y eso le ha afectado en sus lugares de trabajo y en la convivencia con otras comunidades en el pasado. Lamenta los episodios de discriminación hacia quienes vienen de otros países, pues muchos tal y como él están escapando de pobreza y abuso, y buscan un mejor porvenir para sus seres queridos.

Esta historia presenta uno de los desafíos más importantes para la atención en general y en particular para la atención de personas migrantes internacionales: la generación de confianza. La confianza, la percepción de empatía por parte de un sistema de salud capaz de comprender las necesidades de los usuarios/as, de reconocer sus potencialidades y de contener sus fragilidades, son fundamentales para la promoción de un modelo de salud colectiva. Sin esos elementos se pueden generar riesgos en la atención como los que presenta esta historia: dejar al mercado la responsabilidad total de la salud de sectores que prefieren no acercarse a los servicios del Estado, puede hacer que toda la especialización y el capital humano desarrollado en el país para la atención de salud no lleguen a quienes más lo necesitan.

Estos nuevos desafíos tienen una dimensión estructural en torno a la capacidad de formación de los equipos de salud, de coordinar tiempos y recursos, de modo de poder enfrentar la especificidad de los migrantes internacionales desde una posición consciente de los riesgos de discriminación y racismo que están inscritos en la relación entre cualquier sujeto. Garantizar la coordinación, la circulación de información en materia de derechos y deberes, es deber de las autoridades de salud que muchas veces no aseguran la aplicación de leyes y protocolos a partir de prácticas específicas a partir de las cuales los equipos puedan orientarse. Además de esta dimensión estructural, surge una dimensión personal y de trabajo de equipo en el que tomamos consciencia respecto a nuestro posicionamiento frente a los usuarios. Las estrategias de atención son cruciales para la generación de confianza y adherencia de los usuarios. Los eventuales conflictos, contradicciones o faltas de información que puedan surgir en la relación con este tipo de pacientes deben enfrentarse a través de instrumentos creados colectivamente a partir de una relación entre equipos de salud y población migrante. Conocer sus realidades, así como reconocer las necesidades que tienen los equipos para abordarlos son estrategias claves para la conformación de un vínculo certero en el que las personas no estén obligadas a perderse, buscando alternativas de salud que pueden poner en riesgo la misma.

Falta de confianza en la relación con los equipos de salud, falta de conciencia sobre las necesidades de la población migrante, riesgos asociados a la búsqueda de alternativas de salud en espacios poco aptos como la farmacia o internet, desregulación del mercado de salud: ejercicio de roles terapéuticos por parte de las farmacias. Se pueden superar a partir de un diálogo entre servicios de salud y comunidades migrantes, enfrentando temas como discriminación y percepción de esta, promoción de salud e información sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno. Regulación del funcionamiento de las farmacéuticas, de modo de visibilizar la importancia que ejerzan también una función coordinada con los equipos de salud y no un ejercicio independiente, sometido exclusivamente a los intereses del mercado.



NOTICE

HOW CAN WE GET A
LIVE CHICKEN IN A
HOUSE OF CHICKENS

THE CHICKEN IS THE
LIVE CHICKEN IN A
HOUSE OF CHICKENS

THE CHICKEN IS THE
LIVE CHICKEN IN A
HOUSE OF CHICKENS

NOTICE



Relato 12: “Es difícil establecerse”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 31 años

Nacionalidad: Peruana

Redes de apoyo: Tiene familia en Chile, sus padres y hermanos vinieron al país antes que ella, además cuenta con su esposo y tiene dos hijos

Lugar donde reside: Comuna de Independencia

Testimonio

Llegó al país buscando mejores oportunidades de trabajo y de vida, motivada por reencontrarse con sus padres y hermanos que migraron años antes que ella.

Tiene 31 años y está casada con el padre de sus dos hijos: una niña de siete años y un niño de cuatro meses. Uno de sus problemas más grandes es que ella y su marido se encuentran en situación migratoria irregular, a pesar de hacer los procedimientos no se han podido regularizar, ya que no pueden pagar una multa de 120 mil pesos que se exige para iniciar solicitud de visa en Chile, por la difícil situación económica que están enfrentando.

El estado de sus documentos en Chile le ha traído más problemas, pues su hijo recién nacido no tiene nacionalidad -se considera transeúnte por haber nacido en Chile sin estado migratorio regular de sus padres- y ha tenido problemas para inscribirlo en FONASA.

En relación con las consultas de salud a nivel primario, ha tenido una mala experiencia de atención. Explica que la salud en Chile es mala porque se demoran mucho en conseguir hora, se debe hacer un enorme esfuerzo para conseguir hora en el consultorio, llegando temprano y esperar en filas enormes. Pero destaca que tuvo una muy buena experiencia en hospital de su comuna y en el cual atendió su último parto, siente que recibió muy buena atención. Además, le regalaron un ajuar completo para el recién nacido, por lo que está contenta, y que es parte de la atención gratuita a todo niño que nace en Chile como parte del Programa Chile Crece Contigo.

La situación descrita en este relato presenta múltiples desafíos. El sistema de salud es muchas veces una puerta de entrada al sistema burocrático-administrativo chileno, que los migrantes desconocen. Por lo tanto, además de la necesidad de tener protocolos de atención culturalmente competentes, conocimiento epidemiológico que permita un adecuado y rápido diagnóstico de enfermedades hasta ahora poco frecuentes en Chile; se necesita que los funcionarios tengan nociones básicas de la política migratoria y regulaciones vigentes en Chile, así como una lista de instituciones y personas de contacto para derivación. Si esto no ocurre, se perpetúan prácticas que pueden vulnerar gravemente a los sujetos, como en este caso. En nuestro país todo niño nacido en territorio nacional es chileno, sin importar la condición migratoria de sus padres (la única excepción son los hijos de extranjeros transeúntes). Esto corresponde a un cambio de interpretación de la norma a partir de 2015, por lo tanto, los servicios de salud deberían orientar a las familias en esta materia, para que no haya más niños nacidos en nuestro país que se queden sin nacionalidad, pues también existe la posibilidad de reconocimiento retroactivo de la nacionalidad, si las personas nacieron antes de 2015.

Los desafíos en términos de capacitación son múltiples y deberían enfrentarse con una planificación que permita un avance escalonado en la adquisición de conocimientos y habilidades para el trabajo con población extranjera. Así, la capacitación en temas migratorios es un primer paso. Esta capacitación debe contemplar el análisis del fenómeno migratorio en Chile y la normativa vigente. También se debería capacitar en torno a la epidemiología de los países desde donde vienen mayoritariamente nuestros inmigrantes. Luego se deben trabajar temas actitudinales que permitieran la adquisición de habilidades para el trabajo con población culturalmente diversa. La adquisición de dichas habilidades interculturales de comunicación, sin duda beneficiaría también a la población nacional.

En esta historia hay elementos que afectan gravemente la vida de los integrantes de esta familia y que, al parecer, han operado por desconocimiento. Por ejemplo, no hay motivo para que el hijo del matrimonio sea apátrida. El cambio de interpretación de la norma del año 2015 estuvo acompañado de una campaña que se llamó “Chile Reconoce”, donde el gobierno en conjunto con ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) reconoció de manera retroactiva la nacionalidad de las personas hijas de inmigrantes irregulares nacidas en Chile en los años anteriores (www.chilereconoce.cl). Adicionalmente, durante la administración de la presidenta Michelle Bachelet se estableció la extensión de multas a NNA (niños, niñas y adolescentes) en condición de irregularidad, precisamente para facilitar el que las familias pudieran regularizarse. Es preocupante que el Estado no logre hacer llegar esta información a todos quienes la necesitan y, en este sentido, todos los sistemas del Estado deben coordinarse para hacerla llegar, jugando el sistema de salud un papel preponderante, por su rol de puerta de entrada al sistema burocrático-administrativo chileno.



3. Historias de discriminación: Desafíos de integración, soledad y miedos

*“Me fui con la sensación de que todo
Se quedaba atrás,
Que todo quedaba muy lejos,
La tierra, la necesidad,
La sangre, la angustia, la familia.”*

José Luis Castillejos, Cruzé la Frontera.



Relato 13: “La soledad y tristeza de estar lejos”

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Nacionalidad: Colombiano

Tiempo en Chile: Hace 5 años

Redes de apoyo: Su familia nuclear: esposa e hijos están en Colombia, trabaja como electricista independiente para enviarles dinero

Lugar donde reside: Iquique

Testimonio

Es un hombre trabajador y esforzado, lleva cinco años en Chile en los cuales ha trabajado como electricista independiente. Vino al país en busca de mejores oportunidades laborales y con ello poder dar un mejor porvenir a su esposa y sus tres hijos que residen en Buenaventura, Colombia. Al comienzo los visitaba una vez al año, pero los últimos no ha podido ya que su situación económica no se lo permite y prefiere enviarles la mayor cantidad de dinero que pueda. Esta situación le afecta mucho emocionalmente ya que no puede compartir con sus seres queridos en los momentos más importantes:

“No pude estar en los momentos, pongamos mi niña que se graduó, mi niño se graduó, mi niña que o sea... entró a la universidad, no pude estar cuando mi niño que entró a bachiller... Y mi madre cumple años ahora el 19, pues peor, que tampoco puedo estar, siempre uno va a estar así, siempre bajoneado, así esté acá y mandándole cualquier cosa, pero de todos modos usted sabe que la plata no lo es todo”.

Siente tristeza la mayor parte del tiempo, ya que extraña a su familia, a lo que se suma el acoso y discriminación constante del que dice ser víctima por el hecho de ser inmigrante. Sostiene que las autoridades y las personas de la calle discriminan a los colombianos, que los tildan de “bichos malos” sin mayor argumento que ser de dicha nacionalidad. Además, dice ser insultado por su color de piel.

Nuestro sistema de salud nacional no cabe duda de que está siendo tensionado en su estructura, organización y acceso por el fenómeno de la migración internacional. Sin embargo, muchas de estas tensiones pasan inadvertidas por la falta de una política migratoria cohesionada e integral en Chile. La falta de una política hace invisible ciertos fenómenos sociales que podrían llegar a impactar fuertemente en la salud y en la economía en los próximos años, si estos no son atendidos con un enfoque preventivo. Uno de ellos es el de la salud mental de los migrantes internacionales, grupo en condiciones de especial vulnerabilidad. En la historia se muestra que la dignidad e integridad del migrante se encuentra amenazada no sólo por falta de acceso al sistema de salud, sino también por la falta de intervención social preventiva. Lo anterior implica enormes desafíos consistentes en identificar problemáticas sociales de los migrantes internacionales vinculadas al contexto de la salud, tales como espacios institucionales de acogida (más allá del proteccionismo tradicional), e inclusión y participación de los migrantes en las políticas públicas. La política migratoria debe estar fundamentada en una ética de la acción social con evidencias científicas y consensos socio-políticos. Para alcanzar tales evidencias y consensos, se requiere de evaluación pertinente y comprehensiva previa a la intervención social. La ética de la acción social indica que antes de la intervención se requiere evaluación preventiva, pues podemos conocer los factores de riesgos a la cohesión social cuando ya está instalada la pobreza, marginación, estigmatización y discriminación de los migrantes. Junto al desafío de la evaluación preventiva de los riesgos sociales asociados a los migrantes, está la necesidad de fortalecer las profesiones apropiadas para atender estas demandas (trabajadores sociales y educadores en salud organizados en servicios sociales), además de construir las instancias de diálogo y deliberación para analizar y dar respuesta a los casos concretos a través de comités éticos de servicios sociales, del mismo modo como se da en el contexto clínico con los comités ético asistenciales.

Un enfoque de la política migratoria que visibilice problemas sociales vinculados al desarraigo del migrante de sus contextos familiares y culturales debe tener en cuenta no solo las acciones y procesos de reagrupación familiar, sino también un enfoque preventivo antes que dichas acciones y procesos ya sean extemporáneos. Para ello se debe crear, dentro de la política migratoria, servicios sociales éticamente fundamentados tanto para la gestión como para la investigación. La gestión ética de los servicios sociales debe estar respaldada por la articulación entre el principio de complementariedad profesional (interdisciplinariedad) y subsidiariedad, teniendo en cuenta quién hace mejor su tarea por proximidad, eficiencia y territorialidad. Otra cuestión clave de la gestión ética de los servicios sociales es prevenir, evitar y reducir el maltrato institucional debido a la duplicidad de procesos, falta de información y pertinencia profesional. La gestión ética requiere la retroalimentación que entrega la investigación mediante evidencia científica que sirve para construir las políticas públicas. La investigación social debe estar apoyada en una reflexión ética respecto de los fines, utilidad social, adecuación de medios, etc., lo cual hace necesario, tal vez, comenzar a institucionalizar en nuestro país comités de ética especializados en investigación social.

En la historia se identifican varias dimensiones ligadas a los desafíos y los medios para asumirlos. En primer término, la precarización e informalidad de las fuentes laborales del migrante son fuente de continuo stress, pues una de las razones de migración son las oportunidades económicas. Segundo, si bien el migrante accede a mejores ingresos que en su país de origen, pese a lo precario e inestable de su trabajo, dicha satisfacción está rodeada de un contexto de desesperanza por desarraigo. Tercero, los problemas mentales asociados a los migrantes en estos contextos propios de la historia están invisibilizados cuando no llegan al sistema de salud. Por tal motivo, el sistema de salud debe reforzar sus estructuras y organización con servicios sociales efectivos, preventivos y no paternalistas que cumplan con el objetivo de respetar la dignidad y derechos humanos de los migrantes y evitar, al mismo tiempo, las sobrecargas al sistema de salud cuando ya sea tarde, porque los riesgos ya están instalados y naturalizados.



Relato 14: “El precio del color”

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 28 años

Nacionalidad: Colombiano

Tiempo en Chile: Hace 4 años

Redes de apoyo: viajo solo al país, trabaja como peluquero de forma independiente, no menciona redes

Lugar de residencia: Antofagasta

Testimonio

Es un hombre de 28 años, hace cuatro años que vive en Chile.

Percibe que las personas afroamericanas son discriminadas en los pasos fronterizos, las personas de color de piel oscura tienen que pagar un coste más elevado que el resto para lograr entrar al país. Una suerte de tarifa diferenciada a personas de piel oscura...

Como no tenía dinero suficiente para pagar, cruzó a Chile una noche por uno de los “huecos” fronterizos: la playa. Su motivo para elegir Antofagasta fue haber escuchado que había más colombianos en esa ciudad y que había más oportunidades de trabajo.

Sus primeros días en el país fueron sumamente duros, durmió varias noches en la plaza de Antofagasta. Relata que durante el día pedía trabajo en peluquerías ubicadas en el centro, donde le dieron trabajo como barrendero.

Con el tiempo aprendió a cortar el pelo. Hoy trabaja como peluquero de manera independiente y arrienda una pieza solo. No se ha relacionado mucho con el sistema de salud en nuestro país, es joven y se siente sano, por lo que no tiene ninguna previsión de salud.

Los desafíos que presenta el sistema de salud chileno ante la llegada de migrantes internacionales son diversos y bastante complejos, ya que el país no estaba preparado para la oleada migratoria que se presenta en la actualidad y que desde hace 4 o 5 años se ha acrecentado en niveles altos. Es por esto que uno de los desafíos es concientizar al funcionario que imparte dicha salud y hacerle ver que a quien atiende es una persona tan igual a él como humano, pero a la vez tan diferente en su cultura y costumbres. Un ser humano que siente tanto dolor físico como moral, que quien está frente a él también paga sus imposiciones o también paga impuestos como todo nacional chileno, que por el hecho de ser diferente en su color o en su acento no lo hace diferente en sus enfermedades o dolores, en sus inquietudes o reclamos, en sus sugerencias o felicitaciones, en su risa o su llanto. Es ante todo un ser en busca de ayuda, en busca de alivio o simplemente en busca de una mano que lo guíe o que lo escuche. Otro desafío es articular precisamente todos los establecimientos que imparten salud, tanto pública como privada, en la urgente necesidad de humanizar a su personal en el trato digno, respetuoso y cordial hacia todo aquel que represente diferencias tanto de raza, nacionalidad o costumbres.

Los desafíos que se plantean se pueden manejar capacitando constantemente al personal de la salud, mostrándoles la realidad desde las experiencias como desde la vida misma, trabajando de la mano con los mismos inmigrantes y sus líderes o dirigentes sociales, quienes pueden ser un factor muy importante en el desarrollo de una política de acogida al inmigrante, integrando a estos dirigentes en el seno de las organizaciones de salud, convirtiéndolos en Intermediadores Interculturales logrando con esto una mejor confianza en el extranjero y de paso enseñando a los demás funcionarios las costumbres e idiosincrasia del foráneo, como la calidad de trato y relaciones interpersonales.

Desafortunadamente, para nadie es un secreto que en Chile hay racismo, no en los niveles altos de otros países del mundo, pero existe y no deja de ser preocupante, es por esto que al joven afrodescendiente de la historia se le ha hecho mucho más difícil salir adelante en un país donde la llegada de la raza negra ha causado un efecto bastante negativo en mucha de su población. Por esto los desafíos son más enormes y urgentes de llevar a cabo, no solo en el área de la salud, sino en todas las áreas de la vida chilena, es imperativo y hasta casi obligatorio que todo el sistema de salud de Chile concientice a su personal y corrija si es necesario a quien no lo haga en el trato totalmente humano por las personas afrodescendientes, quienes por su condición suelen ser más vulnerables y maltratadas. El color de la piel no debe ni puede convertirse en un obstáculo en la atención en salud, esto debe ser una clara premisa en todas las instituciones del Estado.



Relato 15: “Retraerse y avanzar”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 26 años

Nacionalidad: Boliviana

Tiempo en Chile: Hace 16 años

Redes de apoyo: Cuenta con familia en Chile, están sus padres, es madre soltera de un hijo de 4 años

Lugar donde reside: Calama

Testimonio

Es una mujer de 26 años. Pertenece al pueblo originario Quechua, llegó desde Bolivia a los 10 años, migro a país porque sus padres se encontraban trabajando aquí, en Chile completó su educación escolar.

Relata que antes de llegar a Chile era alegre y conversadora, pero en el país se convirtió en una persona tímida y sumisa. Dice no sentirse bonita ni importante y que esto le ha impedido seguir desarrollándose en la vida. Cree que esto viene de la etapa escolar y del maltrato que sufrió de sus compañeros y profesores quienes la discriminaban por su nombre y aspecto.

Es madre soltera de un hijo de cuatro años al cual sustenta vendiendo productos de belleza en ferias libres, sumado al apoyo de sus padres que actualmente se encuentran viviendo en Bolivia. Vive con su hijo en una pieza que arrienda.

El niño no asistió al jardín infantil y en los próximos meses debería entrar al colegio, pero ella se siente insegura de hacerlo por temor a que su hijo sufra la misma discriminación por la que pasó ella en su etapa escolar, también tiene temor que ella sea discriminada como apoderada. Para poder cuidar a su hijo no trabaja formalmente y vive en situación de pobreza.

Su relación con el sistema de salud es indirecto a través del cuidado de su hijo. Asiste a controles en atención primaria y está siempre muy preocupada de la salud de su hijo.

Uno de los desafíos que presenta la llegada de personas migrantes internacionales para el sistema de salud tiene que ver con superar aspectos culturales propios del sistema biomédico que se reproducen en las prácticas cotidianas de los trabajadores de salud. Uno de ellos se relaciona con el hecho de incorporar la diversidad cultural dentro de la atención de salud. El sistema biomédico opera muchas veces desde un modelo que tiende a homogeneizar a la población, y la llegada de migrantes extranjeros pone en evidencia la diversidad desde la cual se está construyendo la sociedad en la actualidad. Esto enfrenta a los trabajadores de salud con sus propios prejuicios frente a la diferencia, por ejemplo, por color de piel o por hábitos culturales diferentes a los propios. Dichos prejuicios se traducen en muchos casos en acciones de discriminación hacia personas de otras nacionalidades, lo que va generando una distancia entre trabajadores de la salud y usuarios extranjeros, y aleja a estos últimos del sistema de salud.

Para abordar estos desafíos se requiere de acciones de encuentro entre trabajadores de salud y población extranjera, con el objetivo de generar instancias que propicien un conocimiento mutuo y, con ello, que se puedan derribar gran parte de los prejuicios instalados. Además de esto, sensibilizar a los y las trabajadores de salud respecto a las culturas de las cuales provienen los migrantes internacionales en la actualidad, en el entendido que es una población altamente diversa y que presenta diferencias importantes en cuanto a sus cosmovisiones y sus maneras de comprender los procesos de salud y enfermedad.

Uno de los elementos de los que da cuenta esta historia es que refleja los diferentes niveles de vulnerabilidad presentes en las experiencias de las personas migrantes. Por una parte, el relato de esta mujer da cuenta de una vulnerabilidad derivada de su condición de migrante, lo que la lleva a sentirse ajena, extraña en un país que no es el suyo propio de origen. Una segunda vulnerabilidad derivada de su condición étnica ya que ella se identifica como quechua y dice sentir discriminación por su aspecto físico y su nombre desde muy pequeña. En tercer lugar, una vulnerabilidad vinculada al hecho de ser mujer y madre soltera. Esto la lleva a tener que hacerse cargo de su hijo sin ningún apoyo, teniendo que ser ella el sostén económico y emocional del niño, en un país extranjero, desde una condición étnica que ella siente que es desvalorada en Chile. Las experiencias de discriminación que ella ha experimentado desde pequeña en Chile las proyecta sobre su hijo, y teme que él pase por lo mismo. Esto la afecta a ella y a su hijo en diferentes planos, entre ellos en los de la salud mental. El relato de la mujer permite identificar una autoestima afectada, tristeza y desesperanza. Se hace urgente que el sistema de salud genere mecanismos que le permitan detectar estas vulnerabilidades y desarrollar estrategias que den respuesta efectiva al sentir de hombres y mujeres como las del relato, quienes sufren diversas vulneraciones derivadas de su condición social, étnica y de género.



Relato 16: “Comenzar desde el dolor”

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 31 años

Nacionalidad: Colombiana

Redes de apoyo: No conoce a más colombianos en su barrio, le gustaría compartir más, ha tenido experiencias relacionadas con discriminación

Lugar de residencia: Comuna de Maipú

Testimonio

La joven no conoce a más colombianos en su barrio, cree que es porque llega muy tarde de su trabajo todos los días y no tiene la oportunidad de sociabilizar con nadie.

Explica que en Colombia la situación es muy mala laboralmente y eso la ha impulsado a buscar nuevas opciones incluyendo venirse a Chile por un mejor provenir, pero no descarta ir a Estados Unidos más adelante.

Trabaja en un local de comida rápida en la comuna de Las Condes, pasa al menos cuatro horas en la locomoción colectiva desplazándose para ir y volver al trabajo a su hogar. Ella relata que su esfuerzo en el trabajo le ha dado frutos, por lo que se ha ganado la confianza de su jefe y ahora es supervisora del local de comida rápida.

Cuando se le pregunta sobre su llegada a Chile, ella refiere que fue traumática, muy dolorosa la forma en que la trataron al cruzar frontera y al llegar. Dice estar impresionada por la discriminación de los chilenos hacia algunos inmigrantes. Considera que en Chile la gente es en general poco amable y de trato más duro que en otros países de la región.

Se ha atendido en el sistema de salud privado en un Megasalud de Maipú y señala que fue una buena experiencia. Cuando fue al centro de atención primaria del sistema público de salud chileno, no quedó conforme con la atención y por esta razón prefiere seguir en atención privada cuando lo necesita.

Comentario de experto: Claudia Pérez

El siglo XXI se consolida como la era de la multiplicidad. Sin embargo, la pobreza, los conflictos políticos y económicos han generado un fuerte fenómeno de migración en el mundo, del cual Latinoamérica y especialmente Chile no está ajeno. Muy bien lo relata la persona que viaja desde Colombia.

Los sujetos viajan con su historia y cultura a otras latitudes en busca de refugio o mejores oportunidades de vida. Este nuevo panorama mundial, así como la multiculturalidad propia de los países genera confusión o choque para muchos profesionales de la salud. Por un lado, les resulta difícil comprender las creencias y prácticas en salud de las personas que atienden y por otra parte están sus propias creencias y valores los cuales se ponen a prueba en cada atención de salud. No sorprende que, en función de nuevas realidades en el campo de la llamada salud global, frente a la realidad de una sociedad multicultural, enfermeras, fonoaudiólogas, kinesiólogos, médicos y los demás profesionales involucrados en la salud, necesitan prepararse para ser competentes no sólo desde el punto de vista científico, clínico o tecnológico, es necesario aunar esfuerzos para ser competentes culturalmente a la hora de atender a las personas. La formación de las futuras generaciones de profesionales de salud plantea la necesidad de prepararlos para poder afrontar las incertidumbres y la complejidad que genera la diversidad cultural.

Chile ha reconocido la importancia de los aspectos culturales y las condiciones de vida de la población en los procesos de salud y enfermedad, a través de los pilares que sustentan su Sistema de Salud que son: enfoque de equidad, determinantes sociales de la salud, la salud como un derecho humano e interculturalidad. Estos aspectos han sido centrales en las políticas actuales, tal como figura en los objetivos sanitarios 2011-2020, programas como Chile Crece Contigo o el Modelo de Atención integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dentro de este último se reconocen tres principios irrenunciables: (i) Centrado en las personas (ii) Integralidad de la atención y (iii) que otorgue continuidad del cuidado. La atención de salud debe considerar las necesidades y expectativas particulares de los usuarios y sus familias de un modo culturalmente pertinente. Para plasmar lo anterior en el día a día debemos superar los desafíos que se plantean en el relato “Comenzar desde el dolor”, no es posible que la llegada de los migrantes sea traumática y discriminatoria, todas las personas son un aporte a la sociedad, debemos respetarlas y valorarlas, podemos aprender mucho de ellos y su experiencia de vida. Hay que trabajar en estrategias para reducir las inequidades de acceso y uso de servicios de salud, ya que contribuiría a cambiar los comportamientos tanto de los clínicos como de los usuarios del sistema de salud, no es posible que solamente en el sistema privado los migrantes tengan una buena experiencia, en el sistema público hay que trabajar para que también se destaque por ser una buena instancia de atención.



Sección III:

La voz del trabajador de salud en atención primaria

“Sé el que aparte la estorbosa piedra del camino, sé el que aparte el odio entre los corazones y las dificultades del problema. Existe la alegría de ser sano y de ser justo; pero hay, sobre todo, la hermosa, la inmensa alegría de servir”

Gabriela Mistral, El placer de servir.



Capítulo 3:

Introducción a la sección

El derecho a la salud ha sido reconocido de forma global mediante el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en marcha en 1976. A pesar de este hecho, continúan existiendo brechas de acceso y uso a los servicios de salud por parte de poblaciones vulnerables. La migración es un importante determinante social de la salud, y las condiciones asociadas al movimiento humano se han asociado a una mayor vulnerabilidad con un impacto en la salud a nivel personal y social³. Los factores que afectan principalmente la salud de los migrantes internacionales son: Las condiciones laborales y de vida, barreras culturales, acceso y uso a servicios de salud, las condiciones de vida previas en el país de origen, el tiempo de residencia en el país de destino y los factores sociales, económicos y educativos³.

En Chile, existen normas y decretos que protegen el derecho de la comunidad migrante a recibir salud, la cuál ha ido evolucionando. El año 2016 se promueve el decreto número 67, el cual permite que las personas migrantes en situación irregular puedan adscribirse al seguro de salud público FONASA (Fondo Nacional de Salud) tramo A, al encontrarse en situación de vulnerabilidad, declarándose carente de recursos. Antes de este decreto, las personas migrantes irregulares solo podían acceder a salud en caso de: embarazo, urgencia, enfermedades transmisibles, como VIH o tuberculosis, o si se trataba de un niño menor de 18 años¹². Por lo que este decreto permite mayor equidad en salud y mejora la oportunidad de acceso a salud por parte de esta población.

A pesar de los avances en materia de asegurar el derecho a la salud, siguen existiendo importantes barreras para acceder a los servicios de salud para la población migrante, existiendo una situación de inequidad en el acceso y uso de servicios de salud respecto a la población migrante versus la población local. La población migrante internacional ha reportado un menor uso de los servicios de salud en general respecto a la población nativa del país de residencia¹³. Los migrantes que se encuentran en situación migratoria irregular tienen un acceso a la salud aún más limitado¹⁴. Respecto al uso de los servicios de salud de atención primaria, también se observa una menor utilización por parte de esta población, esto se presenta en todas las nacionalidades y grupos etarios¹⁵. Respecto a la afiliación a algún seguro de salud en Chile, un 15,7% de la población migrante declara no contar con ningún seguro de salud versus con un 2,7% de la población chilena¹⁶, siendo esta una importante barrera para acceder al sistema de salud.

Los profesionales de salud reconocen desafíos en la atención de población migrante, dificultades técnicas y administrativas como el desconocimiento sobre la conformación de la población migrante regular e irregular a falta de un registro oficial, la falta de recursos económicos para su atención, normativas centralizadas, poco conocidas, poco claras y difíciles de implementar en las diversas realidades comunales, lo que se ha asociado a falta de información en diferentes niveles. También perciben barreras culturales en la atención, ya

que se enfrentan a un mundo culturalmente distinto que les es desconocido y manifiestan no poseer las herramientas para poder brindar una atención que sea sensible culturalmente a las necesidades de la comunidad migrante ^{17 18}.

Parte de los desafíos en salud actuales son brindar a esta población una atención equitativa, ampliando la cobertura y entregando una atención personalizada y de calidad que se enfoque en las necesidades de la población migrante, asegurando la salud como un derecho humano. Además, de brindar una atención basada en la interculturalidad, respetando y valorando sus creencias en torno a salud y enfermedad, e incorporándolas en el cuidado, para lo cual es necesaria la adquisición y aplicación de habilidades interculturales en salud.

En respuesta a estos desafíos en salud identificados, nace el Proyecto piloto “Plan de atención inicial en salud de migrantes internacionales”, creado por el Programa de Estudios Sociales en Salud perteneciente a ICIM de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Municipalidad de Santiago y la Dirección de Atención Primaria en Salud. Este programa brinda la oportunidad de mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la población migrante que reside en nuestro país, en la comuna de Santiago. Se sostiene en los pilares conceptuales de enfoque de derechos humanos, enfoque de participación, determinación social de la salud y enfoque de interculturalidad en salud. Este proyecto se implementa desde el año 2016 en atención primaria en la comuna de Santiago y busca conectar a la persona migrante con la red de salud y comunitaria derivándolo para la atención de necesidades pesquiasadas mediante una entrevista en profundidad, donde además se entrega educación e información sobre sus derechos en salud y el funcionamiento del sistema de salud chileno, contestando además posibles dudas en relación con el proceso.

En esta sección titulada “La voz del trabajador de salud en atención primaria”, narran su experiencia distintos profesionales de la salud que han brindado atención de salud a personas migrantes dentro del programa, contando las historias que más han llamado su atención y los principales desafíos enfrentados. Esta sección se ha dividido en tres categorías en las que han sido agrupados de forma temática los relatos, principalmente en torno a los desafíos familiares, la vulnerabilidad y la resiliencia y esperanza en seguir adelante por parte de personas migrantes que utilizan este servicio y comparten sus experiencias. Cada testimonio es acompañado de preguntas reflexivas realizadas a cada autor y de respuestas y comentarios realizados por comentaristas expertos en los temas relacionados con las temáticas de cada relato.

Capítulo 4: Experiencias del profesional de salud primaria: Plan de atención inicial a migrantes

1. Integración y familia: Desafíos, miedos y sueños.

“Mi nacionalidad no está en el pasaporte o en mi partida de nacimiento, sino en sus lagos y volcanes. A veces en mi corazón la gente baila y salen a las montañas para hablar con el fuego. Me vive un país, que es una flor, un árbol o un fuego que arde en lo que nadie ve”

Daniel Matul, La nacionalidad, libro Solentiname, 2017.



Relato 17: “Nuevas responsabilidades”

Autora: Herleyn Agurto

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 14 años

Nacionalidad: colombiana

Tiempo en Chile: 5 años.

Redes de apoyo: Su pareja y su suegra, la mayoría de su familia está en Chile, no tienen una buena relación, hace algunos meses abandonó el colegio.

Testimonio

Llega la consulta una joven de 14 años colombiana, acompañada de pareja; adolescente de 17 años. Asiste a CESFAM por primera vez ya que desde varios días comienza con malestares que asocia a un posible embarazo. Comenta que ya no quería comer nada, todos los olores le dan asco, tiene más sueño de lo común y que su período menstrual “no le ha bajado” en la fecha correspondiente.

Comenta que lleva en Chile 5 años, en un principio viajó su madre y fue muy difícil para ellos ya que su hermano mayor y ella tuvieron que trabajar para costear los diferentes gastos y cuentas en Colombia. Después de aproximadamente un año se viene a vivir ella a Chile con su hermano a casa de su madre, quién contrajo matrimonio. Desde que vive aquí dice que nunca se ha sentido a gusto, en varias ocasiones dentro del colegio la discriminaron por su color de piel y acento, además no tiene una buena relación con su padrastro. No le gusta el colegio y hace unos meses decide abandonarlo. Está en una relación desde hace aproximadamente 8 meses con un adolescente chileno, y luego de una pelea en su casa se fue a vivir con él. Menciona que tiene una buena relación con la familia de su novio, pero desde hace un mes que se fueron de la casa y actualmente arriendan una habitación en un galpón. Esto ya que hace unas semanas atrás se realizó un test de embarazo que salió positivo y decidieron irse a vivir de forma independiente.

Desde que ingresan a la consulta se observan tranquilos, durante la entrevista ella no muestra mayor interés de estar ahí, de hecho comentó que la idea de asistir al CESFAM fue para comenzar a realizarse controles por el embarazo, en todo el tiempo que llevaba en Chile no había legalizado sus papeles en extranjería y nunca había consultado en un centro. Finalmente recalca que la preocupación se generó más desde su novio, ya que él insistió en ir al consultorio. Se deriva a matrona para control de embarazo y a asistente social para regularizar papeles.

Comentarios del autor del relato

En un principio el que fuera una adolescente embarazada me alarmó, luego cuando fui conociéndola un poco más mi preocupación aumentó demasiado. El ver que era una niña que no contaba con redes de apoyo, que fuera probable hubiera sufrido violencia intrafamiliar por parte del padrastro y su madre, por lo que mencionaba en la consulta, era aterrador.

Por otro lado, en las condiciones que vivía y pese a que su novio realmente demostraba estar comprometido con su hijo y ella, vivían en condiciones precarias, sin la mayoría de los servicios básicos, no se alimentaba de manera adecuada, el lugar por lo descrito estaba lleno de ratones, era dentro de un galpón con varias habitaciones, entre otros. Esto me hizo pensar en la mayoría de los pacientes migrantes que recibimos y viven en las mismas o peores condiciones, el hacinamiento es algo "normal" para ellos, no pueden acceder a mejores condiciones de vivienda ya que o no cuentan con el dinero suficiente o simplemente todos los papeles que se les solicita no los tienen. Y la mayoría de las mujeres mencionan sentirse inseguras en esas habitaciones rodeadas por personas desconocidas.

Lo más difícil fue tratar de entender lo que ella quería. Pese a esto se realizaron todas las derivaciones correspondientes y ellas las aceptó, siempre me quedará con la duda de si siguió asistiendo al CESFAM. Dentro de las inquietudes principales que me deja este encuentro en salud, destaco el cómo podemos ayudar de forma correcta a una adolescente que no mostraba interés por obtener ayuda en una situación tan complicada como era el embarazo y no contar con redes de apoyo.

La llegada de personas migrantes internacionales representa grandes desafíos para el sistema de salud chileno. Un primer desafío que tiene nuestro sistema de salud es que todos y todas quienes formamos parte entendamos que migrar es un derecho humano y que la migración constituye un determinante social que juega un rol pivotal en la salud de las poblaciones modernas. Asistimos hoy a un mundo globalizado, en el que las fronteras se encuentran tensionadas por diversos factores políticos, sociales y culturales, preconfigurando un momento en nuestra historia en el que la migración es un fenómeno no sólo cada vez más extendido, sino que presenta flujos y velocidades nunca antes vistas en la historia de la humanidad.

Teniendo estas directrices generales, en el sistema sanitario chileno es posible identificar algunas urgencias 1) Acabar con las brechas de acceso para con población migrante; 2) Implementar un sistema de screening, tratamiento y vigilancia que incorpore el impacto epidemiológico de la población migrante internacional, con un enfoque de derechos humanos y que no criminalice ni discrimine a la población migrante, 3) capacitar a los equipos de salud en el enfrentamiento de patologías prevalentes de migrantes internacionales que no son frecuentes en nuestro país; 4) considerar la implementación de programas de cuidados diferenciados para población migrante internacional en los distintos niveles de atención y 5) estimular procesos de organización de la población migrante internacional en nuestro país que puedan facilitar la gestión de sus intereses en el ámbito sanitario, entre otros.

Respecto a temas específicos del encuentro intercultural: 1) implementar prácticas de buen trato y no discriminación a todo nivel tanto desde los trabajadores de la salud para con la población migrante como entre colegas de oficio; 2) propiciar espacios de educación a migrantes internacionales respecto de la normativa Chilena vigente, así como también trabajar articuladamente para que esa normativa considere la migración como un determinante social de la salud y tenga un enfoque de derechos humanos; 3) educar a los equipos de salud en temáticas de migración durante sus años de formación técnica o profesional; 4) avanzar en la validación de un perfil de competencias para facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales para desempeñarse en el sistema sanitario chileno y 5) integrar un enfoque intercultural en todos los programas y acciones en salud tanto a nivel comunal como en políticas de salud emanadas desde el nivel central, entre otros desafíos.

Hay varios elementos adicionales que considerar. En primer lugar, es evidente que las condiciones de vida de esta pareja adolescente constituyen una amenaza para su salud: nula educación sexual, ausencia de servicios básicos y vivienda en condiciones de hacinamiento, son algunos de los problemas que nuestra sociedad hoy no es capaz de resolver y que terminan siendo normalizados por la población migrante internacional. En este sentido, la generación de políticas públicas intersectoriales que promuevan condiciones de vida

adecuadas y que permitan vivir una vida digna en Chile para todas y todos, impresionan como una opción más plausible de solución del problema de esta pareja, que lo que pueda hacer la médica, el asistente social o el equipo de salud en su conjunto desde el box de atención en el CESFAM. Abordar el desafío de acoger a migrantes internacionales para que puedan tener derecho a la salud, es también ejecutar acciones políticas, sociales y sanitarias que tengan por objeto mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el territorio nacional.

En segundo lugar, cabe señalar que hoy existen barreras en nuestro sistema de salud que generan una distancia para con la población adolescente nacional que limita su acceso a los centros de salud, caracterizada por la medicalización de la atención y por el desconocimiento de las prestaciones a las que tienen acceso, entre otras. En este sentido, es ilustrativo el que esta distancia también se evidencie en el relato de una adolescente migrante internacional sugiriendo que tenemos enormes desafíos para poder vincular eficazmente a este grupo etario sin importar su país de origen. En ello, generar acciones de salud dirigidas a población adolescente en las que los y las adolescentes sean incorporados en la toma de decisiones de la formulación, implementación y seguimiento, de dichas acciones, emerge como un lineamiento estratégico para acercar eficazmente a esta población en un momento crítico de su desarrollo.



PARA CRUZAR
PULSE BOTON



Relato 18: “Expectativas de maternidad”

Autora: Eliana Correa

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 33 años

Nacionalidad: venezolana

Ocupación: Vendedora

Estado civil: Casada

Tiempo en Chile: 9 meses

Redes de apoyo: Cuenta con su pareja y amigos.

Testimonio

Llega a la consulta una mujer venezolana acompañada de su pareja, ambos sonrientes y muy amables. Cuenta que llegó hace 9 meses a Chile, refiere que los recibieron unos amigos que habían viajado antes al país, y actualmente viven ambos solos en una habitación que arriendan. Toda su familia quedó en Venezuela, incluyendo su hijo de 12 años, al cual extraña mucho y espera que pronto venga a Chile. Refiere que decide acudir al sistema de salud ya tiene 2 meses de embarazo, el cuál confirmó mediante un test comprado en la farmacia, y ya tenía una hora para ingreso de embarazo con matrona para dos semanas más, pero le gustaría que la atendieran antes. Refiere que fue a ver a un ginecólogo particular y le gustaría seguir en controles mensuales con ginecólogo y que sea el mismo quién atienda más adelante su parto.

Cuando yo le explico cómo funciona el sistema de salud pública aquí y que tiene derecho a controlar su embarazo de forma gratuita con matrona en el consultorio, veo cómo cambia su rostro y como la sonrisa es reemplazada por desilusión. Ella hubiese querido ser controlada por ginecólogo.

En el transcurso de la consulta se muestra lábil emocionalmente, en un momento comienza a llorar porque está preocupada por la salud de su hijo que viene en camino. Intento tranquilizarla, tomo su mano y le ofrezco agua y pañuelos para secar sus lágrimas. Le comento que el embarazo es un estado natural en la mujer, le señalo que debe cuidar su alimentación y cuando la vea la matrona decidirán si es necesario algún suplemento. Conversamos en torno a cuáles cree que son los cuidados que ella necesita para su embarazo y cómo podemos acercarnos lo más posible a ellos desde lo que el sistema de salud y sus profesionales en Chile tienen para ofrecerle.

Comentario del autor del relato

Me llamo la atención el caso por la reacción de la paciente. Entendí sus miedos y preocupaciones, ya que ella relacionaba este embarazo a su experiencia previa en Venezuela, donde me explicaba había sido totalmente distinta. La diferencia en la atención y en la forma de conceptualizar el embarazo también llamó mi atención, ya que uno de sus miedos era que aún no comenzaba a tomar vitaminas y fármacos para el control de su embarazo, concibiéndolo como un proceso que debía ser controlado minuciosamente.

Fue difícil manejar la situación y no poder darle la respuesta que ella esperaba. Lo que más la desilusionó era el hecho de que no podía tener controles mensuales con ginecólogo y que posteriormente fuera él mismo quién la atendiera durante el parto. Se le explicó que mantendría controles con la misma matrona durante su embarazo, pero no respondía a sus expectativas. Además de lo difícil que era adaptarse a un nuevo entorno donde vivir, se enfrentaba al desafío de traer un hijo a este nuevo entorno, y no de la manera que ella conocía.

Esta experiencia deja varias inquietudes. Primero, quedé con la incertidumbre de si continuaría sus controles de embarazo en el CESFAM o buscaría otra forma de hacerlo. Me preocupó su desilusión y pena con la que reaccionó al ver que sus expectativas en salud pública primaria no se alcanzarían en Chile. Después de transcurrido el tiempo, volví a acceder a su ficha y pude constatar que mantuvo controles de su embarazo en el consultorio. Me preguntó como habrá vivido este proceso de una forma distinta y como se sentirá al respecto. El seguimiento de este tipo de casos es sumamente importante, para apoyo a lo largo del proceso migratorio y de salud.

El desafío que a través de este caso se evidencia, es que el sistema de salud chileno es contrastado y comparado no solo en relación a sí mismo y a las prestaciones y la calidad de la atención del sistema público y privado, sino que también este es contrastado, en relación a otros sistemas de salud en Latinoamérica (países de procedencia de las mujeres migrantes y extranjeras). Esta comparación puede ser una oportunidad, en al menos dos vías: (i) La presencia de población migrante, nos desafía a conocer los otros sistemas de salud, a identificar condiciones y características principales de estos sistemas de salud, y de las características de los grupos que vienen a nuestro país. Conocer el sistema de salud de las personas que provienen de otros países nos permite empatizar, aproximarnos de mejor manera respecto de los modos en que las personas enfrentan el sistema de salud y los procesos de salud-enfermedad. Esta es una oportunidad para incrementar los mecanismos de información y comunicación, que permitan mejorar el acceso al sistema. Por otro lado, esta misma información facilitará mejorar las estrategias que desde la atención de especialidad pueda desplegarse. (ii) En esta misma vía, conocer las diferencias entre los sistemas de salud en origen y destino, permitirá adoptar formas de intervención y acción en salud, recoger estrategias que han resultado adecuadas en otros países, y a su vez, podrán potenciarse los mecanismos de intervención que son efectivos al interior del sistema de salud chileno, estrategias que incluso podrán ser desplegadas en la atención de población migrante, y chilena.

Debemos prestar especial atención a la salud de las mujeres gestantes, especialmente en un ámbito en que el maltrato, la violencia, la medicalización, etc. están instalados de forma estructural y transversal al sistema. En el caso de las mujeres extranjeras y migrantes en particular, se hace más complejo, puesto que las experiencias de discriminación, racismo, xenofobia, vulneración de derechos, violencia, exclusión social, etc. pasan y se refuerzan a través de la experiencia (atención) de embarazo y parto de estas.

En particular las mujeres, tanto las nacionales, como extranjeras, se enfrentan, en relación a la salud sexual y reproductiva, a un escenario que es complejo, en donde la intimidad, el cuerpo, la maternidad, el embarazo y el parto, desde lo social y lo cultural evidencian procesos de domesticación, subordinación, y de exclusión social. En este marco debemos tener presente el asegurar los derechos de las mujeres y de los recién nacidos, los derechos constituirán una orientación fundamental a cualquier tipo de intervención que pueda realizarse en esta etapa de la vida. La acogida de una persona en este contexto es fundamental, especialmente cuando esta se enfrenta a un sistema desconocido, complejo y en donde operan sus propios prejuicios y las expectativas que traen desde el país de origen, aspectos que se encuentran en tensión, con los prejuicios y expectativas de las personas y profesionales que les atienden.

Para resolver la atención integral de las mujeres, en contextos vitales en que abordamos la salud reproductiva de estas, se hace indispensable considerar, en primer lugar, la complejidad de las experiencias de la atención de salud de las mujeres, tanto en origen, como en destino. Por otro lado, debemos tener presente el lugar que estas mujeres ocupan en la escala social del país de recepción, pues esto se asociará a las barreras subjetivas y al trato que estas mujeres reciban en el sistema de salud chileno.

En esta línea, las vivencias de embarazo y de parto, estarán asociada a las experiencias de las mujeres a lo largo de su propia historia vital y al relato de otras mujeres cercanas. En estas experiencias, se evidencia el contraste respecto del sistema de salud público y privado, al funcionamiento que estos servicios tengan en el país de origen. En este marco, se requiere conocer y profundizar los significados que se atribuyen a la salud sexual y reproductiva, al parto y embarazo en los lugares de origen. Profundizar en las prácticas de cuidado y atención vinculada a estos procesos vitales. Será significativo adentrarse en los modos en que, desde las experiencias de las mujeres, en su relación con los sistemas de salud, estas recogen y contrastan estas experiencias con el sistema de atención en Chile, en tanto país de destino. Aproximarse a estos relatos, a los contrastes entre estas realidades, permitirá mejorar la atención sanitaria en Chile.

En segundo lugar, es fundamental valorar la experiencia de otras mujeres en torno al embarazo y el parto, en especial en los casos en que es un primer embarazo (en destino), o que este se produce en el contexto de un proyecto migratorio. Se hace indispensable recoger y comunicar las experiencias de otras mujeres (connacionales) que hayan vivido o se enfrenten a un embarazo y un parto en el lugar de destino. En este contexto, se requiere desplegar estrategias que permitan abrir espacios de comunicación y acogida que permitan contener y acompañar estas experiencias.

Entre los desafíos que quisiera subrayar a partir de la historia relatada, destaco:

- (1) La evidencia del contraste entre la realidad, lo que ofrece el país, y la expectativa que elabora la persona migrante respecto del sistema de salud y lo que puede (espera) encontrar (y recibe) en este.
- (2) El reconocimiento de la diferencia y la empatía, hacia la mujer, desplegada por la profesional. La empatía como habilidad y como metodología de intervención es relevante de potenciar.
- (3) En el relato, la mujer embarazada consultante, evidencia la necesidad de recibir lo que se espera del sistema de salud, de acuerdo a la expectativa que se trae de salud desde el país de origen: medicamentos, vitaminas, uso de tecnología, tipo de apoyo durante el embarazo y el parto, acompañamiento, etc. Conocer y comprender estas expectativas puede acortar brechas de acceso y uso de servicios de salud, así como de satisfacción usuaria y calidad de la atención.



Relato 19: “Nunca cambies tu esencia”

Autora: Eliana Correa

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 14 años

Nacionalidad: peruana

Ocupación: Estudiante

Tiempo en Chile: 7 meses

Redes de apoyo: Vive con su madre y hermana menor de 11 años, además cuenta con su tío y primos.

Testimonio

Salimos a la sala de espera a llamar al próximo paciente, que correspondía a una adolescente de 14 años, al mencionar su nombre en voz alta nos llama la atención que se acerca a nosotras una mujer tímida de alrededor de 45 años. Nos refiere que es su madre y que la paciente se ha quedado en casa, ya que ella había considerado que no era necesario que asistiera. La hacemos pasar para su atención inicial. Refiere que su hija viajó acompañada de abuelos y primos a Chile, ya que ella había llegado meses antes acompañada de su hija menor. Nos cuenta que paciente le refirió que el viaje fue difícil, ya que vino en bus y duró alrededor de 4 días, algunas veces teniendo que dormir en el terminal. La familia tomó la decisión de migrar a Chile para buscar mejores oportunidades y calidad de vida. Viven en una habitación que arriendan en el taller del tío de la paciente donde refieren cuentan con servicios básicos como agua, luz, pero no tienen agua caliente.

Su madre nos comenta, además, que ingresó hace pocos meses a estudiar al colegio, el cuál era inicialmente sólo de hombres, por lo que le ha resultado difícil adaptarse, siendo en un comienzo la única mujer. Nos cuenta que varios de sus compañeros fuman cigarrillos y marihuana, beben alcohol y varios comentan ya haber iniciado su vida sexual. Comenta que su hija no se siente cómoda en el entorno, varias veces la han molestado compañeras por vestir el jumper bajo las rodillas (ella nos refiere que en Perú se viste así), por lo que la madre nos cuenta que lo cortó unos pocos centímetros para evitar las burlas. Nos comenta que en Perú los niños de la edad de su hija se comportan diferente, y siente que la crianza de sus hijas en Chile es un gran desafío, ya que tiene miedo de que olviden sus valores culturales y cambien su comportamiento, aunque cree que sus hijas tienen claros sus valores. Les dice constantemente que no deben cambiar su esencia a pesar de que sus compañeros actúen distinto a ellas.

Me llamó particularmente este relato por el choque cultural que se produjo en la paciente al entrar a estudiar al colegio, sin duda en una situación muy adversa, relacionada con tener compañeros muy distintos a ella, de los cuales incluso en ocasiones refirió sentir miedo, al tratarse de sólo hombres y que abordaran temas en el espacio escolar relacionados con consumo de sustancias y actividad sexual. Este hecho también se transformaba en un desafío en la crianza para la madre, quién además nos comentaba que sus hijas asistían a colegios distintos, por lo que no podían acompañarse en este proceso. También me llamó la atención de que la madre asistiera sola y la paciente se quedara en casa, queríamos conocer desde su propio discurso como estaba viviendo estos cambios y como podíamos ayudarla directamente en este sentido.

No hubo ninguna dificultad en la atención como tal, sin embargo, el hecho de que la paciente no asistiera dificultó obtener la información para conocer desde su perspectiva el proceso que estaba viviendo, como se sentía e identificar si ella percibía necesidades distintas a las que señalaba su madre. Además, nos refirió que la consulta anterior que habían tenido la había realizado la asistente social, y a raíz de esa experiencia consideraron que no era necesario que ella asistiera a la atención actual. Queda la duda de si durante esa atención la paciente al ser menor de edad no se sintió partícipe de la atención (aunque esta fue realizada para ella), ya fuese porque no se le escuchó o validó su discurso. La atención realizada a una adolescente de su edad debe incorporar sus perspectivas, sobre todo al estar viviendo un proceso de adaptación complejo como lo es la migración a su edad, donde se cuestionan aspectos clave de la identidad y como se afecta esa al crecer lejos de sus raíces y en un entorno y cultura diferentes.

Mis inquietudes principales fueron no poder conocer directamente las necesidades de la paciente desde su discurso, ante la posibilidad de que la madre no conociera todas sus necesidades. También me inquietó que no asistiera a la atención. Se derivó a la paciente para aplicación de ficha Clap, y se señaló a la madre que era importante que su hija asistiera, ya que el instrumento se le aplicaría directamente a ella y era para poder conocer sus necesidades. Me quedó también la inquietud de cómo se desarrollaría su adaptación en el colegio y como aquél choque cultural podría influenciar en aspectos de su vida como su identidad, su forma de relacionarse y su proceso de aprendizaje.

El relato da cuenta de un desafío particular respecto a la llegada de personas migrantes internacionales que tiene que ver con población menor de edad: niños, niñas y adolescentes (NNA). Tal como queda reflejado en el relato, esta población se ve enfrentada a una serie de desafíos que son muy diferentes a los de la población migrante adulta. Los y las NNA son personas que no han migrado por decisión propia, sino siguiendo a sus padres o familiares que han decidido migrar generalmente en busca de mejores condiciones de vida. Esto implica que NNA migrantes viven un proceso propio que los afecta de manera particular, ya sea porque se quedan en su país de origen sin ambos padres o uno de ellos, o porque deben viajar a un nuevo país con sus padres o tiempo después para encontrarse con ellos o con familiares cercanos. Estas experiencias de desarraigo dejan profundas secuelas en NNA y los exponen a desafíos específicos como son el tener que incorporarse a un sistema educacional diferente al que están acostumbrados, y a condiciones de vida en muchos casos adversas. La migración expone a los NNA a situaciones de hacinamiento, a carencias económicas y afectivas al estar lejos de sus seres queridos, y al hecho de tener que madurar y asumir responsabilidades adultas de manera más rápida que aquellos pares que no migran. En el caso de niños y niñas pequeños, crecer en espacios hacinados, con poco estímulo, genera en algunos casos rezagos psicomotores vinculados a las condiciones psicosociales propias de la población migrante.

Es necesario que el sistema de salud visibilice a la población de NNA migrantes, e identifique las necesidades específicas de esta población. Para esto se requiere que los trabajadores de salud realicen labores comunitarias, que conozcan directamente las condiciones en las que los migrantes internacionales viven en Chile, y los contextos en los que NNA migrantes se están desarrollando. Con esta información, los equipos de salud podrán generar estrategias pertinentes para esta población, y comprender desde una mirada integral la vulnerabilidad de esta población. Además, se requiere desarrollar estrategias participativas y con enfoque de derechos que incluyan la voz de los NNA migrantes, para conocer desde su relato sus experiencias de vida y necesidades de salud.

La historia nos da cuenta de la experiencia de vida de una adolescente migrante relatada en tercera persona. La madre es quien habla por su hija, invisibilizando con ello el relato propio de esta adolescente. La madre se muestra angustiada por las vivencias de sus hijas, y teme que estas pierdan su identidad al insertarse en el medio local. Esto permite entrever que existen necesidades específicas para la población de NNA migrantes internacionales, sobre todo en los ámbitos de salud y educación, para lo que se requiere de estrategias particulares de ambos sectores para abordarlos. Además, se requiere de estrategias intersectoriales que aborden a NNA migrantes desde enfoques integrales e inclusivos, que rescaten sus percepciones y necesidades, propiciando con ello contextos que les brinden la calidad de vida que todo NNA requiere para su óptimo desarrollo.



Relato 20: “Te ayudo”

Autora: Sofía Astorga

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 26

Nacionalidad: haitiana

Ocupación: cesante

Estado civil: casada (esposo en Haití)

Tiempo en Chile: 17 días

Redes de apoyo: Su hermana, con quien vive. Esposo se encuentra en Haití.

Testimonio

La paciente es una joven haitiana que se encuentra cursando un embarazo. Entra a la atención acompañada de su hermana, quien también está embarazada. Ninguna hablaba español, por lo que se le solicitó apoyo al traductor, quien también es haitiano y lleva 5 años en Chile.

La atención fue más breve de lo común, debido al tiempo limitado y la diferencia idiomática, lo que se tradujo en una atención más compleja de lo habitual. La paciente consulta por su embarazo, que según ella está en entre la semana 11 y 14, y también menciona tener una fuerte sensación de acidez. Refiere que quiere comenzar sus controles de embarazo. Llegó hace 17 días a Chile, su esposo sigue en Haití y no sabe aún si viajará. Menciona que aquí supo que estaba embarazada. No está trabajando actualmente y vive con su hermana.

Al realizar la entrevista pude observar que estaba triste y cabizbaja. Respondió que se ha sentido triste y angustiada el último tiempo y ha pensado que la vida no vale la pena. En estos casos siempre se informa a los pacientes que tienen la posibilidad de tomar hora con psicólogo, evitando usar el término “salud mental” por el estigma que genera. Recuerdo que le pedí al traductor que le entregara esta información a la paciente, a lo que ella respondió en creole y movió la cabeza indicando “no”. A pesar de esto, el traductor me dijo que sí le haga la derivación, por lo que yo le insistí que preguntara nuevamente. Repitió que, si la deriváramos, aunque la respuesta de ella fue la misma: “no”. Una tercera vez que le pedí que repitiera la pregunta él refirió que ella no quería ser derivada. Por lo que no se realizó la derivación, pero se le dejó la opción de pedir hora cuando lo necesite y se le entregó información sobre el proceso a realizar si decidía tomar la hora más adelante. Sin embargo, me quedé con la inquietud de si la joven entendió la información entregada y si el traductor está realmente traduciendo lo que se le pide o requiere.

Comentarios del autor del relato

Lo principal que me llamó la atención fue el tema de la barrera lingüística y entender que tener un traductor no implica necesariamente una atención completa. En ese sentido, que el traductor no tradujera realmente lo que la paciente me decía, no me permitía entender su situación y ver qué necesidades tenía para así poder derivarla adecuadamente. Y en ese caso, ver que los traductores traen también sus propias concepciones respecto a salud y sus propias creencias a la atención a migrantes, lo que presenta un nuevo desafío.

De la paciente me llamó la atención su situación, ella llevaba dos semanas en Chile, recién se había enterado del embarazo, con redes de apoyo limitadas, sin saber si iba a contar con el apoyo de su esposo en Chile y sin trabajo. A partir de esto uno puede entender su situación emocional, pero también entender que ella debió haber tenido una resiliencia muy desarrollada para llegar hasta ese momento. Tomar la decisión de dejar tu país, de dejar tu familia e irte a otro lugar con altas expectativas de que tendrás una mejor vida, requiere mucha fuerza interior que no siempre es valorada. Quizás por eso no quería hora en salud mental, o quizás por prejuicios. Nunca sabremos, pero al menos sabemos que sí siguió con los controles de embarazo y que tiene las herramientas para pedir ayuda cuando lo necesite.

Creo que lo más difícil de manejar en este caso fue la barrera idiomática y cultural. El traductor ayudó a traducir la mayoría de las cosas, pero sus creencias culturales podrían haberse antepuesto a las necesidades de la paciente. Esto también se puede deber a lo que hemos conocido de la cultura haitiana que tiende a ser más machista que la cultura chilena. Lo anterior lo he podido observar en las atenciones a haitianas, en donde hay algunas preguntas de salud, por ejemplo, que cuando se las hacía y el traductor las traducía, la paciente se reía nerviosamente y respondía en voz baja, ya que le daba vergüenza responderle las preguntas a él.

Después de atenderle quedé con la principal inquietud respecto a su malestar emocional, ¿habrá pasado? ¿habrá podido activar redes de apoyo con la comunidad haitiana? ¿habrá llegado su esposo para apoyarla? A seis meses de la atención, la paciente seguía cesante y está pronta a tener a su bebé. Al revisar la ficha clínica, me percaté que había asistido a todos sus controles de embarazo y había tenido atenciones con la trabajadora social para solicitar ayuda como madre soltera. La otra inquietud que me quedó es el tema de barrera idiomática y poder entender hasta qué punto los traductores pueden ser un facilitador o una barrera.

Comentario de experto: Daisy Margarit

Los principales desafíos están en comprender que la migración es un fenómeno diverso y dinámico, esto significa que no puede ser tratada y comprendida de un modo homogéneo, por cuanto todos los colectivos de inmigrantes requieren atenciones particulares que estarán determinadas por 4 elementos: (i) El tiempo viviendo en Chile; (ii) Trayectorias migratorias, (iii) Grupo etario y sexo; y (iv) Perfil socio demográfico.

En relación al *tiempo viviendo en Chile*, es necesario tener en cuenta que una persona o una familia o grupo familiar y/o comunitario va a requerir atenciones diferenciadas si está en la primera etapa de su proyecto migratorio, es decir, ha llegado a Chile hace menos de 1 año. Cabe señalar que el proyecto migratorio, supone el desarrollo de estrategias de vinculación con redes que proporcionan información y apoyo en la primera etapa del proceso migratorio, estos primeros contactos serán claves en la integración social de los sujetos en las etapas posteriores.

Por su parte, también será importante considerar el segundo elemento, las *trayectorias migratorias*, estas refieren a las características que adquiere el proceso migratorio, cómo ha sido la llegada al país, las rutas migratorias que ha trazado desde el origen y si ha tenido experiencias previas migratorias. Cada trayectoria migratoria generara un tipo de capital social que cada sujeto expresara de un modo diferenciado en el territorio donde reside actualmente, o donde es sujeto de atención de salud.

Del mismo modo se deberá considerar *el grupo etario* al cual pertenece, las características propias del sujeto de acuerdo al sexo y las eventuales vulnerabilidades que puede presentar de acuerdo a lo señalado en la trayectoria migratoria. Por último, el *perfil sociodemográfico* de cada sujeto, también nos aporta información relevante que se debe tener en cuenta, al momento de la caracterización del sujeto en la primera atención de salud, esto significa que el desafío está en comprender que, de acuerdo al nivel de estudios, cuáles son las fortalezas y debilidades que el equipo de salud puede identificar para una atención adecuada.

Los desafíos planteados, suponen un proceso previo de sensibilización de los equipos médicos de salud, que determinen un umbral mínimo por sobre el cual se puedan planificar y entregar atenciones de salud oportunas, integrales y de calidad, de acuerdo a los perfiles de cada sujeto. Por ello, se deben considerar los 4 elementos descritos de un modo sinérgico y dinámico, por cuanto las atenciones de salud no deben obviar aspectos del pasado reciente de los sujetos y poder proyectar en el nuevo territorio sus posibles vulnerabilidades y capacidades propias y de los colectivos para mitigar riesgos.

La historia relatada, da cuenta de varios de los elementos señalados en los desafíos. En primer lugar, el tiempo viviendo en Chile de la mujer va a caracterizar las redes y el entorno

en el cual esta inserta, de tal modo que la intervención social y de salud pueda proyectar oportunidades para generar un cambio en su estado anímico y de salud. De igual forma, el desafío relacionado con las trayectorias permitiría conocer las experiencias anteriores de movilidad, que sean facilitadores para el proceso actual que vive.

No obstante, hay dos factores estructurales en la historia que dan una señal a las limitaciones que se experimentan en el sistema actual de salud. La primera obedece al factor tiempo para poder desarrollar intervenciones integrales que permitan una oportuna y adecuada atención. Este factor, es endémico al sistema, por cuanto la alta demanda de atenciones conlleva una reducción de los tiempos de atención, lo cual deteriora la calidad de las atenciones. Una medida para mitigar este tipo de situaciones sería poder complementar las primeras atenciones con diagnósticos situacionales en el entorno de la vivienda en donde reside la persona atendida. Una atención de proximidad en el entorno habitacional, puede entregar información valiosa del espacio social y físico en el cual el sujeto habita.

En segundo lugar, un segundo factor estructural, se relaciona con la barrera idiomática. Este aspecto no se resuelve solo con los mediadores interculturales, por cuanto en muchas ocasiones los estereotipos se reproducen en esa mediación, en la cual se transita entre imágenes preconcebidas, que se refuerzan con lo empírico del caso.



Migrantes
ST

Relato 21: “Fronteras internas”

Autora: Xaviera Molina

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 22 años

Nacionalidad: venezolana

Ocupación: trabaja en juegos de casino

Estado civil: soltera

Tiempo en Chile: 3 meses

Redes de apoyo: Cuenta con el apoyo directo en Chile de su madre y su hermana. Vive con su madre y su hija, además de otros venezolanos que arriendan habitación.

Testimonio

Llega a la consulta una mujer de 22 años con su hija de 6, son venezolanas. Llegaron hace 3 meses a Chile, en busca de mejores oportunidades de trabajo y una mejor calidad de vida, impulsadas por la situación económica y política de su país. Nos cuenta que allá se quedó su abuela quien era como una madre para ella, ayudándola constantemente con el cuidado de su hija. Lo que más la entristece de haber migrado es no poder comunicarse con ella, ya que tiene casi 90 años y no entiende mucho de tecnología, le angustia no poder escucharla y que no vea a su hija que está creciendo tan rápido.

Ahora ella vive con su madre en Chile y su hermana, quien vive en otra casa, se siente segura y feliz de poder irse a tomar un helado con su hija sin sentir miedo. Actualmente trabaja en un local de juegos de azar en el centro, le ha costado acostumbrarse a los horarios ya que trabaja de noche, y cuando llega sólo duerme y al despertarse su hija ya se ha ido al colegio.

Trabaja todos los días de la semana y tiene un día libre, está muy contenta de recibir un sueldo mínimo, porque le permite enviar un pequeño porcentaje a Venezuela, donde significa mucho dinero. Al preguntar por sus necesidades en salud, comentó que tenía antecedentes de cálculos renales que fueron tratados, pero había comenzado con dolores intermitentes nuevamente hace ya unas semanas. Refiere no prestarle demasiada atención, y que es la salud de su hija la que más le preocupa, ya que ella presenta riesgo de generar cálculos, se realizó exámenes, pero teme que ningún médico los lea por no contar con rut de salud.

A medida que avanza la consulta, comienza a emerger un tema que le preocupa más, que es el comportamiento de su hija. Como la ve poco queda a cargo del cuidado de su hermana y siente que es manipulada por la niña, ya que no le hace caso y su hermana la consciente. Poco puede hacer ella ya que al trabajar de noche no puede estar mucho en casa cuando su hija está, dice que su hija está más violenta y que no la toma en cuenta, cree que esto ya la está superando y tiene miedo de que se vea sobrepasada por no tener el control de la situación.

Cuenta que en el edificio la multaron por haber dejado sola a su hija en la casa, porque ella trabajaba y su hermana quien la cuidaba en ese momento tuvo que salir por unos minutos, la vecina escuchó los gritos de una niña por lo que tocó la puerta y le abrió su hija y le contó que estaba sola, esta vecina avisó a conserjería y la administración decidió multarla. Posterior a toda esta conversación le explicamos que podríamos derivarla a un psicólogo infantil que hay en el CESFAM ella acepta y agradece enormemente la intervención y la posibilidad de recibir ayuda en este proceso lleno de cambios.

Comentarios del autor del relato

Me llamo la atención este caso ya que a veces migrar puede traer consigo muchas cosas buenas en este caso fue el trabajo que consiguió y el dinero que ganaba, que le permitía estar en un hogar tranquilo y con sus necesidades básicas cubiertas. Pero en este caso no era suficiente ya que viajar con su hija fue un cambio rotundo para ella a nivel familiar, en cómo educar y establecerse culturalmente de otra manera en la crianza de su hija. Además, hoy en día se castiga que una mujer tenga problemas en la relación con sus hijos y que ella haya expresado la necesidad de ayuda es muy valiente y más aún de pedir ayuda a un profesional como un psicólogo que es de otro país distinto al de ella. Además, la consulta fue muy tensa porque en la consulta estaba presente su hija y estaba muy inquieta, interrumpía y gritaba, le pasamos lápices para dibujar y terminó rayando el piso mientras la mamá la retaba, en la atención se notó que no tenía autoridad para que su hija le hiciera caso.

Lo que fue difícil manejar del encuentro intercultural fue la atención con su hija presente ya que la distraía todo el tiempo, al retarla y estar pendiente de que no hiciera algo incorrecto, por lo que fue perdiendo atención y motivación a medida que pasaba la entrevista ya que su hija cada vez más se ponía más inquieta.

Me quedó la inquietud de cómo nosotros como profesionales de salud estamos abarcando y apoyando temas de salud mental en los niños y su proceso de migrar a nivel personal y su relación con la familia, sus padres, primos, abuelos, hermanos. Cómo el universo de un niño se puede ver tan afectado en cambiar de país y cómo los puede beneficiar, pero también afectar. Y también sacarme ese mismo prejuicio que no son sólo los adultos que deben buscar trabajo y hogar son los que sufren a nivel psicológico sino los niños también.

La llegada de niñas y niños migrantes presenta nuevos desafíos para el sistema de salud en cuanto a revisar los paradigmas desde los cuales intervenimos, de modo particular, con esta población. Esto nos lleva a crear nuevos programas para atender sus demandas y necesidades puntuales. Se trata de una población que está situada en una particular posición de vulnerabilidad y jerarquías de poder, en cuanto a su condición de edad y origen étnico-nacional, que requiere atenciones integrales pertinentes a estas variables.

Creo que se deben revisar los fundamentos de las políticas públicas de salud a fin de otorgar atenciones preventivas y promotoras de los derechos de la población infantil migrante, al mismo tiempo que reparar y tratar lo que haga falta. Se debe considerar la trayectoria migratoria de las niñas y los niños, desde que quedan en sus países de origen al cuidado y compañía de otras personas de sus grupos familiares o redes vecinales, después, cuando ellas y ellos hacen el viaje, y, por último, una vez que llegan a los lugares de destino, en este caso, a Chile. En otros países se han diseñado programas de acogida para niñas y niños migrantes, para facilitar su adaptación a los nuevos contextos, tanto en lo administrativo-burocrático (visados, papeles, permisos, etc.), en cuanto a la integración a espacios escolares, grupos sociales o deportivos locales, entre otros. Y lo más importante, los equipos de salud multidisciplinares ofrecen apoyo a las familias para enfrentar el proceso migratorio y los cambios generacionales que conlleva, ya sea que realicen una migración en cadena (por ejemplo, primero la madre, luego el padre, luego las hijas e hijos, etc.) o de todo el grupo familiar a la vez. En mis estudios he podido comprobar que la migración impacta ineludiblemente en las relaciones familiares: se deben reacomodar los roles, la comunicación se altera y se deben enfrentar los conflictos que surgen.

La madre y su hija están en la primera etapa de la migración (llevan 3 meses en Chile) y se están enfrentando al proceso de adaptación y acomodación. La joven madre ha perdido el vínculo de su abuela materna, quien la apoyaba en Venezuela -para colmo, no se pueden comunicar-, presenta problemas de salud, sus horarios laborales son extenuantes y no puede apoyar cotidianamente a su hija, lo que ha generado enfrentamientos con la comunidad local sobre la crianza infantil, que la hayan multado por haberla dejado sola muestra el alto estándar, por no decir, juicios racistas y discriminadores, que se aplican a las personas extranjeras en nuestro país. Debemos comprender que la niña de 6 años está viviendo su propio proceso migratorio -quizás sin haber opinado y decidido en él-, debe adaptarse a un nuevo colegio, casa y país, a una nueva realidad; su agresividad, manipulación o “pataletas” son las formas clásicas en que las niñas y los niños expresan experiencias más profundas sobre las cuales no pueden o no saben cómo hablar o cómo gestionar y enfrentar. Los equipos de salud multidisciplinares pueden apoyar en estos procesos.



RECARGA
SEGURIDAD

LLAMADOS
FOTOCOPIAS

RECARGA
SEGURIDAD



RECARGA
SEGURIDAD

Relato 22: “Corriendo la voz”

Autora: Macarena Chepo

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 30 años

Nacionalidad: dominicana

Ocupación: actualmente sin trabajo, por el embarazo

Estado civil: soltera

Tiempo en Chile: 8 meses

Redes de apoyo: Vive con su pareja, dominicano también, subarriendan pieza en un departamento en Santiago Centro.

Testimonio

Llega a la consulta una paciente joven, de nacionalidad dominicana, es primera vez que consulta al sistema de salud. Viene porque cursa con un embarazo de 25 semanas y desea comenzar sus controles con matrona en el consultorio.

No había asistido al centro de salud previamente por varios motivos: el primero (y principal) era porque no tenía claridad si podía atenderse de manera gratuita o no. Tras recibir el consejo de unos vecinos, también inmigrantes, que ya habían sido atendidos de manera previa en la clínica migrante, se decidió a consultar.

El segundo motivo era porque se sentía muy nauseosa, este era su primer embarazo y no sabía qué medicamento tomar. La cantidad de náuseas y sensación general de malestar incluso imposibilitaban que saliera de la casa, por lo que prefería mantenerse acostada todo el día, por lo que no había consultado antes. Esperaba recibir ayuda ese día o que al menos le dijeran qué tomar.

Contaba muy esperanzada que su hermana también pretendía viajar a Chile, lo que la ponía muy contenta, porque estaba muy sola durante el día (su pareja trabajaba en un supermercado y llegaba tarde). Además, pensaba que sería un excelente apoyo para la llegada de su bebé.

Comentarios del autor del relato

De lo que destaco de este relato, es que me gustó mucho saber que existía un “boca a boca” de la clínica migrante que brindamos en la comuna de Santiago desde el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo, lo que hacía que la gente no sintiera temor y se atreviera a asistir. Lo segundo, fue la importancia de la consulta temprana en caso de embarazo... quizás si hubiera sabido antes de la garantía que tenía como mujer embarazada habría asistido con anticipación y accedería a la gama de beneficios que Chile Crece le otorga.

Para enfrentar algunos de los desafíos de este encuentro intercultural, dado lo avanzado del embarazo, para agilizar los procedimientos y trámites posteriores, coordiné una hora para ecografía e ingreso de embarazo lo antes posible, así como también conseguí que la matrona de turno entregara una receta para un anti nauseoso. La paciente se fue feliz sabiendo los beneficios de salud que tendría ella y su hijo y además con las horas tomadas para las nuevas atenciones.

Mi inquietud tiene que ver con la reunificación familiar... ¿Habrà logrado viajar la hermana de esta paciente? Debe ser muy adverso vivir la experiencia de embarazo de manera tan solitaria. Si bien Chile Crece Contigo entrega una serie de prestaciones, sería interesante también generar redes con mujeres embarazadas inmigrantes donde un profesional idóneo les brinde alguna suerte de acompañamiento, ya que el embarazo en sí mismo es un importante evento en la vida, por lo que sí acompañamos con la condición de ser migrante, podrían abrirse nuevos elementos que requieran de una red de soporte.

Existe una innumerable cantidad de desafíos para el sistema de salud, no solo para migrantes, sino que para los nacionales también. Hablamos de la búsqueda de un sistema que garantice los derechos a todo ser humano y de manera equitativa. Para lograr lo anterior, uno de los primeros recae en que las personas conozcan sus derechos, para ello es importante que se difunda la información en los idiomas de las personas. Existe también el gran desafío de acentuar la prevención, muchos grupos migrantes, por las condiciones de sus países, han dejado de realizar sus exámenes preventivos o incluso en muchas culturas más rurales, no es parte de su idiosincrasia acercarse a los sistemas de salud como los que se encuentran en Chile. Quisiera subrayar el gran desafío de la empatía en los espacios clínicos, las personas acuden a los servicios públicos con interrogantes, miedos y ansiedades, esto por distintos motivos, algunos relacionados con las posibilidades de cobro, otros por sentir que no comprenderán su idioma, o por temor a que denuncien su condición migratoria irregular, etc. Es por ello por lo que los funcionarios deben mantener empatía para con los distintos grupos vulnerables que atienden.

Comunicar la información en distintos idiomas y a distintos actores es una forma de manejar el primer desafío, pues las personas al llegar al país desconocen los derechos que el Estado les ha reconocido y necesitan informarse de estos no solo para ellos, sino que también para sus familias, incluyendo adultos mayores y niños. Para lograr aquello deben establecer una red de confianza para el migrante y acercarse a la junta de vecinos, líderes migrantes, organizaciones de la sociedad civil, etc., que permitan compartir las garantías que ofrece el sistema de salud para este grupo social. Aquí es importante que exista la posibilidad de traducirlo a distintos idiomas e incluir el lenguaje de señas si es necesario, para comunicar equitativamente a todas las personas.

Con lo expuesto anteriormente, se puede lograr sensibilizar y junto con ello trabajar la prevención en grupos comunitarios incluyendo chilenos y extranjeros. Complementando esta iniciativa, es de real importancia establecer metodologías de trabajo que involucren la interculturalidad con el objetivo de respetar al otro en su cultura y cumplir los objetivos sanitarios que se establecen. Un intermediador lingüístico es fundamental para lograr este desafío y un profesional asesor o vínculo con instituciones que asesoren también son relevantes para gestionar las visas de las personas y con ello dar una respuesta integral en salud.

La situación migratoria de la embarazada que involucra un acompañamiento jurídico migratorio para resolver este ámbito. Para ello el sistema de salud puede realizar convenios con instituciones sin fines de lucro que colaboren con esta información. La importancia de los vecinos en entregar información denota el rol de los mismos a la hora de comunicar a la comunidad las informaciones importantes. Acercarse a estas organizaciones territoriales e informar y equipar con material informativo es realmente importante para que los migrantes se acerquen con confianza al sistema. Con lo expuesto anteriormente, no solo se llegará a la comunidad en general sino también a los grupos de interés como las embarazadas, los adultos mayores y los niños.



2. Vulnerabilidades: Carencias socioeconómicas y afectivas.

“Hay momentos en los que la vida te coloca a la misma distancia de huir o quedarte para siempre”

Elvira Sastre, Baluarte, 2014.



Relato 23: “Buscando esperanza”

Autora: Báltica Cabieses

Datos de la persona

Sexo: Mujer

Edad: 32 años

Nacionalidad: boliviana

Ocupación: inactiva

Estado civil: soltera, con un hijo de 3 años

Tiempo en Chile: 6 meses

Redes de apoyo: Viajó sola al país, declara no tener ninguna salvo expareja con quien estuvo tres meses en Chile, pero que ya terminó. Vive con conocidos en pieza que arriendan a otros migrantes, comparte su cama.

Testimonio

Llega a la consulta una mujer joven de poca estatura, tímida y silenciosa. Era de origen boliviano y con ascendencia de pueblo indígena Aymara. Su motivo de consulta era que tenía test pack de embarazo positivo y quería iniciar control prenatal. Estimaba tener unas 12 semanas. Relataba estar sola, el padre del hijo ya no estaba con ella y ya no se veían. Vivía de allegada en una pieza arrendada por migrantes, una mujer también boliviana que la estaba ayudando, aun cuando no la consideraba su amiga. Había llegado a Chile por tierra, escapando de una historia de vida de maltrato familiar en la infancia y abuso.

Su mirada era triste, algo perdida, poco quería decir... Respondía brevemente preguntas generales, pero al llegar a la sección de salud mental, el verdadero motivo de consulta emergió: sentía que su vida no valía la pena, había pensado en quitarse la vida e incluso estando en Bolivia ya lo había intentado justo antes de venirse a Chile. Me atreví a tomarle la mano, sus ojos se llenaron de lágrimas. “No lo he hecho por mi bebé, no sé qué hacer” me contó. Yo buscaba por donde abrir camino en la conversación, por donde iluminar y dar esperanza. Pregunté por el padre, por su familia, por amistades, por trabajo. Todo era oscuro y vacío, ese era el color y tono de su emoción.

La derivé de inmediato a salud mental en el consultorio. Identificamos el contacto de la conocida del lugar donde vivía para que la acompañara. Me recomendaron enviar de inmediato al SAPU (Servicio atención primaria de urgencia) contiguo al CESFAM y así lo hice. La fuimos a dejar, la presenté al equipo de salud y me despedí, al salir me miró por última vez y me sonrió.

Comentarios del autor del relato

Este fue un caso dramático de urgencia de salud mental. Tristemente, casos de depresión grave son cada día más frecuentes en Chile, pero en el caso de migrantes internacionales en vulnerabilidad extrema como ella, la severidad de la situación alcanza grados humanitarios. Me pregunto cuántos casos hay hoy mismo similares a este, que no estamos detectando, que no estamos cuidando...

Todo, todo fue difícil, desde verla entrar al box de atención. Lograr llegar a sus respuestas, entrar en su mundo, comprender su verdadero motivo de consulta, como en silencio gritaba por auxilio al sistema de salud a través de este breve encuentro.

Mis inquietudes principales fueron cómo entrenarnos mejor en manejo de persona con ideación suicida activa, cómo manejarlo asertivamente y sin dañar, sabiendo cómo y cuándo derivar, acoger, proteger. Esto no es solo necesario para el personal experto en salud mental, hoy es necesario para todo trabajador de salud, dada la frecuencia creciente de este tipo de casos en general y en grupos específicos como jóvenes, LGTBI, y personas migrantes internacionales en vulnerabilidad social.

El fenómeno migratorio actual supone diversos desafíos, no solo para el sistema de salud, sino también para los distintos sistemas y ámbitos del país, sobre todo si es la perspectiva de Derechos Humanos la que se instala como premisa. Por tanto, los desafíos suponen en primer lugar garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos sociales, en este caso en específico, el derecho a la salud para todos los sujetos independiente de su situación migratoria. Dicho esto, me parece importante destacar la situación de vulnerabilidad en que se encuentra una parte importante de la población migrante que llega a nuestro país, situación que se visibiliza claramente en este relato en concreto.

La vulnerabilidad se produce en el cruce de distintos factores como la procedencia nacional, el estrato socioeconómico, el género, la edad y la falta de políticas de acogida e inclusión efectiva ¹⁹. De acuerdo a los datos que nos aporta la encuesta CASEN 2015 en relación a la multidimensionalidad de la pobreza, la situación de vulnerabilidad que enfrenta o podrían enfrentar algunos colectivos de migrantes en nuestro país es preocupante, sobre todo en materia de vivienda en cuanto a la tenencia de vivienda y condición de hacinamiento en relación a la población nacional, y en salud, en cuanto al porcentaje de extranjeros que no accede a ningún tipo de sistema previsual (15,7%) en comparación con la población nacional ¹⁹. Esta situación es aún más preocupante para el caso de la niñez migrante, donde los riesgos y vulnerabilidades se profundizan y se explican de acuerdo a su doble condición: ser niño/a y ser migrante a la vez ²⁰. La alarmante cifra de pobreza multidimensional de los niños y niñas migrantes entre 0 a 17 años, se eleva a un 34,3%, en tanto, la cifra de pobreza multidimensional de la población infanto juvenil chilena es de 23,1%. Estos datos nos advierten sobre la urgencia de una acción política cuyo rol clave recae en el Estado para poder garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los inmigrantes, sobre todo en la población infantil.

Desde mi perspectiva como trabajadora social y considerando el contexto recién señalado, los desafíos que presenta el sistema de salud son variados en términos de complejidad en sus contenidos, procedimientos y tratamientos. En primer lugar, desde una perspectiva ética considero que toda política pública en salud tendría que incluir un enfoque intercultural que comprenda la importancia de la variable cultural en la atención a sujetos y familias migrantes, que, en el caso chileno, en su mayoría son de origen latinoamericano y por tanto, multiétnico. Existen distintas experiencias internacionales exitosas (a mi modo de ver) que se podrían revisar, como, por ejemplo, el caso de Ecuador con el plan nacional del “Sumak Kawsay-Buen Vivir” donde la salud se comprende como un derecho individual y colectivo del ser humano en el ámbito social, cultural y espiritual y se reconocen las diversidades socioculturales desde un enfoque de salud intercultural. En el caso chileno, considero que se debiese avanzar en esta línea.

Otro de los desafíos claves en esta materia tiene que ver con la formación y sensibilización de los profesionales y funcionarios del ámbito de la salud, sobre todo en cuanto a la información sobre las directrices generales entregadas por el Ministerio, principalmente en regiones, que ha llevado a que algunas situaciones de vulneración de derechos se vuelvan mediáticas ²⁰.

En el caso de este relato en concreto se observa un alto nivel de vulnerabilidad que radica en su condición de ser mujer, migrante y estar embarazada. Si además de esto le añadimos su estado de salud mental y la fragilidad de los vínculos que ella señala, el caso se complejiza aún más. En este sentido, la medida tomada por la profesional que atendió a la mujer, desde mi perspectiva, fue la correcta puesto que responde a una estrategia de intervención en crisis, debido a la urgencia que presenta el caso. El desafío en este sentido estaría mediado por la capacidad de gestión y atención que pueda tener la Asistente social o el/la profesional a la hora de atender y tomar medidas pertinentes ante la gravedad del asunto.

Dentro de los programas de atención y acogida dirigidos hacia la población migrante, debiese existir atención especializada relacionadas con el estrés y riesgos en salud mental puesto que migrar provoca situaciones de estrés que son importantes de considerar, sobre todo en situaciones complejas como puede ser estar embarazada. En este contexto migratorio, Pedone postula que las madres migrantes de Latinoamérica y sus familias están creando nuevos espacios, expandiendo sus límites nacionales e improvisando estrategias de maternidad y nuevas pautas de crianza ²¹. Por lo anterior, es de especial relevancia considerar esta premisa y desarrollar investigaciones que aborden la temática migratoria en su complejidad y así contribuir al proceso de integración propio del fenómeno migratorio actual.

El caso relatado es de un alto nivel de complejidad, por tanto, se requiere de una intervención social interdisciplinaria que intente atender las diferentes problemáticas aquí descritas, siendo primordial el cuidado de la mujer en todas sus dimensiones, sobre todo en lo que respecta al embarazo. Activar la red de servicios locales que puedan apoyar y proteger el bienestar físico, emocional y de salud. En este sentido el Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, juega un papel clave, puesto que contempla prestaciones específicas para aquellos niños/as o madres en gestación que presentan una situación de vulnerabilidad especial, como lo sería en este caso en particular.

Desde lo señalado por Thayer y Stang, esta política correspondería a una política de regulación de la permanencia al incidir en las condiciones de vida de los extranjeros y en su posibilidad de inserción en la sociedad de acogida, en este caso la chilena. Entendiendo el desarrollo infantil como multidimensional, donde influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños y niñas, de manera de generar una red de apoyo a través de la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia ²².



Relato 24: “Una roca en el camino”

Autora: Herleyn Agurto

Datos de la persona

Sexo: Mujer

Edad: 32 años

Nacionalidad: Peruana

Estado civil: Soltera. Con un hijo de 4 años

Tiempo en Chile: 4 meses

Redes de apoyo: Vive en una habitación con su hijo, su hermana y el novio de ella. Sólo cuenta con el apoyo de su hermana

Testimonio

Ingres a la consulta una mujer un poco inquieta tratando de hacer que su hijo entre al box, ya que corría por todas partes. Salgo para ayudarla, se notaba un poco angustiada. Luego de presentarnos y comentarle el fin de la atención, inmediatamente manifiesta estar muy agotada con la situación y querer devolverse a Perú. Comenta que se vino a Chile, ya que su expareja se vino hace un año al país, con la idea de poder juntar dinero y que ellos se vinieran a vivir con él. Cuando llegó aquí tuvo que vivir con su pareja y un amigo de él en una habitación pequeña, lo que era muy incómodo ya que no era un buen lugar para criar a su hijo.

Luego de un tiempo su pareja empezó a desaparecer, no llegaba a la casa o se demoraba demasiado, hasta que un día descubrió que la engañaba. Tras varias conversaciones decidieron irse a vivir los tres solos, él finalmente dejó a la otra mujer. Ella hace un mes tenía malestares extraños estomacales y por un test de embarazo supo que estaba embarazada. Cuando se lo comunicó a su pareja todo fue peor, la atacó verbalmente y volvió con la otra mujer, dejándolos a ella y su hijo; pidiéndoles que abandonaran la habitación. Ella se comunicó con su hermana y esta le ofreció un espacio. Mientras escuchaba atenta su relato, ella lloraba y solo decía que necesitaba ayuda para salir de esta situación y volver a su país, pero no tenía el dinero suficiente para hacerlo. Al preguntar por su salud mental, se identificaba con la pregunta de haberse querido hacer daño, pero pese a esto su hijo y el que venía en camino eran su fortaleza.

Acudió al CESFAM con el fin de iniciar sus controles de embarazo y realizarse su primera ecografía, además su hermana le había conseguido un posible trabajo temporal en una casa como empleada. Ella lo veía como una ventana para poder salir adelante y lograr sus metas, buscar un hogar para ella y sus hijos, y en especial tener dinero para poder costear su pasaje de vuelta a Perú.

Comentarios del autor del relato

Lo que más me llamó la atención de este encuentro fue que la mujer estuviese tan expuesta en un país desconocido, sin estar cerca de su familia y con lo poco que contaba ya no lo tenía; esa persona por la que dejó todo en su país. Esta mujer dejaba en mi visión dos preocupaciones mayores, primero que había sufrido violencia psicológica por parte de su ex y nunca había querido denunciarlo, porque pese a que mencionó esto en algún momento hizo referencia de que “podía haberla golpeado”. Y segundo que ella ya había tenido ideas de quitarse la vida para darle una solución a todos sus problemas.

Es lamentable identificar algunas historias de migrantes que presentan problemas en el área de salud mental, por las diferentes situaciones que viven, ser discriminados por sus raíces, en este caso que todo lo planificado saliera mal, no tener oportunidades como las que esperan o no tener una retribución económica adecuada con la responsabilidad de sacar a su familia adelante.

No fue fácil realizar la atención, estaba lábil emocionalmente, pero me sentí muy agradecida cuando ella al finalizar la atención me dio un abrazo y dijo que hacía mucho tiempo nadie la escuchaba y prestaba atención a sus problemas. Creo que lo que más difícil hizo la atención fue el hijo, ya que era muy inquieto salió en varias ocasiones del box, subía y bajaba de la camilla y ella mientras relataba todo, se veía como un factor estresor en esos momentos para ella; no lograba controlarlo. De lo demás ella facilitó mucho la atención porque estaba muy entusiasmada en recibir ayuda y contar su historia completa.

Por último, destaco la falta de herramientas que nos hacen falta como parte del personal de atención con este tipo de pacientes, en donde se ven enfrentados a situaciones de vulnerabilidad, violencia, ideación suicida, entre otros. Es urgente desarrollar capacidades en los equipos de salud para manejar estos casos con pertinencia social y cultural.

Comentario de experto: Alfonso Urzúa

El testimonio presentado deja entrever diversos desafíos para el sistema de salud chileno, de los cuales quisiera priorizar el de la atención en Salud Mental. Tomando algunas de las frases del relato tanto de ella como del personal de salud que la atendió, podemos ir rescatado diversos retos para la atención sanitaria.

“...manifiesta estar muy agotada con la situación...” El cansancio y el agotamiento suelen estar vinculados a la presencia de distrés, el tan conocido estrés negativo, el cual aparece cuando la persona siente que sus propias capacidades y fortalezas son insuficientes para afrontar las demandas del medio frente a acontecimientos vitales intensos y extraordinarios, sucesos estresantes diarios o situaciones de tensión crónica. El estrés ha sido vinculado y está a la base del surgimiento de muchas enfermedades tanto físicas como mentales, teniendo efectos devastadores sobre las emociones y el comportamiento. El distrés hace que nos sintamos frustrados, deprimidos, irritables, de mal humor y cansados, pero también se expresa en síntomas físicos como dolores de cabeza, temblores, ansiedad, dolor muscular, indigestión, tics, entre otros.

El proceso migratorio es en sí un evento estresante, pero también lo es el proceso de insertarse en un nuevo país e intentar adaptarse a las nuevas costumbres del lugar al que llegamos. A esto se suma, multiplicando la sensación de agotamiento, las condiciones en las cuales además se inserta la persona que migra, que en una gran mayoría se expresa en el vivir en condiciones de hacinamiento y falta de espacio propio: “...no tenían espacio y no era un buen lugar donde poder criar a su hijo...”, vinculado posiblemente a la falta de ingresos estables que la hacen permanecer en un estado de permanente inestabilidad e incertidumbre.

“...y querer devolverse a Perú...” El darse por vencido, la agresión, la autoindulgencia, la autculpa, el afrontamiento defensivo son reacciones generadas por la presencia de distrés. Posiblemente, Herleyn vio sobrepasada con creces sus recursos personales sumado a la escasa presencia de redes de apoyo, que podrían de alguna manera haberle ayudado a enfrentar las situaciones demandantes. Esto se confirma cuando ella expresa que “...hacía mucho tiempo nadie la escuchaba y prestaba atención a sus problemas...”. La sensación de carecer de apoyo social subjetivo (es decir, que sea afectivamente importante para la persona) es un factor de riesgo relevante para la salud mental, ya que la búsqueda de apoyo es una estrategia de afrontamiento al estrés que, de ser efectiva, se constituye verdaderamente en un factor protector.

“...la atacó verbalmente...” La presencia de violencia psicológica potencia su condición de vulnerabilidad como mujer migrante. Diversos estudios sugieren que la presencia tanto de violencia física como psicológica al interior de las parejas en Chile no es infrecuente,

ocurriendo múltiples casos de femicidio en mujeres migrantes en los últimos años. La violencia de género tiene múltiples connotaciones y puede ser producto de la interacción de diversos factores, entre otros, el estrés surgido del proceso migratorio o con prácticas o formas de interactuar previas al proceso, especialmente en culturas donde aún predomina un modelo hegemónico que valida diversas y a veces enmascaradas formas de violencia contra la mujer.

“...haberse querido hacer daño...”, “...No fue fácil realizar la atención, estaba lábil emocionalmente...” La presencia de sintomatología ansiosa y depresiva es frecuente en personas que migran. Diversos estudios en Chile dan cuenta que un alto porcentaje de migrantes se encuentra viviendo con síntomas asociados a trastornos de tipo depresivo (de donde forman parte la labilidad emocional y la ideación suicida), y que estos están asociados en gran parte a la manera en que la sociedad los recibe y las características de este, la posibilidad de desarrollar redes de apoyo en el país de acogida, pero también de otras variables personales que pueden interactuar negativamente y constituirse (dependiendo de cada situación), en factores de riesgo para su salud mental, tales como la edad, sexo, educación, nivel de aculturación, manejo del lenguaje del país al que se emigra, capacidades y potencialidades individuales del inmigrante, el aumento de la vulnerabilidad a la exclusión social o la marginación.

“...la falta de herramientas que nos hacen falta como parte del personal de atención con este tipo de pacientes, en donde se ven enfrentados a situaciones de vulnerabilidad, violencia, ideación suicida, entre otros...” Esta frase expresada por la persona que atendió, Herleyn, muestra concretamente el principal desafío que debe afrontar el personal sanitario: la capacitación para atender a personas en condiciones de vulnerabilidad, con enfoque de género e interseccionalidad, donde el desarrollo de competencias de escucha posibilite por un lado entender no tan solo los motivos de consulta físicos, sino comprender e integrar en la atención aspectos de la salud mental y psicológica de la persona que migra, siendo capaces de detectar problemas de estrés, depresión y violencia, como lo es en el caso de Herleyn, subyacentes a la consulta por motivos de salud física.

← DENTAL
← MOBILOGIA
← TOMA DE MUESTRA

SALA DE TRATAMIENTO
←
← VACUNATORIO
←

IPF



Relato 25: “Motivo de consulta”

Autora: Sofía Astorga

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 25 años

Nacionalidad: Peruana

Antecedentes médicos: VIH, desde hace un mes sin tratamiento

Tiempo en Chile: 1 mes

Redes de apoyo: Vive con pareja e hija de 2 meses en departamento de su hermana y familia. Menciona que los están echando y duermen en el piso

Testimonio

La paciente llegó media hora tarde a su atención y casi no es atendida por tope con hora de cierre del centro. Refiere que llegó hace un mes a Chile con su hija y su pareja, con la idea de encontrar trabajo en el país, dejando un hijo en Perú. No tiene un trabajo estable y recibe ingresos vendiendo agua en la calle junto a su pareja. Se encuentran en situación irregular, refiere estar tramitando su visa. Cuenta que en mayo del 2017 le detectaron VIH en Perú, donde estaba recibiendo tratamiento, fue contagiada por su pareja anterior. Al viajar a Chile abandona el tratamiento, hace ya un mes.

Tiene una bebé de 2 meses que no tiene VIH, y el motivo de consulta principal era pedir leche para su hija (al no poder amamantarla) porque se les estaba acabando. La familia de su pareja no sabe que ella tiene VIH, por lo que refiere haber sentido cierto estigma por no darle leche a su hija. Menciona que su hermana, con quien viven, los está echando del departamento y que actualmente duermen en el piso. Respecto a la bebé, no la han vacunado desde que nació y tampoco ha ido a ningún control sano.

Es acompañada por su pareja, un hombre joven peruano que no tiene VIH, él insiste en la necesidad de la leche para la bebé, lo que refuerza la idea de que fueron al CESFAM por eso, no por la paciente. Él no tenía un buen trato con ella, por su discurso parecía no apreciarla y estar molesto con ella por tener VIH. La paciente menciona que quiere retomar el tratamiento de VIH y controlar la anemia que tuvo durante el embarazo. Al revisar la ficha posterior a la atención el 2018, se aprecia que en marzo de este año inició el proceso para el RUT provisorio, implicando que estuvo 5 meses sin tratamiento para el VIH.

La paciente presenta importantes síntomas de depresión y posible ideación suicida. Respecto a las preguntas de salud mental, recuerdo que se las hice cuando su pareja estaba atendiendo a la bebé, entonces él no veía lo que ella hacía porque estaba de espaldas. Esto permitió que me pudiera responder a las preguntas que realicé, asintiendo con la cabeza y con una mirada de dolor reprimido que aún recuerdo. Las preguntas sobre ideación suicida son urgentes de considerar y no tomarlas a la ligera. Fue derivada a salud mental, pero nunca se le agendó la hora. Solamente ha tenido citas con la trabajadora social, quién, al revisar la ficha posteriormente, menciona que la paciente consume drogas, pero no la deriva al programa. En otra consulta, menciona haber entregado orientación sobre VIH y haber insistido en que paciente vuelva a Perú para continuar tratamiento, argumentando que, si decide quedarse en Chile, debe presentar documentación para iniciar tratamiento.

Comentarios del autor del relato

Este caso me llamó la atención por el nivel de vulnerabilidad de la paciente: migrante recién llegada, bebé de 2 meses, VIH positivo, cesante, sin hogar y sin redes de apoyo. Este ha sido el caso más difícil que me ha tocado observar en los 8 meses que duró el programa el año 2017.

En este encuentro intercultural en salud, la presencia de la pareja entorpeció la atención. Constantemente tuve que forzar la conversación para volver a hablar de la paciente, porque él lo enfocaba en sus temas y su discurso respecto a la paciente era despectivo. La sensación que me quedó de la atención es que era un caso que escapaba de mí, que yo sólo podía ayudar hasta cierto punto con la atención. Pero que había mucho que hacer para ayudarla a superar su situación y que en ese momento no sabía cómo hacerlo.

Me quedaron muchas inquietudes, tantas que tuve que conversar del caso con colegas psicólogos clínicos, porque me sobrepasó emocionalmente. Al menos desde el Programa la pude conectar con el sistema de salud chileno, porque, aunque la atención terminó justo a la hora de cierre del CESFAM, aún estaba la persona del SOME para poder hacer al tiro las derivaciones y pedir horas. Le comenté la situación de la paciente y que era importante dejarle agendada las horas que se podían agendar en el momento, porque tenía la sensación de que, si se iba sin esto, sólo iba a volver por la leche. Además, como llegó tarde a la atención casi no es atendida, del SOME me preguntaron si igual la quería atender porque quedaba poco para el cierre del CESFAM y dije que sí, alcanzaba a hacer una atención un poco más breve. ¿Pero qué pasaba si no? Aunque la pude atender, el problema es que, a 7 meses de la atención, muy pocas de las derivaciones que hice fueron finalmente efectivas. La sensación final de este caso yo creo que es de frustración y tristeza.

Comentario de experto: Báltica Cabieses

La salud de personas migrantes internacionales es un tema de relevancia para la salud global. Desafía a todas las poblaciones y comunidades, tanto las que reciben como las que quedan atrás. Migrar es acto valiente y arriesgado, pues siempre sucede con algún grado de incertidumbre respecto al proceso mismo así como a las consecuencias de dicho acto migratorio. Cientos de millones de personas en la actualidad, en torno al 2-4% de la población total mundial, hoy viven en un país diferente al de nacimiento. Esto puede ocurrir por distintas razones, siendo la principal en la actualidad la laboral. Miles de personas se desplazan buscando trabajo o mejorar su situación laboral actual, habitualmente como efecto de la pobreza, la desigualdad económica, conflicto político o guerra civil.

El caso presentado es excepcionalmente complejo. Citando a la bioeticista Florencia Luna, la mujer del caso y su sistema familiar enfrentan múltiples capas de vulnerabilidad social. La primera, por ser migrante internacional en situación de pobreza, lo que conlleva a riesgos de pobre habitabilidad, mala alimentación, discriminación, entre otros, y que tienen efectos poderosos en salud. La segunda es la situación irregular, que impide que la mujer se integre en todos sus derechos y condiciones a la sociedad chilena. Afortunadamente desde junio del 2016 toda persona migrante con visa en trámite puede inscribirse en el sistema público de salud, acortándose de esta manera una importante brecha de acceso que la población migrante irregular enfrentaba en el pasado. La tercera, ser mujer y tener un hijo en el país de origen y otro de solo dos meses de vida. La relación entre género, migración y salud es compleja y multifactorial y requiere de análisis caso a caso. En esta situación particular se reconoce al lactante como de alto riesgo, al no conocerse claramente su resultado de VIH (al menos en Chile, toma varios meses de seguimiento el protocolo), al vivir en contexto migratorio y pobreza, así como con una madre migrante con VIH sin tratamiento actual y en situación irregular, sin casa propia, con pareja reciente y con síntomas de deterioro de su salud mental. Cuarto, el desconocimiento del sistema de salud chileno, de las oportunidades y beneficios que ofrece, incluyendo terapia antirretroviral y evaluación de su hijo, así como de sus desafíos y limitaciones.

El sistema de salud de un país es un determinante de la salud de las personas. La forma en la que se estructura, se define y organiza, su estrategia de priorización y financiamiento, así como su apertura a proteger a todos por igual, en especial a quienes más lo necesitan, van tejiendo el complejo sistema de protección social que representa un sistema de salud formal. Este sistema dialoga con la sociedad a la que sirve en forma constante y dinámica, requiriendo ajustarse permanentemente. La migración es un hilo más de este entramado, aportando con su propia realidad y configuración a lo que el sistema de salud chileno debe continuar construyendo para el bien común de las personas que habitan en Chile.

MEJORANDO LOS CENTROS DE SALUD EN NUESTRA COMUNA

MEJORAMIENTO PINTURAS INTERIORES Y EXTERIORES CESFAM CORVALLUS, AFTA

Agreementos Pinturas Interiores y Exteriores CESFAM CORVALLUS, AFTA
Cuenta con el apoyo financiero del Fondo Nacional de Desarrollo Regional del Gobierno Regional de Antofagasta
Proyecto: 1.11-162-000
Financiado por FONDECYT N° 10110017
Fecha de Inicio: 30 de Diciembre de 2014
Fecha de Término: 30 de Diciembre de 2014
Unidad Ejecutora: Corporación Municipal de Desarrollo Social
Contacto: 57 91 Servicio al Cliente
Código: 57 91 Servicio al Cliente



MEJORANDO LOS CENTROS DE SALUD EN NUESTRA COMUNA

REALIZACION INSTALACION ELÉCTRICA INTERIOR CESFAM CORVALLUS, ANTOFAGASTA

Proyecto Instalación Eléctrica Interior CESFAM CORVALLUS, ANTOFAGASTA
Cuenta con el apoyo financiero del Fondo Nacional de Desarrollo Regional del Gobierno Regional de Antofagasta
Proyecto: 1.11-162-000
Financiado por FONDECYT N° 10110017
Fecha de Inicio: 30 de Diciembre de 2014
Fecha de Término: 30 de Diciembre de 2014
Unidad Ejecutora: Corporación Municipal de Desarrollo Social
Contacto: 57 91 Servicio al Cliente
Código: 57 91 Servicio al Cliente



URGENCIA

RETIRO DE LECHE
← PARTICULARES

Relato 26: “Vine en busca de una vida mejor, y es peor de lo que era antes”

Autora: Olaya Moena

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Nacionalidad: Haitiana

Tiempo en Chile: 8 meses

Redes de apoyo: No tiene redes de apoyo en el país, viajó sola a Chile por recomendación de amigos. Vive sola en una habitación que arrienda

Testimonio

Comenzamos las atenciones de ese día lento. Ese día contábamos con traductor para la atención de pacientes haitianos. Tocaron la puerta suavemente y entró una mujer joven y tímida. Venía de Haití y llevaba ocho meses en Chile, vino en busca de una mejor calidad de vida y mencionaba que al llegar aquí no la había encontrado. De lo que nos relataba nuestro traductor, ella tenía cuatro hijos, dos en Haití y dos en Estados Unidos, y los extrañaba mucho. Es soltera y ahora estaba embarazada esperando a su quinto hijo. Trabajaba de manera irregular por un sueldo muy bajo, con el cual podía arrendar una habitación y comprar lo necesario para subsistir. Nos comentaba que su jefa le había indicado que se acercara al consultorio para atenderse y la había acompañado a inscribirse.

Al inicio nos comentaba que su habitación era fría y húmeda y no consideraba que fuese un buen lugar para recibir a su nuevo hijo. Además, señalaba que no quería tener otro hijo, ya que aún no podía enviar remesas para ayudar a sus hijos al no contar con los medios, señala que fue un embarazo no deseado. Al ir avanzando en la entrevista su relato se volvía más triste, menos expresión tenía su rostro, más fino era el hilo de voz. Hasta que brotaron las lágrimas de sus ojos. Habló largo tiempo con el traductor, quién se mantenía serio y aparentaba prestar escasa atención a su relato. Preguntamos qué era lo que le había sucedido. El traductor nos comentó que en la casa donde arrendaba previamente una habitación, había un hombre haitiano que vivía con su esposa. Este la había incitado a tener relaciones sexuales con él y ella se había negado en varias ocasiones, refería tener miedo a meterse en problemas. Tras largas insistencias, ella aceptó y quedó embarazada. Teníamos la duda y preocupación de que pudiese tratarse de una violación, por una palabra similar que habíamos escuchado

cuando hablaban, por lo que insistimos y pedimos más información al traductor. Él nos explicó que esto ocurrió en más de una oportunidad y aparentemente habrían tenido una relación amorosa. Ante esta situación, el traductor le replicó a la paciente “Pero tú igual debiste haberte negado”, mientras a ratos prestaba atención de reojo a su celular y contestaba algunos mensajes. Ella miraba al suelo, se secaba las lágrimas y volvía a decir que se había negado muchas veces y que se sentía engañada.

Su alimentación se basaba en sopa y pan, además se encontraba muy triste, sentía que la vida no estaba valiendo la pena y en una oportunidad había pensado en hacerse daño, aunque no llegó a intentarlo. Además, había pensado en algún momento en interrumpir su embarazo ya que no creía ser capaz de cuidar en las condiciones que estaba viviendo a un niño, aunque ya había dejado de lado esa idea y había ingresado a los controles de embarazo en el CESFAM, asistiendo regularmente.

Comentarios del autor del relato

En mi experiencia atendiendo a población inmigrante, habitualmente los pacientes comentan que es difícil surgir en Chile, conseguir trabajo estable o el sueldo que esperaban tener. Pero siempre queda un “pero va a mejorar”, “de a poquito va a ir saliendo”, etc. Pero con ella, nada de esto. No había atisbo de esperanza en su relato. Vivía en una situación de extrema vulnerabilidad.

Todos los aspectos de este encuentro fueron difíciles de manejar, la profunda pena de la paciente, incluyendo su contención emocional en relación con la importante barrera lingüística. La actitud del traductor también fue difícil de manejar durante la entrevista. El arraigo cultural fue la principal barrera. La respuesta que él nos daba a nosotras y a la entrevistada es que ella igual se tuvo que haber negado a tener relaciones sexuales con ese hombre si ella no lo deseaba. Debía mantenerse firme en su decisión. Nosotras nos preguntamos muchas veces qué tan desesperada tuvo que haber estado ella para tener que aceptar la situación que se le presentaba. En nuestro traductor no vi empatía, vi enjuiciamiento. Nos quedó la duda hasta qué punto ella había dado su real consentimiento para que eso sucediera. Se le comentó que se podía denunciar al padre del bebé en el caso de que se tratara de abuso y se podían tomar acciones para que él respondiera además con la manutención, pero ella se negó. Lo que también fue difícil de manejar fue el uso de celular durante la entrevista. Desde ese día tomamos la medida de explicitar el dejar todos nuestros celulares guardados en nuestros bolsos durante las atenciones.

Mis inquietudes se orientan a cómo poder seguir ayudando a nuestra entrevistada. Sentí al final de la sesión que no sabía qué más podía hacer por ella ya que todo estaba hecho. Tenía sus atenciones, luego de la atención fue derivada con asistente social y a salud mental. Tenía sus controles con matrona al día y podía retirar sus medicamentos en farmacia cuando los necesitara. Pero aun así sentía que no era seguro dejarla ir. Tenía tantas carencias y ya habíamos hecho todo a nuestro alcance. No la queríamos dejar sola.

La llegada de personas extranjeras al sistema de salud, implican varios desafíos. Por una parte, el desafío de acoger la diversidad, que implica el reconocimiento del Otro, desde una cultura, religión, corporalidad diferente a la propia. Por otro lado, implica un desafío como sociedad, pues es fundamental que cualquier tipo de intervención, tanto en el sistema de salud público, como privado debiera considerar al Otro, a la Otra, desde una perspectiva de derecho, es decir, desde el reconocimiento de que bajo cualquier circunstancia y en cualquier contexto esta persona es una persona, a quien debe resguardarse los derechos, en particular los derechos vinculados a salud. Por otra parte, cuando hablamos del Otro extranjero, como migrante, o como extranjero, estamos atribuyendo a él o ella y en el/ella, una serie de representaciones, construidas desde la sociedad de recepción, que implican situar a las personas, en una relación subordinada respecto de clase y de género. Les situamos desde una relación de subordinación que conlleva una serie de consecuencias a la salud, y que dicen relación con los determinantes sociales de la salud. Dicho de otra manera, cuando hablamos del Otro migrante y del Otro extranjero, atribuimos una serie de estigmas y construcciones que implicarán y se traducirán en prácticas sociales de inclusión o exclusión, por ejemplo: trabajos, viviendas, barrios, comportamientos, etc. para migrantes o extranjeros, con estas acciones de segregación y exclusión o inclusión impactaremos directamente en las condiciones de vida de las personas, y por ende en la salud de estas.

Los desafíos, sociales, culturales, religiosos, idiomáticos, deben ser abordados por los establecimientos y por los equipos, tanto en los sistemas de salud público, como privado. La atención de salud implica comprender desde Otro, la cuestión de la salud y la enfermedad. La comprensión implicará, dejar posiciones culturalistas, o etnocéntricas, implicará situarse desde una perspectiva de derechos, por tanto asegurar, al interior del sistema de salud, las condiciones materiales-simbólicas, protocolos, etc. que aseguren que las personas a pesar de sus características de nacionalidad, origen étnico, racial, condiciones económicas, condiciones migratorias, etc. accedan a la atención sanitaria como derecho y cuenten con las condiciones de salud que les permitan el desarrollo integral. Es decir, se debe asegurar el acceso a condiciones básicas de salud, para favorecer la inclusión social desde una perspectiva de derechos.

A partir de la historia relatada, se evidencia un desafío particular, que implica, la formación y selección de personas que puedan desarrollar acciones de traducción y de mediación cultural. Tanto la traducción, como la mediación deben contar con una persona consciente de su lugar en la estructura, como también de su deber de ser un cristizador, de los derechos del Otro/a. Ello implica incorporar a personas, en distintos niveles de la estructura sanitaria (nivel primario, secundario, nacional, local), que desde su pertinencia personal, profesional, puedan ser formados y desarrollar funciones de intermediación y mediación cultural, de modo de asegurar la consecución de derechos de las personas, considerando cuestiones como el género, la clase, entre otros, evitando con ello, reproducir prácticas y modelos de relaciones de subordinación y exclusión social. Quisiera detenerme en al menos los siguientes 5 elementos que, desde la historia recogida, resultan ser desafíos:

(1) Un equipo que deposita en el traductor la acción sanitaria. Se evidencia en el relato, que el equipo mantiene una actitud de escucha activa, sin embargo, deposita en la persona que cumple el rol de traducción un rol activo y la responsabilidad de su accionar en salud. Para resolver esto propongo: el equipo debe contar con variados mecanismos que le permitan comunicarse con las personas a pesar de las diferencias y limitaciones idiomáticas, ello implicará que pueda contar con herramientas, estrategias, redes, etc. a las que pueda acceder para atender adecuadamente y resolver lo que identifica como problema.

(2) Quien cumple el rol de facilitador, no actúa desde una perspectiva de derechos. La falta de escucha, que se hace evidente en el relato a través de: la distracción durante el relato (deposita su atención en el celular; no traduce lo que la mujer dice; emite juicio, o valoración), nos permiten evidenciar un desafío en este nivel. Se requiere una formación y selección de personas, de modo de asegurar que las personas actúen como mediadores culturales, es decir, que puedan acoger, y transmitir a los equipos y a las instituciones las necesidades y las condiciones en que se encuentran las personas. Los equipos deben contar con estrategias que permitan evaluar desde una posición más activa, la pertinencia de la labor de mediación que se realiza.

(3) El equipo, en este caso quien le representa, se siente desprovisto de posibilidades que permitan abordar situaciones de precariedad, vulneración, violencia, abuso, etc. Para resolver esto, los profesionales o el personal de salud, debe contar con una red y estrategias internas de abordaje en situaciones límites o que escapen del control de los profesionales, se debe contar con una red interna que permita depositar en el equipo, en su totalidad y en la institución, la responsabilidad del cuidado de las personas y el acceso a derechos de estas.

(4) El tiempo de migración. Se evidencia en el relato la dificultad que implica para la mujer, llevar menos de 1 año en el país. Todas las intervenciones deben considerar los mecanismos que se hace necesario activar para mejorar y facilitar los procesos de inclusión social. Considerando que la inclusión en lo económico, laboral, cultural, y de acuerdo a la edad, el género, y procedencia, etc. tiene tiempos y particularidades posibles de identificar y que hacen indispensable reconocer.

(5) La atribución de las características relevada de “una mujer joven y tímida”. Si bien esta es una observación que es coherente con el relato de desprotección y vulneración de la mujer que es retratada en el relato, es importante considerar que los atributos que atribuimos a los sujetos muchas veces no hacen más que reproducir prejuicios. Esto es relevante para considerar en la revisión de las representaciones que tenemos como equipos respecto del Otro, de este modo podamos abordar los condicionantes que implican estos atributos (sesgos, o estigmas) asociados a determinados sujetos: en este caso, mujer, haitiana, vulnerable, tímida, etc.



Relato 27: “La adversidad de enfermar”

Autora: Macarena Chepo.

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 40 años

Nacionalidad: Haitiano

Estado civil: Soltero

Tiempo en Chile: 6 meses

Redes de apoyo: En Chile, una agrupación cristiana que lo ayuda a comunicarse, ya que entiende parcialmente español

Testimonio

Llega a la consulta un hombre haitiano, de 40 años, acompañado de una mujer chilena, voluntaria de una agrupación cristiana. Refiere que viajó solo a Chile en busca de mejores oportunidades laborales, vive actualmente con un primo en una habitación que subarriendan en un departamento en Santiago Centro.

El motivo de consulta era búsqueda de atención médica tras haber sufrido un reciente episodio de coledocolitiasis (cálculos en la vesícula), que lo obligó a consultar al servicio de urgencia del Hospital de Atención de Urgencia (ex Posta Central), donde estuvo hospitalizado por 5 días. Una vez dado de alta, le indicaron reposo, situación compleja para él, ya que se encontraba en situación irregular, por lo que no pudo presentar licencia médica. Por este motivo perdió su trabajo, donde se desempeñaba como obrero de la construcción.

Sumado al episodio de coledocolitiasis, durante su hospitalización le habrían diagnosticado hipertensión arterial y no sabía si podía atenderse o no en el centro de salud. Actualmente no tenía trabajo, relataba tener muy poco dinero, entendía poco el idioma y además no sabía qué comer porque no entendía las instrucciones escritas entregadas en el hospital, ya que estaban en español.

Se notaba con una expresión entristecida, posición cabizbaja, se veía enflaquecido (refería haber comido muy poco en los últimos días). El primo se contactó con la voluntaria de la iglesia, donde lo han estado ayudando con víveres y un poco de dinero obtenido en una colecta.

Comentarios del autor del relato

Lo que más me conmovió de esta situación que me tocó atender fue la tristeza inmensa que me transmitía este hombre. Trataba de imaginar la frustración de lo inesperado de este “evento de salud”, lo difícil que debe ser estar hospitalizado en un país ajeno, del cual entiendes poco el idioma, las costumbres, el temor a perder a lo escasamente ganado, la incertidumbre del futuro y pese a todo, estar ahí, con una sonrisa llena de agradecimiento por haberlo recibido.

Este fue uno de los primeros pacientes que recibí cuando recién abrió la clínica de migrantes UDD en la comuna de Santiago. No existía aun la figura de “rut provisorio”, por lo que yo tampoco tenía claridad de qué podría ofrecerle a un adulto que no se encontraba en ninguna de las tres categorías donde se garantizaban atenciones de salud a población migrante (urgencia, niños, embarazos). Inmediatamente me puse en contacto con nuestro referente, quien me garantizó de todas formas una hora con médico y asistente social, dado que este caso se categorizaba como “caso social”, por lo que se incluiría en las atenciones habituales del centro de salud, situación que fue muy tranquilizante.

Esta experiencia de encuentro intercultural en salud me dejó una preocupación por otras personas inmigrantes que pudieran estar en una situación de vulnerabilidad parecida, aquellos que quizás no tienen acceso a alguna red de ayuda, o que por temor o desconocimiento no consultan a los centros de salud. ¿Cuántos de ellos estarán justo en este momento pasando hambre, padeciendo alguna enfermedad o sufriendo las inclemencias de un Chile que puede ser muy hostil? El vivir esta experiencia me confirmó que estamos en el camino correcto, que podemos aportar a construir un mejor país y acercar la salud a todas las personas.

Los desafíos para el sistema de salud que se pueden detectar a partir de esta historia en relación con los migrantes internacionales y la salud, los podemos agrupar, desde un punto ético, en los siguientes puntos: i) el sistema de salud y el respeto de los derechos humanos de los migrantes, más allá de los casos de urgencia, niños y embarazadas; ii) coordinación entre la asistencia social y el sistema de salud; iii) atención de salud con pertinencia cultural; iv) cooperación entre el sector salud y el sector laboral hacia un tratamiento digno del migrante no regularizado. Con respecto al primer punto, el desafío que la historia nos muestra es la falta de una política clara, integral y cohesiva que garantice derechos humanos mínimos como el acceso a la salud respecto de los migrantes que no están aún regularizados.

Más allá del reconocimiento legal de estos derechos mínimos, un Estado debe tener una política clara y bien informada respecto del acceso de salud de migrantes que no están en las situaciones de excepción para ser atendidos por los servicios sanitarios. El fundamento ético está en una política del reconocimiento del otro vulnerable. Si bien los instrumentos legales acotan y precisan la provisión de bienes de este tipo, desde una ética del respeto del vulnerable se exige un reconocimiento explícito y claro, no la ignorancia y opresión institucional por la vía del silencio administrativo. Está en la base del reconocimiento del otro en su vulnerabilidad, el respeto en sus diferencias culturales y sociales. Por lo mismo no hay política migratoria con sustento ético sin pertinencia y adecuación cultural.

Las atenciones o intervenciones con pertinencia cultural, como la historia lo muestra, son condiciones necesarias para la atención de salud integral. Sin una intervención de salud y social pertinente culturalmente no es posible garantizar atenciones de cuidado básicos como la alimentación. Por último, existe el desafío de mayor interconexión sectorial en las políticas migratorias, por ejemplo, entre el sistema de salud y la regularización laboral de los migrantes. Siendo la migración un proceso dinámico, la política debe dar cuenta de las fases de transición, por ejemplo, cuando el migrante aún no tiene una visa de trabajo y acceso al sistema de salud. Esta falta de coordinación se puede traducir en mayor vulneración de los derechos de los migrantes, quienes por temor a perder sus fuentes informales de trabajo evitan solicitar los debidos cuidados de salud en el sistema de salud.

El sector salud, independiente del estatus legal del migrante, debe reconocer y garantizar derechos mínimos, un mínimo de decencia ética de un estado democrático, que mejoren el acceso y promoción de la salud y servicios de cuidado y tratamiento. Las políticas y estrategias de salud alineadas con una política integral y cohesiva de la migración internacional deben reducir las barreras de acceso a la salud y a los servicios sociales. Al mismo tiempo, estas políticas deben implementarse con personal capacitado, sensible a la diversidad cultural y lingüística. Todo ello es la expresión de una ética del reconocimiento que pasa del discurso a la acción. Junto a lo anterior, se requiere que las investigaciones sociales entreguen evidencia que retroalimenten a las políticas públicas con datos actualizados y adecuados al contexto de

aplicación de las mismas. Por último, el diseño, elaboración e implementación de las políticas de salud para migrantes deben dar cuenta de un proceso participativo de los migrantes, de tal modo que éstas puedan reflejar sus verdaderas y concretas necesidades sociales y de salud.

Los elementos que se identifican en la historia y que interpelan a los desafíos ya mencionados y sus mecanismos de respuestas se pueden sintetizar en las siguientes ideas: i) la migración internacional depende aún del asistencialismo benefactor y no de una política pública; ii) la precariedad de la vivienda de los migrantes aumenta los riesgos y vulnerabilidades de salud; iii) la descoordinación de los distintos sectores de la esfera estatal pueden aumentar los riesgos y daños a los migrantes; el migrante por temor a perder su fuente de trabajo irregular puede postergar su atención de salud con implicaciones graves para su salud e incluso para su vida; iv) una intervención de salud y social sin pertinencia cultural puede ser dañina y contraria a los fines mismos que ésta persigue; v) la continuidad de tratamiento de un migrante en situación irregular no puede depender de la ayuda contingente del asistencialismo samaritano.



Relato 28: “Choque cultural”

Autora: Katherine Leyton

Datos de la persona

Sexo: Mujer

Edad: entre 25 y 30 años

Nacionalidad: Haitiana

Ocupación: Inactiva

Estado civil: Soltera

Tiempo en Chile: Un par de meses en Chile

Redes de apoyo: Tenía un par de amigas haitianas, vive sola en un sitio

Testimonio

Ingresa al box una mujer haitiana, responde al saludo y se ríe. Al preguntarle si habla español, me dice que muy poco. Por esta razón solicito apoyo del facilitador haitiano con el que contábamos en el programa. El motivo de consulta era por dolor ocular y lumbar. Al momento de preguntarle si había viajado sola, menciona que sí. Pero, que la estaba esperando su pareja haitiana en Chile (quien le pagó el pasaje en avión). Le pregunto si aún están en pareja, ella menciona que no. Desde ahí el relato de ella cambia. Esto lo noto a pesar de no entender su idioma, ya que el lenguaje no verbal y las entonaciones de sus palabras eran distintas.

Menciona que cuando ella llegó al país, vivió junto a su pareja alrededor de 3 meses, durante el día ella estaba sola en la habitación arrendada, ya que no encontraba trabajo. Su pareja trabaja durante el día y en la tarde compartían, pero hace una semana que no estaban juntos, su relación había terminado. Mi primera inquietud fue: está sin trabajo, sin familia, ¿Cómo está manteniendo sus gastos? ¿Tendrá que comer? Al preguntarle, menciona que, por ahora, vive junto a una amiga haitiana que conoció en Chile. En cuanto a sus comidas, se alimenta de porciones pequeñas, de lo que le regalan. Al escuchar el relato (traducido por el facilitador), me estremece pensar que ella se encuentra sola en el país, sin red de apoyo, sin comida segura y sin oportunidad de encontrar trabajo. Recordé que yo tenía mi colación de la tarde, y mientras continuamos la entrevista, se la compartí.

Le pregunté si había vuelto a ver a su expareja y menciona que no, y no lo quiere volver a ver. Hubo un silencio largo en la consulta, el cual es interrumpido por lágrimas de la paciente. Le digo al facilitador, que le pregunte que necesita, y me acerco a ella. En ese momento,

no poder comunicarnos a través del lenguaje, no fue un impedimento para contenerla; me acerqué a ella, tomé su mano y la escuché. El facilitador, menciona que ella no lo quiere volver a ver, ya que él la había agredido hace una semana; la causa eran rumores de infidelidad de parte de la paciente. Le pregunto, si ella asistió a algún centro asistencial, me menciona que sí, que ya se encontraba mejor, pero aún sentía malestar en su ojo. Luego, le pregunto si realizó alguna denuncia y menciona que no quiere realizarla. . . Había algo más que llamó mi atención, la postura del facilitador, quién siempre mantuvo distancia, y en algún momento hace referencia a que la paciente le “debía” a su expareja respeto, ya que él la trajo al país. . . En ese momento, fue cuando sentí que el famoso “choque cultural” se estaba haciendo presente. Claro, el facilitador, entendía la reacción del “hombre”, y en mí caso, no existía justificación para aquel acto.

Le expliqué al facilitador, que debíamos derivar a la paciente con trabajadora social y psicóloga, para abordar la situación. No insistí en la denuncia, considerando que es parte del proceso personal tomar esa decisión, lo que mejor podía hacer era entregarle un espacio de seguridad y confidencialidad. Le solicité al facilitador, que le dijera que ella no se encontraba sola, que la ayudaríamos. Se gestionó una hora lo antes posible para ser evaluada, y fue derivaba al SAPU del CESFAM, para reevaluar sus lesiones. Luego de atenderla, pensaba en si realmente ¿se habrá sentido apoyada? . . .

Comentarios del autor del relato

De esta historia me llamó la atención la normalización de situaciones de violencia, considerando las diferencias de percepciones que ocurren en cada cultura. En Chile, se está viviendo un proceso de reflexión y de expresión en contra de la violencia de mujeres. En Haití, es posible que aún se normalice... En este caso, existía la necesidad de intervenir urgentemente, debido a la ausencia de redes, y las posibles consecuencias que esto traería.

Lo difícil de manejar, fue mi relación con el facilitador, ya que su empatía hacia la paciente estaba siendo influenciada por sus creencias culturales... Efectivamente, yo también estaba actuando de acuerdo con lo "más correcto", para mí. En un comienzo, no entendía la forma en que él veía el problema, y luego, me di cuenta, que estaba frente a este "choque cultural": para mí esto es una agresión sin justificaciones, pero para él existía una causa...

Esta experiencia me dejó angustiada... de recordar lo difícil que es rehacer una vida, y encontrarte sola en un país, y que el lenguaje sea un impedimento para surgir... Me pregunto si ¿Habrà vuelto a encontrarse con su expareja? ¿Se sentirá apoyada por el equipo o por la comunidad? ¿Habrà logrado encontrar algún trabajo?

Comentario de experto: Alfonso Urzúa

Uno de los grandes desafíos para el sistema sanitario chileno corresponde a la necesidad de incorporar la interculturalidad tanto en la atención a los usuarios como en los procedimientos y protocolos de atención. La UNESCO define la interculturalidad como la construcción de relaciones equitativas entre personas, comunidades, países y culturas, planteando que para lograr esto, es necesario comprender las relaciones desde una mirada sistémica, incorporando elementos históricos, sociales, culturales, políticos, económicos, educativos, antropológicos, ambientales, entre otros.

Construir relaciones desde una mirada intercultural implica asumir una relación de horizontalidad, donde intentamos comprender al otro desde su propia historia y contexto. Esto implica asumir que el “otro” tiene una identidad distinta a la mía, lo que supone prácticas, creencias, costumbres y tradiciones diferentes a las nuestras. Se debe asumir que estas prácticas no son ni buenas ni malas, sino solo distintas. Existe evidencia que una persona asimilada (es decir que se ha “normalizado” adoptando las formas de vivir del nuevo país y dejando de lado las de su propia cultura), tiene un mayor riesgo de tener trastornos de salud mental y de tener niveles más bajos tanto de bienestar psicológico como en su calidad de vida percibida. En el relato es posible encontrar la presencia de diversos factores de riesgo tanto para la salud física como la salud mental y el bienestar de la mujer: la situación de pobreza, la falta de apoyo social, la carencia de redes, la precariedad. Pese a esto, quisiera referirme solo a los aspectos interculturales.

El año 2015 se comienzan a implementar programas piloto de atención a migrantes en algunas ciudades del país. Este programa consideró la contratación de facilitadores interculturales que posibilitarían mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria bajo el considerando de eliminar barreras culturales, y como lo es en este caso, además barreras lingüísticas. La implementación de este modelo supone diversos retos, entre los cuales podemos encontrar:

El que se puedan contratar facilitadores, no implica que el resto del personal de salud se desentienda de la salud de los migrantes o de adoptar una mirada intercultural y situada en la atención a los usuarios del sistema.

Los facilitadores interculturales deben ser capacitados para apoyar la comunicación y propiciar la conversación entre dos culturas y sistemas de creencias diferentes, sin que su propio sistema de creencias interfiera (verbal o gestualmente) esta comunicación, especialmente cuando hay barreras idiomáticas de por medio. Es importante asumir que el respeto por la identidad cultural de otro no implica de ninguna manera aceptar situaciones que mantengan o perpetúen dinámicas de discriminación, violencia en todas sus formas o cualquier acto que atente contra los derechos de las personas, como lo ha sido en este relato. Este es un gran reto, incorporar paulatinamente este respeto por el otro siempre bajo el marco de cumplimiento de los derechos esenciales.



Relato 29: “Familia”

Autora: Xaviera Molina

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 17 años

Nacionalidad: Haitiana

Tiempo en Chile: 1 años y 3 meses

Redes de apoyo: Su hermano y una amiga que está en Talca. Viajó sola a Chile y vive con su hermano y cuñada

Testimonio

Llega a la consulta una mujer haitiana de 17 años, se ve cómoda y sonríe. Nos cuenta que habla bien español ya que se fue de Haití a República Dominicana muy pequeña, cuando estaba en la básica, por lo que el creole ya lo olvidó. Comienza la atención y es inevitable preguntarle por su embarazo que se observa claramente, casi 5 meses. Está soltera actualmente, además refiere que está cesante.

Su hermano fue quien le pidió que viniera a Chile, ella no quería, pero debía cuidar a su cuñada que estaba esperando a su segundo hijo y su sobrina, por lo que hasta ese entonces seguía viviendo en la casa de su hermano quien la ha apoyado en lo económico y la cuida. Sin embargo, a ella no le gustaría estar viviendo allí, su cuñada no le habla y si lo hace, es para recriminarla, hay una relación muy tensa.

Cuenta que fue muy duro migrar hace un año, dejar a su familia, su madre y sus hermanos que son más de diez. Repite varias veces que quiere volver a República Dominicana. Indagamos sobre preguntas de salud mental, comenta que está muy mal. Nos cuenta con dificultad que el padre de su hijo tiene 45 años, fue su patrón cuando trabajaba en Talca y cuidaba a la mamá de él. Tuvieron relaciones sexuales un par de veces que fueron consensuadas por parte de ambos, al contarle que estaba embarazada negó todo, diciendo que era imposible que fuera el papá y que nunca tuvieron una relación. Actualmente ella sigue intentando contactarse con él, pero no le contesta el teléfono. Ella mantiene contacto con la familia de él, a quienes les tiene mucho cariño y siente que fueron buenos con ella.

Nos contó que ha estado muy triste, pasa la mayor parte del tiempo encerrada en su habitación y ha pensado hacerse daño, incluso cómo hacerlo, pero que no se atreve. Se le comenta que debería recibir ayuda profesional y se realiza derivación inmediata conversando con los profesionales de la salud; también se agiliza la hora con médico. Ella acepta y refiere que el consultorio ha sido un gran apoyo, que le gusta conversar con todos y cree que volvería muchas veces.

Comentarios del autor del relato

Este caso me llamó la atención por la situación de vulnerabilidad de la haitiana, por este proceso complejo de migrar y además de quedar embarazada sin un padre que reconozca y sin las condiciones económica. Fue difícil manejar al momento de derivarla a salud mental, primero porque el protocolo de prevención de suicidio no existía con claridad en el CESFAM y la psicóloga no estaba para poder realizar una atención inmediata o gestionar su hora y segundo para ella no era un problema haber pensado en hacerse daño, por lo que no veía la necesidad de tomar una hora y contarle esta situación a una psicóloga o algún médico.

Mis inquietudes principales fueron que se pudiera haber atendido con médico que la hubiera tratado, porque había una serie de amenazas que verbalizó contra el padre de su hijo que debían ser habladas, además de que siguiera con los controles prenatales por la salud del hijo que esperaba y de ella. Además de como profesionales que realizamos la atención estar siempre atenta a estas respuestas que al no tomarle la atención necesaria podría ser muy graves sus consecuencias.

La migración internacional vivenciada en el país en los últimos años ha instalado nuevos desafíos para el sistema de salud, principalmente porque ha implicado la llegada de población proveniente de países que tradicionalmente no inmigraban a Chile de manera masiva. Entre dichos países se encuentra Haití, país relativamente desconocido por nosotros y que presenta diferencias culturales que lo hacen simbólicamente más lejano que los otros países de procedencia de la población migrante internacional actual. Entre los principales desafíos que presenta esta población está la barrera idiomática, ya que gran parte de la población haitiana que llega a Chile no habla español sino Creoló, lo que genera la necesidad de contar con facilitadores que hagan las veces de traductores lingüísticos. Además de la barrera idiomática, existen diferencias culturales en ámbitos tales como vivencia del proceso de gestación y parto, crianza, y construcción social y simbólica del género. Estas diferencias generan en muchas ocasiones prejuicios respecto a la población haitiana por parte de los trabajadores de la salud, quienes evalúan el actuar de estas personas de acuerdo a los parámetros culturales nacionales. Incorporar una visión de interculturalidad en salud en el contexto de atención de población haitiana implica además el desafío de ampliar el tiempo de atención, ya que lograr una comunicación efectiva y asertiva culturalmente requiere de un espacio de interacción humana más largo y profundo que lo que acostumbra a brindar el sistema de salud chileno.

Los desafíos antes expuestos requieren de miradas amplias, que conecten al sector salud con otros sectores para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población haitiana. Para esta población, el llegar a un país sin manejar el idioma ni los códigos culturales, implica una serie de consecuencias principalmente en los ámbitos de salud mental que requieren de un tratamiento específico por parte del sector salud. Además, contar en cada CESFAM con facilitadores lingüísticos y culturales que faciliten la comunicación entre los prestadores de salud y los usuarios haitianos. Junto con lo anterior, que el sector salud realice trabajo comunitario y conozca directamente dónde están localizados dentro de cada comuna, las condiciones de vida en las cuales se encuentra esta población, el acceso que tienen a servicios básicos, las circunstancias físicas y emocionales por las que están pasando, todo ello con el objetivo de poder brindar una atención culturalmente pertinente.

El relato da cuenta de una mujer haitiana que, si bien maneja el idioma español, no logra comunicarse efectivamente con el sistema de salud, toda vez que está pasando por una experiencia vital que la tiene muy afectada. El relato habla de una mujer joven, que llegó al país de cierta manera contra su voluntad, con un embarazo no reconocido por el padre del bebé en gestación, sin trabajo remunerado, conviviendo con familiares en un ambiente tenso. Todas estas situaciones de vulnerabilidad afectan profundamente a cualquier ser humano, y más aún a aquellos que están lejos de su contexto de origen. Esto implica por parte del sector salud desplegar un esfuerzo mayor para poder dar respuesta a las necesidades de salud específicas de esta población, con todos los desafíos sanitarios y sociales que conlleva.



3. Resiliencia: Esperanza y alegría de vivir

*“Y había una nueva voz
que lentamente
reconocías como propia,
una voz que te acompañaba
mientras caminabas más y más profundo
al interior del mundo,
determinada a hacer
la única cosa que podías hacer,
determinada a salvar
la única vida que podías salvar”*

Mary Oliver, poema “El viaje”, libro Dream Work, 1986



Relato 30: “Luchando por sacar adelante a la familia”

Autora: Báltica Cabieses

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 55 años

Nacionalidad: Venezolano

Ocupación: Empleado

Antecedentes médicos: Valvulopatía operada en país de origen hacía más de 5 años, en anticoagulación de por vida, abandono de tratamiento hace tres meses

Tiempo en Chile: 3 meses

Redes de apoyo: Toda su familia nuclear ya está en Chile, así como su cuñado. Resto de la familia extendida en Venezuela

Testimonio

Llega a la consulta un hombre venezolano de 55 años, profesional, con su hija adolescente de 16 años. El motivo de consulta era un debut de desmayo inesperado de la hija la noche anterior a la atención actual. Él no tenía ningún interés de chequear su salud, sino que solo consultaba por su hija. Se realizó el protocolo de evaluación general de salud de todo el sistema familiar, identificando viaje previo a Chile por tierra hace pocas semanas por parte de la hija, así como viaje de él por avión hacía tres meses. Vivía con su esposa y dos hijas adolescentes en el departamento de su cuñado.

Su hija se encontraba saludable y no tenía factores de riesgo evidentes de salud mental, infecciones o embarazo. A continuación, se recolectaron datos del padre, quien relató valvulopatía cardíaca operada en país de origen, en anticoagulación de por vida, pero que no se encontraba tomando sus medicamentos desde su llegada a Chile hace tres meses. Esto era evidentemente una bomba de tiempo para su salud, pudiendo desarrollar complicaciones por no estar tomando su terapia de anticoagulación en este momento. Había enflaquecido desde su llegada, se sentía cansado, pero “luchando para sacar adelante a la familia”, “no había nada más que pensar ahora”. Se intenta explorar qué medicamentos había dejado de tomar y como se encontraba su estado de salud cardiovascular, pero él mismo no permite ahondar demasiado en este punto: “mire si yo estoy aquí por mi hija, revísela a ella, yo estoy bien”. A regañadientes, acepta ser derivado a médico y a enfermera del consultorio para iniciar nuevamente su tratamiento y control periódico. La hija lo miraba desconcertada, como resignada de la falta de cuidado de su padre. Me mira y sonrío al despedirse.

Comentarios del autor del relato

Como en ningún otro caso parecido, en este pude identificar la crudeza del estado mental de supervivencia en la que viven muchos migrantes internacionales. Un hombre padre de familia, educado, de trato impecable y elegante, que por razones políticas debe abandonar su país para hacer prosperar a su familia. Su foco completo es su familia, en especial sus dos hijos, perdiendo completamente de vista el riesgo físico que corría al ignorar su tratamiento médico que debía consumir de por vida. ¿Qué estado de estrés y sacrificio interior puede permitir que esto suceda? ¿cómo ayudar a las personas inmigrantes a que avancen de un estado mental de supervivencia a uno de integración y bienestar?

Fue difícil negociar con el padre que aceptase ser atendido en lugar de su hija, y luego de ser derivado para control médico. Intuí que en el fondo había mucho miedo, miedo a que hubiese algún problema grave que no le permitiera seguir trabajando y luchando por su familia, su verdadero *corazón*...

Mis inquietudes principales fueron cómo acercarme a un migrante que está en este estado interior de supervivencia y sacrificio, cómo comprender mejor lo que siente, lo que enfrenta, como tenderle una mano, como hacerle valorar lo que el sistema de salud, nosotros mismos como trabajadores de salud, podemos ofrecer, con el corazón abierto...

La salud mental de las personas migrantes y refugiadas es uno de los mayores desafíos para el sistema de salud en Chile, sobre todo porque permanece invisibilizado. Las condiciones de migración de una persona en gran medida facilitarán, o no, su inclusión social. Algunas personas migran por el deseo de tener un proyecto de vida mejor para sus familias, migran planificadamente, con ahorros, con documentos, con información sobre el país o su institucionalidad, pero otros migran por sobrevivencia, huyendo de conflictos armados, de la profunda pobreza, de la persecución, de la violencia, del hambre o de quien literalmente amenaza su vida o la de su familia. En el contexto global diversas crisis han forzado a miles de personas a salir de sus países, exponiéndoles a diversos riesgos en su ruta, a experiencias traumáticas, altamente estresantes que tarde o temprano afectan su salud.

Las prioridades en la vida de un migrante al llegar al país tienen que ver con necesidades básicas: comida, techo y un empleo para salir adelante, pero se encuentran con largos y engorrosos procesos de regularización que condicionan fuertemente su calidad de vida y sus planes, una institucionalidad compleja y muchas veces hostil, así como distintos tipos de abusos y estafas. En esta situación la salud mental o el autocuidado no suele ser prioridad, hay que sobrevivir. Sin embargo, frecuentemente vemos también a las personas explotando, con altos niveles de estrés, de frustración, angustia, crisis de pánico, fobias, depresión, trastornos de estrés postraumático. El desarraigo, las pocas redes con las que una persona migrante cuenta, en muchos casos la barrera idiomática y/o cultural agudizan el sufrimiento.

Para responder a este desafío debe existir en primera instancia una visibilización de la problemática, procesos de sensibilización sobre la importancia de la salud mental y el conocimiento de los factores que en el caso de las personas migrantes están relacionados con el deterioro de su bienestar en Chile. Además, la cobertura del sistema de salud debe contemplar la situación de aquellas personas que se encuentran en mayores niveles de exclusión y garantizar el acceso a la atención psicológica o psiquiátrica, facilitando los procesos de comunicación con una intermediación cultural, tomando en cuenta el importante porcentaje de la población migrante que hoy reside en Chile y que no es hispanohablante. Las estrategias de prevención, la activación comunitaria y el trabajo coordinado con otros actores especializados también son claves.

La historia de este padre me es muy familiar, con toda seguridad diría que representa la situación de miles de personas migrantes en el país, podría haber sido uno de los miles de casos que el Servicio Jesuita a Migrantes atiende al año. Cuando vemos que el problema de la salud mental está íntimamente relacionada con otras dinámicas sociales entendemos que no se trata de un caso, se trata de un problema de salud pública del que hay que hacerse cargo y con el que hoy estamos en deuda.



Relato 31: “En busca de salud”

Autora: Eliana Correa

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 35 años

Nacionalidad: Venezolano

Antecedentes médicos: VIH

Tiempo en Chile: 3 meses

Redes de apoyo: Toda su familia está en Venezuela, viajó solo. Cuenta con amigos que viven desde antes en el país. Vive solo en una habitación que arrienda.

Testimonio

Llega a la consulta un hombre venezolano de 35 años, alto, de cabello rizado y con una sonrisa radiante en la cara, a pesar de que se ve enflaquecido. Ingresa para recibir una atención por primera vez en un centro de atención primaria. Había llegado hace tres meses a Chile, aún no encontraba trabajo y estaba soltero. Al preguntar la razón por la cual decidió migrar al país, cuenta que fue diagnosticado hace algunos años con VIH en su país de origen, y hace ya varios meses que no recibe el tratamiento. Cuenta que en Venezuela progresivamente se ha dejado de entregar la triterapia, y que un amigo conocido de él a quien le sucedió, había venido a Chile y se lo habían proporcionado. Él mencionó que le preocupaba no recibir el tratamiento, estaba consciente de que sus expectativas y calidad de vida se veían involucradas. Tenía la esperanza de poder comenzar una nueva vida en Chile y poder cuidar de su salud, al decirme esto sonreía y brillaban sus ojos, me conmovió profundamente. Mencionaba que ya había comenzado los trámites en el sistema de salud para reanudar pronto su tratamiento, le habían tomado exámenes y pronto tendría los resultados. Refería estar profundamente agradecido del sistema de salud chileno, de la acogida y de lo pronta que había sido la respuesta a su necesidad particular.

Me llamó la atención la amplia información que manejaba de su enfermedad, manejaba los resultados de sus exámenes, mencionaba cómo había disminuido su recuento de linfocitos CD4 desde que suspendió el tratamiento y como notaba los cambios en su cuerpo. Esto demuestra que tenía conciencia plena de su enfermedad, se había instruido y estudiado al respecto. Además, mencionaba cómo la enfermedad afectaba las distintas esferas de su vida, pero a pesar de todo se mantenía optimista y mencionaba tener energías y motivación para recomenzar su vida en un nuevo territorio.

Comentarios del autor del relato

Lo primero que llamó mi atención fue el motivo por el cuál la persona había decidido venir a vivir a Chile. En general, la respuesta que me habían dado solía ser buscar mejores oportunidades, trabajo y mejor calidad de vida. Si bien, su respuesta estaba relacionada directamente con las anteriores, nunca antes me habían respondido que el principal motivo de migrar era buscar tratamiento para una enfermedad. Me llamó profundamente la atención y me dolió como me narró que su país le había negado el derecho a tratarse, y que por eso había decidido venir al país solo, dejando a su familia e historia atrás. La salud es un derecho humano, que bajo ninguna circunstancia puede ser negada, a pesar del conflicto político actual que atraviesa su país de origen.

No hubo ninguna dificultad en la atención, la persona estaba muy calmada y relataba que ya había ingresado al sistema de salud y estaban tramitando reanudar el tratamiento pronto. Tenía pleno conocimiento de los pasos a seguir y de su estado de salud actual, había venido a esta atención en particular para ingresar al CESFAM y poder acceder a las atenciones que ahí le ofrecían, además de conocer más sobre el funcionamiento del sistema de salud y sus derechos de atención.

Mis inquietudes principales relacionadas a este encuentro intercultural en salud fueron que pudiese reanudar su tratamiento pronto, además de poder fortalecer sus redes de apoyo, ya que conocía a muy poca gente en el país y refería sentirse solo y extrañar a su familia. Me quedé pensando el resto de la tarde en ¿cómo se puede negar un derecho como el acceder al cuidado de la salud? ¿Qué pasa con todas las personas que no están recibiendo el tratamiento y cuidado de sus distintas enfermedades/malestares y no tienen la posibilidad de ir en su búsqueda a otro país?

El Sistema de Salud en Chile ante la llegada de población inmigrante internacional se ha tensionado, debido a: i) la precariedad en la institucionalidad que lo sostiene y, ii) la escasez de recursos que permiten implementar innovaciones en áreas específicas.

En relación con la *precariedad en la institucionalidad*, esta refiere, específicamente, a la ausencia de un sistema integrado de comunicación entre los sistemas de atención primaria y hospitalaria. Si bien es un sistema único, en ocasiones los formatos de los formularios en los cuales se recoge la información de las personas difieren de acuerdo con los objetivos de cada centro, por ello no hay diálogo entre los sistemas, generándose, en ocasiones, una sobre intervención en las personas. Lo anterior se expresa, por una parte, en preguntas que se repiten, de una institución a otra, y por otra parte en información que queda consignada solo en una institución, perdiéndose información valiosa al trasladarse de centro de atención en salud. Este aspecto tiene el desafío de modernizar el sistema de información, de tal modo de generar un modelo de atención en línea que complemente información.

Por su parte en relación a *la escasez de recursos*, esta refiere no solo a los recursos económicos, sino también a los recursos humanos que componen los equipos de salud. Por lo anterior, el sistema de salud tiene el desafío de cambiar las modalidades de contrataciones, de tal modo de disminuir la alta rotación de profesionales y técnicos que trabajan en el sistema, esto reduciría costos en el mediano y largo plazo. Cabe señalar que los dos aspectos descritos, son parte de las debilidades que presenta el sistema nacional de salud pública en Chile y que con la llegada de mayor proporción de población en situaciones de vulnerabilidad se ha tensionado, pero estaban presentes con anterioridad al incremento de la población inmigrante internacional en el país.

Estos desafíos planteados, no son nuevos, más bien se han tensionado más, con la llegada de la población inmigrante internacional. Para entregar una atención integral de calidad, a las personas migrantes, se debieran generar canales de información más expeditos que permitan en primer lugar, dar a conocer las buenas prácticas que algunos centros ya están implementando y que permite replicar de un modo innovador de acuerdo a las particularidades de cada territorio. En segundo lugar, para abordar los desafíos planteados, podemos generar instancias de coordinación entre centros de atención en salud no solo a nivel comunal, tal vez aprovechar la plataforma de las gobernaciones y lograr una articulación provincial, que permita mayor fluidez en la información. Por último, en relación a los temas de recursos, este desafío supone cambios más estructurales, por ello para enfrentar este desafío, sería importante documentar las situaciones de cada centro de atención de salud, para generar evidencia que permita la reasignación de recursos.

En el relato se evidencia a través del caso descrito que la persona atendida, cuenta con una información relevante respecto de su enfermedad, lo cual pudiera quedar consignado en los registros en donde se atiende, no obstante al evidenciar la ausencia en los sistemas de información en línea, si la persona en cuestión se traslada a otra comuna u otra región, pudiese verse afectada por lo que denominamos la sobreintervención social, referida a ser nuevamente entrevistada y sometida a preguntas que ya fueron contestadas en la primera atención que recibió. Este aspecto impacta en el estado de ánimo de los sujetos generando en ocasiones desapego con las intervenciones de un modo integral. El modo de superarlo estaría en anticiparse en un posible traslado de centro de atención, tomando contacto con los futuros profesionales que lo atenderán y entregando toda la información del caso desde los aspectos de salud y también los aspectos más cualitativos que rodean la situación. En segundo lugar, el tema de la escasez de recursos puede verse reflejada en una rotación de las personas que lo atiendan, por ello, también es importante poder documentar no solo la información referente a su enfermedad, sino también los aspectos más cualitativos que permitan, en caso de cambio de profesionales, tomar decisiones más oportunas.



Relato 32: “Anhelando el reencuentro”

Autora: Sofía Astorga

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 38

Nacionalidad: Venezuela

Ocupación: Es ingeniero eléctrico, estaba postulando a trabajo como eléctrico

Estado civil: casado (esposa e hijas en Venezuela)

Tiempo en Chile: 1 mes

Redes de apoyo: Desconocidas. Vive solo, en una pieza que arrienda. Refiere estar tramitando su visa

Testimonio

El paciente llega a la consulta con una necesidad específica: está postulando a un trabajo como eléctrico, en el cual le piden tener un IMC de 30 y él está en 30.11, según el examen médico que se realizó en Venezuela. Por lo tanto, necesita un certificado médico que indique que está actualmente en control de peso. El paciente cuenta que estuvo con obesidad, pero que ha bajado de peso. La atención al paciente fue de sobrecupo, por lo que tuvo que ser más breve y hubo preguntas que no se realizaron, como el tema de las redes de apoyo.

En Venezuela estudió ingeniería eléctrica y se encontraba trabajando antes de venir a Chile. Mencionó que se vino a Chile principalmente para mejorar la calidad de vida de su familia. Con su esposa decidieron que él viajara primero, se estableciera económicamente y después ella iría con sus dos hijas. Sus hijas tienen 4 y 7 años. Al momento de la consulta él llevaba 1 mes en Chile, viviendo solo en una pieza arrendada.

El paciente llegó un poco acelerado a la atención, para él la atención era un trámite, ya que necesitaba solicitar el certificado, para así poder trabajar y tener contrato de trabajo, entonces le conté que lo iba a derivar a médico general, pero lamentablemente las atenciones no eran el mismo día. Mientras continuó la atención, tuve la percepción de que estaba en una máquina del “hacer”, es decir, tiene una meta frente suyo y tiene que hacer todo para lograrla, priorizando su cognición frente a sus emociones. En este sentido, él no esperaba que en ese espacio iban a surgir preguntas sobre su estado emocional actual y sobre su familia. Y ahí comprendí por qué estaba tan acelerado: el certificado le permitía tener un trabajo, el cual le permitía traer a su familia a Chile y darles una mejor calidad de vida.

Fue así como en el momento que empezamos a hablar de Venezuela y de su familia, el paciente se pone a llorar. Me cuenta que extraña mucho a sus hijas y las quiere ver. Me muestra fotos que tiene de ellas en su celular, muy orgulloso. Menciona que sabe que todo lo que está haciendo es para traer a su familia a Chile, para darles una mejor situación, con oportunidades que ahora no tienen en Chile. El paciente cuenta que allá, en Venezuela, está siendo muy difícil acceder a la salud, por lo que le preocupa que a alguna de sus hijas les pase algo y no tenga dónde ir.

Lo escuché y lo acogí, él necesitaba un espacio para sus emociones. En su máquina del hacer, se había dejado de lado para mostrarse fuerte frente a su familia. Al final de la atención, además de derivarlo a trabajadora social para procesar su número provisorio y a médico general por el certificado, le ofrecí la opción de asistir a salud mental, y así tener alguien con quien hablar y dejar espacio para él mismo. Me responde que sí, que le gustaría. Lamentablemente, al revisar nuevamente su ficha, nunca pidió la hora.

Comentarios del autor del relato

Lo que más me llamó la atención fue la resiliencia del paciente. A pesar de extrañar a la familia, de vivir solo, de estar sin trabajo, tenía una fuerte motivación de seguir adelante, de superar todas las barreras que puedan surgir y así poder cumplir su meta de traer a su familia a Chile. Asimismo, esa genuina emoción de extrañar profundamente a su familia me conmovió mucho, debido a mi experiencia personal y también porque el espacio de atención en el Programa te muestra una cara de los migrantes que los medios de comunicación no muestran: el esfuerzo de salir de adelante, de dejar las comodidades del propio país y la cercanía familiar, por decidir irse y partir de cero en un lugar distinto y desconocido. Y todo para que sus hijas tengan mejores oportunidades. Es algo realmente bello y conmovedor.

Y a pesar de su ansiedad por tener el certificado, nunca me trató mal ni se molestó porque el proceso sea más largo (a diferencia de otros pacientes que se molestan por no ser atendidos en el momento por médico y tener que pasar por el Programa), incluso me agradeció al final de la atención por haberlo escuchado.

Me quedó la inquietud de que sea prontamente atendido por un médico para recibir el certificado para el trabajo como eléctrico y así, eventualmente, traer a su familia a Chile. La otra inquietud que me quedó es que finalmente no pidió la hora a salud mental y no sé si es debido a barreras del sistema de salud o del centro, o porque decidió no ir. Si fue esta última opción, no me preocuparía tanto ya que, por lo que observé, él tiene muchas herramientas y su foco es traer a su familia. Si fueran barreras externas a él sería más preocupante en este caso, ya que estarían las ganas de ir a salud mental, pero no la opción.

Comentario de experto: Michelle Víquez

En los últimos años algunas medidas administrativas y convenios intersectoriales han dado paso a una mejor cobertura y atención en salud de las personas migrantes en Chile. Sin embargo, aún hay mucho por avanzar, pues la dinámica compleja del fenómeno migratorio siempre trae nuevos desafíos para un territorio y para la institucionalidad. Por ejemplo, dotar de herramientas teórico-prácticas a los funcionarios y funcionarias de los servicios de salud en temas de migración, derechos humanos, interculturalidad, intervención en crisis y autocuidado. Frecuentemente encontramos un profundo desconocimiento sobre migración en los funcionarios públicos que capacitamos, se evidencia mal información, mitos, prejuicios, temores, que median la atención o el abordaje que brindan a las personas migrantes en distintos espacios.

Es positivo señalar que en medio de todo esto, en los procesos de sensibilización la mayoría de las veces logramos encontrar la posibilidad de un verdadero cambio de mirada sobre el tema, personas que se vuelven agentes de cambio en su espacio de incidencia. Tanto el enfoque de derechos humanos como el enfoque de interculturalidad crítica son marcos de observación útiles para la transformación, la construcción de una sociedad inclusiva y una convivencia saludable, por lo que es altamente recomendable que el sistema de salud pueda adoptar estas herramientas de análisis para el servicio, la intervención y la toma de decisiones.

La atención directa a personas migrantes, con su complejidad, con sus problemáticas, con la carga emocional que implica también es un desafío para quienes les atienden en primera línea todos los días, por lo cual es importante tanto para la población migrante como para los funcionarios y profesionales en salud, contar con herramientas básicas de intervención en crisis y autocuidado. El sistema de salud debe velar por que sus trabajadores tengan las condiciones mínimas para realizar una atención de calidad y humana.

Este caso revela los altos riesgos de salud que la población migrante enfrenta en entornos de trabajo muchas veces abusivos e informales, la precariedad en las condiciones laborales que les deja en una situación de vulnerabilidad enorme. Los casos de abuso laboral, discriminación, accidentes del trabajo y vulneración de derechos que son posibles por las difíciles condiciones para la regularización e integración que existen actualmente en Chile y que algunas mafias aprovechan para lucrar. Dura realidad a la que muchas personas se someten sin importar los costos, solo por necesidad. Leer un relato así probablemente moviliza las fibras humanas más profundas de muchas personas que hoy en distintos espacios se encuentran con ese “otro” de acento distinto, que quizás piensan en su propia familia, que quizás piensa que si estuvieran en sus zapatos quizás estarían haciendo exactamente lo mismo. El espacio de encuentro puede ser transformador para personas migrantes y sociedad de acogida, sobre todo si los actores claves en facilitar la inclusión cuentan con las herramientas de observación e intervención necesarias.



FELIZ

CUMPLE
AÑOS

PAPA



Relato 33: “No doy paso atrás, ni para tomar impulso”

Autora: Olaya Moena

Datos de la persona

Sexo: femenino

Edad: 41

Nacionalidad: Dominicana

Ocupación: Personal de aseo y depiladora

Estado civil: Soltera

Antecedentes médicos: Esterilizada quirúrgicamente, alergia al ibuprofeno

Tiempo en Chile: 7 meses

Redes de apoyo: su familia desde República Dominicana y una red de dominicanos que residen en Santiago. Vive con una amiga

Testimonio

Entra al box de atención una mujer de unos 40 años de sonrisa radiante. Muy conversadora y animosa frente a la oportunidad de poder conocer el sistema de salud chileno y con ello acceder a salud. Nos comenta acerca del proceso de migrar que tuvo que pasar para llegar a Chile: cruzó por la frontera a través de la playa. Cuenta que estando en Perú pagó, junto con otros extranjeros, para ser llevados a un hotel. Ya de madrugada los trasladaron a una playa en camioneta donde les explicaron por dónde tenían que caminar. “A eso de las 5 de la mañana me agarraron los de la PDI”.

Al inicio en Chile trabajó junto a una amiga en unas cabañas de un balneario cerca de Santiago. Allí tuvo que aguantar malos tratos por parte del jefe que además era dueño de las cabañas. Exceso de alcohol y violencia por parte de este empleador hicieron que ella y su amiga se fueran de ese lugar buscando mejores oportunidades. No comprende bien la razón que originó estos malos tratos hacia ella y su amiga, pero otros trabajadores del recinto les rumorearon acerca de la situación de violencia intrafamiliar que él generaba en su familia; maltrato físico, pérdidas involuntarias de embarazo por golpes y más. Les recomendaron irse y no volver. Así lo hicieron.

Conocieron a una pareja de chilenos que la han ayudado dándole trabajo de aseo en su casa y le pasaron el dato de un servicio de depilación donde ella podría trabajar. De eso vive actualmente y lo hace dichosa. Para ella lo más importante es tener trabajo para poder traer a sus hijos a Chile y que estos tengan educación. Ella va a trabajar donde la manden con tal de traer a su familia aquí a pesar de todas las peripecias que ha vivido. La cito “No doy un paso atrás, ni para tomar impulso”.

Comentarios del autor del relato

Me llamó la atención la naturalidad con la que la mujer contaba situaciones que ha tenido que vivir en su proceso de migrar. Se reía, hablaba con soltura. No dejaba de decir que sabía que era malo lo que le había pasado, pero ya era cosa del pasado. Además de eso me llama la atención por la red de apoyo que mantiene con su expareja, quién la ayuda siempre que puede. La relación con sus hijos se ha mantenido gracias a los celulares con videollamada. Tiendo a evitar pensar en la globalización como la solución a todo lo que nos rodea, este caso me hizo cambiar de opinión en ciertos aspectos.

Lo más difícil fue guiar la entrevista a las preguntas que necesitábamos. ¡Tenía mucho que contarnos y no podíamos frenarla! A veces la entrevista ayuda a guiarnos, pero esta vez la conversación fluida aportó con muchos datos solo que algo desordenados. Mi principal inquietud esa noche fue pensar cuántas personas estaban cruzando la frontera ilegalmente en ese minuto y qué deben estar pensando mientras corren por la arena.

Es importante destacar al Estado de Chile en los grandes avances en el acceso a la salud pública para las personas migrantes, actualmente el acceso se encuentra garantizado y la posibilidad de la gratuidad del servicio es prácticamente universal para las personas que no cuentan con documentos ni con la capacidad adquisitiva para pagar. Ahora bien, los flujos migratorios cambian y siguen desafiando al sistema en distintas aristas, una de ellas es la salud mental. Las condiciones de los países emisores han decaído y por tanto nos enfrentamos a un migrante que deja a sus familiares en condiciones muy desmejoradas, lo que combinado con las contingencias a las que se enfrentan en el lugar de destino, se habla del desempleo, la explotación laboral, la dificultad de la documentación, entre otros, afectan la salud mental y no es de fácil acceso lograr un tratamiento psicológico.

Otro punto importante recae en la información que los funcionarios deben tener, las circulares son escasamente conocidas lo que implica que se niegue el acceso a la persona y se retrasen los tratamientos. Es un trabajo del sistema de salud no solo conocer los derechos de las personas sino también darlos a conocer y aquí toman un rol importante las juntas de vecinos, las comunidades, pues son ellos quienes muchas veces derivan a las personas a los organismos de atención primaria y deben disponer de la información necesaria. Para finalizar y referir al caso, es importante destacar el desamparo de la persona en frontera, haciendo especial énfasis en las mujeres que cruzan solas y de manera clandestina y que no cuentan con información respecto de los riesgos a los que se exponen y no mantienen herramientas de autocuidado en procesos complejos como estos.

Respecto de la salud mental de los migrantes, es importante disponer de un servicio de atención psicológica que genere un acompañamiento de la persona en su proceso, puesto que es de conocimiento público que muchos vienen de crisis humanitarias o de países afectados profundamente por catástrofes naturales. Y no solo eso, pues la reacción contribuye, pero se debe anteponer y generar servicios de prevención que se acerque a la comunidad y permitan que los migrantes descubran un apoyo en un ámbito tan sensible como este.

En cuanto al segundo desafío, es importante que se impartan capacitaciones a los funcionarios de mesón, call center y atención al público en general y que a su vez estas informaciones lleguen a actores claves dentro de los espacios comunitarios, para que el acceso realmente se vea garantizado para la persona migrante y en ningún caso obstaculizado por la falta de información. Complementando aquello, deben disponerse de espacios de interculturalidad que permitan una mejor acogida en la atención a las personas de distintas culturas.

Para el tercer desafío, es importante que el sistema público sea un actor clave en la incorporación del Programa de Migración del Fondo de Población para las Naciones Unidas (siglas en inglés, UNFPA), este podría establecer en la frontera chilena servicios que

promuevan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de violencia de género entre mujeres y jóvenes migrantes.

El ingreso clandestino pudo exponer a la mujer a violaciones o abusos sexuales sin tener a nadie ni nada cerca que pudiera socorrerla, es por eso la importancia de establecer servicios en frontera para informar de los peligros que existen al exponerse de esa manera y de ser una decisión consiente por parte de ellas, prevenir y proteger de la mejor manera posible su integridad física. El trabajo con Naciones Unidas y con los países fronterizos es fundamental para ello y el sistema de salud es el mejor impulsor de este tipo de iniciativas por parte del Estado.

Las vulnerabilidades vividas en su trabajo que la expusieron físicamente, haber dejado a sus hijos en su país de origen y la escasa presencia de redes es un factor muy importante para presumir un apoyo psicosocial por parte del sistema de salud, un acompañamiento integral que le permita encontrar en los servicios públicos, un espacio de protección y de orientación, no solo psicológico sino también social y jurídico que le permita ampliar sus redes de apoyo y denunciar los hechos vividos.



Relato 34: “La vida en una maleta de manos”

Autora: Katherine Leyton

Datos de la persona

Sexo: Mujer

Edad: 40 años

Nacionalidad: Venezolana

Tiempo en Chile: 1 mes

Redes de apoyo: Su pareja, con quien vive, y se vino a Chile unos meses antes para buscar trabajo y lugar donde vivir. Ella viajó sola luego

Testimonio

Ingresa al box una mujer, con el entusiasmo que en mi opinión caracteriza a los venezolanos. Menciona que llegó hace un mes a Chile, y por una vecina venezolana supo de la existencia de este programa. Su motivo de consulta era conocer los beneficios en salud que tenía.

Durante la entrevista, comienza a relatar su llegada a Chile, la cual tuvo una duración de 4 días, vía terrestre. Menciona que normalmente existía un bus que los acercaba a la aduana, pero eso había cambiado. Ya no existía el recorrido del bus, todo aquel que quería llegar a la aduana tenía que caminar alrededor de 30 minutos. “El camino de los lamentos” así lo definió... camino silencioso, mirando piedras, su tristeza solo era acompañada por los sollozos de venezolanos que seguían el mismo camino. En momentos su voz se apagaba, y le caían sus lágrimas, pero no pasaba más de un minuto y su alegría volvía a surgir.

Dentro de sus reflexiones menciona que, a sus 40 años pensaba que ya tenía todo resuelto, con pareja, familia sana, título, trabajo, casa. Pero, ahora tenía toda su vida en una “maleta de manos...” La impotencia y la desesperación por salir de su país, la ayudaban a continuar el trayecto. Al llegar a la aduana, su maleta fue revisada, quedando más “liviana” de lo que la traía. Menciona que trajo dinero guardado en su ropa interior, el cual no fue requisado. Sentía mucha tristeza, al ser tratada de esa manera, sólo esperaba poder llegar a encontrarse con su pareja, y poder comenzar juntos una nueva vida.

Los 4 días de duración de su viaje, le permitieron encontrar la esperanza de seguir creciendo con sus proyectos. Su maleta, la acompañaría para volver a comenzar. Por eso se encontraba en Chile, buscando establecerse...

Comentarios del autor del relato

Me llamó la atención la tristeza y humillación que vivió al salir de su país. La simbología de su “maleta”, la mayoría de las veces la llenaba de expectativas y de alegría por viajar. Ahora era una maleta que traía lo que pudo y quedó de su vida en Venezuela. Afortunadamente pudo reencontrarse con su pareja y volver a comenzar.

El espacio del box de atención de salud fue un momento en el cual la paciente necesitaba ser contenida y escuchada. Entender su impotencia por tener que abandonar su país, su historia, su familia, sus recuerdos. La situación fue de contención, y de escucha.

Esta experiencia me deja la reflexión de la importancia de querer seguir surgiendo. En ocasiones no valoramos lo que tenemos y nos limitamos a seguir creciendo.

El fenómeno migratorio actual supone diversos desafíos, no solo para el sistema de salud, sino también para los distintos sistemas y ámbitos del país, sobre todo si es la perspectiva de Derechos Humanos la que se instala como premisa. Por tanto, los desafíos suponen en primer lugar garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos sociales, en este caso en específico, el derecho a la salud para todos los sujetos independiente de su situación migratoria. Dicho esto, me parece importante destacar la situación de vulnerabilidad en que se encuentra una parte importante de la población migrante que llega a nuestro país, situación que se visibiliza claramente en este relato en concreto.

La vulnerabilidad se produce en el cruce de distintos factores como la procedencia nacional, el estrato socioeconómico, el género, la edad y la falta de políticas de acogida e inclusión efectiva ¹⁹. Desde mi perspectiva como trabajadora social y considerando el contexto recién señalado, los desafíos que presenta el sistema de salud son variados en términos de complejidad en sus contenidos, procedimientos y tratamientos.

En esta línea, tomo como referencia la experiencia del “multicultural counseling” desarrollada por diferentes países, donde se reconoce la necesidad de incorporar la dimensión cultural tanto en el diagnóstico como en la solución de los problemas, comprendiendo que el comportamiento de un individuo ante una determinada situación puede variar según su universo cultural. Esto que resulta fundamental para el diagnóstico clínico, es también fundamental en términos sociales y de política social ²³. Se trata, así, de recuperar desde las culturas de origen saberes, cosmovisiones y sentidos en relación a las prácticas de cuidado desde el universo cultural de las familias migrantes que viven en nuestro país, donde se rescaten y se valoren otras formas de estar y ser en el mundo, como, por ejemplo, las cosmovisiones indígenas, afrodescendientes, populares, entre otras ²⁴. Desde una perspectiva ética, avanzar en esta línea sería uno de los principales desafíos para el ámbito de la salud.

El desafío recién planteado se podría concretar en acciones y estrategias pertinentes que generen condiciones de posibilidad para que se produzca un intercambio de *saberes* y *pareceres* sobre diferentes formas de ser y estar en el mundo. Esto remite a la pregunta por la expresión de un diálogo de saberes, en los espacios y momentos de una política pública que acoge personas y colectivos migrantes, donde se visibilicen y recuperen aquellos saberes y/o formas de conocimiento no “expertos” que las familias migrantes traen consigo ^{25/26/27/28}. Se trataría pues de considerar los propios saberes, significados y prácticas de los migrantes ²⁹; y es que, aunque puedan tener una misma lengua, el factor territorial determina condiciones políticas, sociales, económicas y culturales. En definitiva, no existe una única cultura latinoamericana, sino muchas, así como también un contexto multiétnico en el que dialogan múltiples saberes que impactan en el ámbito de la salud.

El relato recién señalado me lleva a recordar una frase de Claude Lévy-Strauss que dice: “Descubrir a los otros es descubrir una relación, no una barrera”. La mujer venezolana relata su experiencia en cuanto a la trayectoria recorrida hasta llegar a Chile, dando cuenta de los riesgos y situaciones que tuvo que sobre llevar. La profesional que la atendió fue capaz de escuchar, reconocer, empatizar con la mujer y su situación. Este sería el primer paso o momento para propiciar un diálogo de saberes entre los funcionarios/as públicos y/o profesional del ámbito de la salud al encontrarse con un sujeto migrante.

Para avanzar en esta línea, es clave profundizar en la formación y sensibilización de los profesionales y funcionarios del ámbito de la salud en competencias interculturales, que permitan generar espacios de comprensión sobre la importancia de reconocer la valiosa diversidad de otras formas de saber y estar en el mundo más allá de la racionalidad hegemónica que prima en las políticas públicas. Esto a su vez podría tener repercusiones en tanto la efectividad de la política como la legitimidad de la misma; y por otro, las tensiones y contradicciones entre los valores de las diferentes tradiciones culturales y las prácticas que se generan en individuos particulares y en contextos concretos³⁰. En otras palabras, rescatar la riqueza de aquellos saberes y pareceres que se develan desde los propios universos culturales de familias migrantes latinoamericanas, dando cuenta de la heterogeneidad de posibilidades de comprender el bienestar físico, emocional y de salud.



Sección IV:

La voz del trabajador de salud de atención hospitalaria.

“Hay solo dos países: el de los sanos y el de los enfermos, por un tiempo se puede gozar de doble nacionalidad pero, a la larga, eso no tiene sentido...”

Hay sólo dos países, Enrique Lihn, libro Antología de paso, 1998.



Capítulo 5: Introducción a la sección

La atención hospitalaria suele relacionarse con problemas de salud de mayor complejidad, por lo que pueden estar asociadas a una mayor vulnerabilidad. El acceso a atención hospitalaria suele ser más limitado y contar con mayores barreras, principalmente administrativas. A esto se suma la difícil experiencia de estar hospitalizado, además estando lejos del hogar y muchas veces de la familia y las redes de apoyo, por lo que la población migrante experimenta esta experiencia desde un lugar más vulnerable. La utilización de los servicios de salud secundaria por parte de la población migrante, en algunos casos ocurre sin haberse utilizado previamente el nivel de atención secundario. La literatura internacional señala que las tasas de hospitalización son diferentes entre la población migrante y la población local, sugiriendo desigualdades en el acceso y calidad de la atención secundaria entre ambas poblaciones y según sexo ³.

Respecto a los egresos hospitalarios de población migrante registrados, destaca el alto porcentaje de egresos correspondientes a migrantes sin previsión de salud o afiliados al sistema de salud privado. Quienes reportan una menor proporción de egresos hospitalarios dentro de la población migrante son los niños menores a 14 años. La principal causa de egreso hospitalario de la población migrante corresponde a las causas obstétricas (embarazo, parto y puerperio), seguida de los egresos por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas ³.

El sistema de salud se rige principalmente por el modelo biomédico, el cuál se centra en la causa biológica de la enfermedad, centrandó la atención en el cuerpo, teniendo como características el biologicismo, el reduccionismo, la concepción positivista de la enfermedad, la ahistoricidad, individualismo, una relación asimétrica entre el médico y el paciente, así como una participación pasiva y subordinada del paciente en el contexto de su atención ³¹. Esto tiene relación con que el modelo biomédico desde el que se basa el sistema de salud es también un sistema cultural con sus propias normas, creencias e interacciones. El conocimiento médico se construye desde la universidad, donde los profesionales médicos adquieren una visión determinada del individuo, la salud y la enfermedad, lo que determina luego la forma de relacionarse con él ³².

La interacción entre la persona migrante que busca el alivio de una necesidad y el profesional de la salud corresponde a un encuentro intercultural, que ocurre en el espacio del profesional, en este caso el hospital, que resulta ser un lugar desconocido para la persona que lo utiliza, la cual puede experimentar inseguridad y temor, al estar en una posición de vulnerabilidad. Ambas partes tienen sus creencias y saberes en torno a la salud y la enfermedad, dados por su contexto cultural y su historia de vida, lo que hace que este encuentro sea complejo. La experiencia de enfermar es difícil, más aún estando en un lugar desconocido y con escasas redes de apoyo, donde rige una cultura distinta a la de origen y a veces se habla un idioma distinto.

En esta sección titulada “La voz del trabajador de salud de atención hospitalaria”, dos profesionales de la salud que trabajan a diario en hospitales de la región de Santiago, una psiquiatra y una trabajadora social, cuentan experiencias vivenciadas en la atención a pacientes migrantes en el contexto hospitalario. Comparten su experiencia, contando las historias que más las han marcado, los desafíos a los que se han enfrentado y como los han abordado. A su vez, las autoras responden a preguntas reflexivas, y comentaristas expertos comentan los principales desafíos identificados en los relatos. La sección se subdivide en tres temas principales: la salud como un espacio de encuentros y desencuentros en relación a la cultura, enfermar en el proceso de migración en una etapa de asentamiento y la salud como un derecho humano urgente que debe ser asegurado por parte de los equipos de salud.

Capítulo 6: Relatos del profesional de salud intrahospitalario.

1. Espacios de encuentros y desencuentros interculturales en salud hospitalaria

“Me di cuenta rápidamente que no hay viajes que nos lleven lejos a menos que se recorra la misma distancia en nuestro mundo interno que en el exterior”

Lillian Smith.



Relato 35: “Manto de Huaraz”

Autora: Valeria Sequeida

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 38 años

Nacionalidad: Peruana

Ocupación: Dueña de casa

Casada, 4 hijos, 10, 7, 2 años y recién nacido de 2 días

Tiempo en Chile: Hace 2 años

Redes de apoyo: Vive con su cónyuge y 3 hijos, viajó al país con su hijo mayor

Testimonio

El primer encuentro con la mujer se produce en el servicio de puerperio del hospital. Se interconsultó a psiquiatría dado que “el parto fue en el domicilio, su discurso era poco claro y parecía confusa”. Al llegar encontramos a la paciente acostada en su cama, junto a ella su recién nacido que dormía. Sobre el velador había un manto de Huaraz. Nos miraba con desconfianza.

La trabajadora social nos había informado que se sospechaba abandono y negligencia por el parto en el domicilio y se había organizado una visita domiciliaria. Se había dejado el día anterior al recién nacido hospitalizado en la neonatología hasta “corroborar que no existiera riesgo”. El equipo tratante agregaba que les daba la impresión de que la paciente no entendía nada y estaba desconectada. Informaron además que se trataba de un embarazo sin controles. Al revisar la ficha vimos el carnet de controles prenatales y una ecografía obstétrica del sistema privado de 38 semanas de gestación que indicaba “cefálica”.

Acerqué una silla a la cama de la paciente, le dije que su guagua estaba muy bonita. Sonrió. Le pregunté si con el manto de Huaraz envolvía a su guagua, asintió. Me presenté y le pregunté si estaba de acuerdo en ser entrevistada, aceptó. Le pregunté porque estaba en el hospital, me dijo que había nacido su hijo en la casa y lo había llevado al hospital para que lo revisaran. Su marido había asistido su parto, así como sus tres partos anteriores. “Así hacemos”. Se encontraba en un estado de alerta y vigilia, no existían signos de alteración de consciencia. Le preocupaba irse pronto del hospital porque tenía otros tres niños en la casa a quienes cuidar. Dado que no existía al momento de la evaluación elementos que indicaran la presencia de una patología psiquiátrica se consignó esto en la ficha. Se sugirió además considerar los elementos culturales del caso.

Es conocida la vulnerabilidad de una mujer en etapa perinatal, es por esto que como equipo de psiquiatría de enlace estamos alerta a las interconsultas de pacientes de los servicios de medicina de la mujer. En este caso en particular, en donde se descartó una patología psiquiátrica había muchos otros elementos que abordar. Reflexionamos respecto de la rapidez con que se psiquiatriza lo diferente, lo que no está acorde a “mi sistema de valores”, desconociendo el otro saber, la posibilidad de que el otro que tenemos enfrente pueda hacer y resolver de manera diferente. Este último punto ha sido fuente de desencuentros y malos entendidos, de sobreintervenciones y discriminación. Imagino que la mujer escuchó las críticas a su modo de vida por parte del personal de salud, lo traumático que debió resultarle que fueran a su casa los servicios sociales y la evaluara un psiquiatra. Vulnerabilidad. Esa es la palabra que queda.

Lo difícil de manejar en esta situación fue la idea preconcebida, el imaginario del otro, la necesidad de probar una tesis, el equipo social resolvió que la mujer actuaba así porque era “bajo nivel cultural”. Se acostumbra a hablar de los pacientes, frente a ellos como si no escucharan, como si no entendieran. Resulta difícil cuando invitas a hacer de otro modo, a darle otra mirada, hay violencia en el discurso, resistencia, tendencia a “continuar haciendo así porque siempre ha sido así”.

La principal inquietud que me deja esta experiencia es de si tenemos derecho a decirle al otro como debe vivir, como debe hacer. ¿Qué ocurriría si alguien se niega a una visita domiciliaria porque lo considera una invasión a su privacidad? ¿Por qué asumimos que una mujer por ser migrante desconoce lo que es mejor para ella? ¿Por qué se activan las alarmas de protección infantil? ¿Por qué no trabajamos con un enfoque de acompañamiento y aprendizaje bilateral? Estamos atrasados en cuanto a integrar otros saberes a nuestra práctica cotidiana, cuidados a los que nuestros pacientes acceden, atribuciones del enfermar y el sanar distintos al modelo biomédico que comprendiendo nos ayudarían a comunicarnos con mayor fluidez con nuestros pacientes, a entendernos.

Este es un caso emblemático respecto a los mecanismos que se activan una vez que una persona con tradiciones culturales diversas encuentra servicios de salud altamente posicionados desde un único paradigma hegemónico. El ejercicio invisible de la sospecha, la duda y de ahí al rechazo que se traduce en patologización responde a un proceso bien conocido en el que actúa un pensamiento etnocéntrico, es decir: la convicción de que el propio paradigma es el único válido, considerándolo no sólo único sino también superior. Esta mujer toma una decisión completamente normal, desde un punto de vista cultural. La atención de partos domiciliarios en familias indígenas y campesinas en Perú es una realidad que se remonta incluso a antes de la colonia, lo que nos explica la naturalidad con que ella realiza el vínculo con el servicio de salud, buscando ayuda para controlar el bienestar de su hijo una vez que el parto se ha realizado. El desafío, por lo tanto, consiste en suspender el juicio inmediato que califica una actitud desconocida (o menos frecuente, ya que los partos en casa fueron desplazados hace pocos años por los partos hospitalarios), como una actitud patológica que podría incluso, cuestionar la capacidad parental de la mujer.

Es necesario reconocer y asumir el propio paradigma biomédico como un paradigma etnocéntrico, es decir que tiende a considerar sus respuestas como únicas respuestas verdaderas. A partir de esta asimilación podemos posicionarnos desde una mirada más relativista, donde reconozco que, si bien existen verdades dentro de mi propio sistema cultural, es posible que existan otros paradigmas culturales que explican comportamientos y decisiones de usuarios provenientes de otros países. Asumiendo esta posición en la forma de abordar la atención de salud, podremos desarrollar herramientas que permitan reconocer las capacidades de las personas más allá de su posible condición de morbilidad. Una mujer que ha tenido varios partos en casa, acompañada de su marido y que además se presenta en el hospital para controlar el estado de salud de su hijo, es una mujer que está demostrando un enorme conocimiento y autonomía en temas vitales para el ejercicio de la maternidad. ¿Por qué el rol del equipo de salud fue el de verla como una madre incapaz o peor aún, con un trastorno psiquiátrico que podría impedirle realizar sus labores de madre?

Mirarnos críticamente como equipos de salud y preguntarnos qué efectos tienen nuestras presunciones de verdad sobre las decisiones o caminos que siguen nuestros diagnósticos es vital para superar el riesgo de reproducir la exclusión que históricamente han sufrido ciertas poblaciones, como las poblaciones indígenas, a través del ejercicio de las profesiones médicas.

Para enfrentar los desafíos que presenta este caso hay que aprender a conocer los contextos de los que provienen los usuarios de modo de situar sus actitudes y reconocer las capacidades que puedan presentar frente a una condición específica. Los efectos nocivos de esta experiencia pueden ser tales de perder la confianza de una usuaria, alejarla del sistema de salud chileno, con las consecuencias que esto tiene para su familia y en especial, para sus hijos.



Relato 36: “Dile a los doctores que me siento bien”

Autora: Valeria Sequeida

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

Nacionalidad: Haitiana

Soltera, se encuentra en pareja, tiene una hija recién nacida

Tiempo en Chile: Hace 5 meses

Redes de apoyo: Vive con su pareja y una prima

Testimonio

El primer encuentro con la paciente se generó en la unidad de paciente crítico donde se encontraba hospitalizada hace algunos días. Se le había practicado una cesárea de urgencias 8 días atrás al sufrir una grave enfermedad del embarazo que la tuvo con riesgo vital. Se recuperaba luego de haber necesitado soporte con ventilación mecánica.

El equipo tratante nos pidió la evaluación ya que sospechaban de una posible depresión, describieron que se mostraba “apática y poco colaboradora”. Nos advirtieron que la paciente no hablaba español y que no había visto a su hija recién nacida. Preguntamos cómo hacían para comunicarse con ella, nos respondieron que la visitaba una prima que “entendía un poco de español y hemos usado el google translator”.

La paciente se encontraba en una habitación individual que tenía una ventana hacia el interior del servicio. Vimos a una mujer joven, afrocaribeña, sentada en un sillón, respiraba con dificultad y tosía. Estaba siendo monitorizada y recibía medicación endovenosa. Sobre su mesa estaba el desayuno que no había comido. Ingresamos a la habitación, le pregunté si hablaba francés, respondió afirmativamente, accedió a la entrevista. Entonces no se contaba con intérprete en el hospital. Nos contó que le dolía la garganta y el pecho, estaba preocupada por su bebé a quien no había visto, sabía que estaba enferma, se sentía fatigada y mareada. Quería ver a su bebé. Agregó que le costaba alimentarse por la tos y además no acostumbraba a tomar leche. Le preocupaba salir luego del hospital para conseguir sus papeles y poder trabajar. Solicitó que se le informara a los doctores que se siente mejor. No se opone a los cuidados médicos. En esta primera evaluación se descartó una patología psiquiátrica aguda. Se evidenció la necesidad de organizar y poner en marcha algunas

medidas concretas y urgentes como una visita a su hija en neonatología, el cambio de dieta con nutricionista y el acceso a información en su lengua materna.

Se acompañó a la visita a la neonatología, en el proceso desde el lavado de manos, ponerse la pechera de plástico, los guantes, se le informó que se trataba de una precaución para su bebé. Se puso de pie junto a la pequeña cuna, quiso desvestirse a su hija lo cual se le impidió debido a que “ya la habían cambiado” y la recién nacida dormía. Me miró y me dijo que quería cargarla. Le dije que era suya, que la tomara. Puso a la niña sobre sus piernas, estaba preocupada de que no se despertara, comenzó a mover las piernas para mecerla. Se acercó un funcionario de neonatología y al verme conversando con la paciente me dijo que le diga que no se meta los dedos al ojo o va a tener que ir a lavarse de nuevo las manos y que tome bien a la guagua porque la puede botar. La paciente ha comprendido que se está criticando su actuar. Pone a su hija de vuelta en la cuna. Menciona sentirse frustrada, no comprende por qué no puede dar de lactar, lo atribuye a tener que tomar medicamentos. Me cuenta que tiene una hija de dos años en Haití y que crió a sus hermanos pequeños.

Se realizó un nuevo control en la unidad de hospitalizados, esta vez la queja del equipo tratante era que “no cooperaba y no estaba recibiendo la medicación”. Se revisó las evoluciones de enfermería donde se podía leer: “la paciente tiene dificultades para comunicarse, demandante, apática, se muestra video de la hija y mejora su estado de ánimo, demasiado seria todo el día, en visita a neonatología se observa apego formado”... Se insistió en la necesidad de contar con un traductor para poder explicarle a la paciente la necesidad de tratamiento y el estado de su salud. Días más tarde se tomó conocimiento que se llamó a un intérprete y se redactó documento en su lengua materna para firmar alta administrativa.

Ella fue la primera mujer haitiana que atendimos en mi hospital desde la unidad de enlace psiquiátrico, me di cuenta de las posibilidades y también de las limitaciones profesionales a los que nos veíamos enfrentados. Me llamaba la atención cómo se ponía como un diagnóstico más el que la paciente no fuera hispanoparlante o como una condición clínica, se trataba de un antecedente importante, para gestionarlo, buscar soluciones, acceder a un intérprete, no a un familiar o a dispositivos electrónicos. Nos preguntábamos cómo podía la paciente comunicar si tenía dolor, si estaba incómoda, si sentía malestar, cómo saber si su estado clínico empeoraba. Nos dio la impresión de que el equipo clínico estaba en dificultades, una mujer joven, grave, puérpera con quien no nos estamos entendiendo puede resultar frustrante, interpelante.

Surgieron muchos cuestionamientos que iban más allá del quehacer de psiquiatría, cumplimos roles para los cuales no estamos formados y que no están dentro de nuestras funciones, lo hacemos porque es nuestro deber, porque cuando son visualizadas las necesidades están deben ser gestionadas de alguna manera, sin embargo es la institución quien debe responder a las necesidades de sus usuarios y entregar cuidados basados en el respeto de sus derechos. Hubo muchos hechos que nos generaron cuestionamientos, desde cómo fueron firmados los consentimientos informados para los procedimientos, por qué se hizo un video de una recién nacida sin la autorización de sus padres, por qué la recién nacida queda al cuidado del hospital, por qué cuando un paciente no evoluciona médicamente según lo esperado es su responsabilidad individual y no reflexionamos acerca de la relación terapéutica que establecemos, para establecer una relación tenemos que ver al otro, comunicarnos con el otro.

Fue desconcertante el saber que la paciente había sido dada de alta y que para esta instancia se llamó a un intérprete. Pensamos que quizás esta instancia podría haber sido utilizada para hacer educación en salud, llegar a acuerdos, conocer acerca de cuál era su pensar respecto de la hospitalización, proponer un acompañamiento médico social, ¿existían creencias culturalmente dictadas respecto de su estado de salud?, ¿Cómo podríamos haber encontrado un punto en común para cuidarla? La paciente había criado a sus hermanos menores y tenía un hijo en Haití, en todos los documentos aparecía como primigesta, en los servicios se le intentaba enseñar puericultura y se le criticaba que no sabía tomar a su hija, que no tenía “apego”. ¿Qué podríamos haber aprendido de ella? Pienso en la vulnerabilidad de dar a luz y criar hijos en el exilio, sin tu cultura que te envuelva y te acompañe dándote ese marco contextual en donde puedes verte en el otro, en el hacer. Cómo un evento traumático, como una enfermedad perinatal que llevó a la separación de la madre de su hija en los primeros días y la imposibilidad de dar de lactar son factores de riesgo mayores para esta joven madre, es ahí en donde debió ponerse la atención, por eso continuamos acompañándola. De ahí el desconcierto de la alta voluntaria a esta paciente de riesgo.

La llegada de personas migrantes internacionales representa grandes desafíos para el sistema de salud chileno. Un primer desafío que tiene nuestro sistema de salud es que todos y todas quienes formamos parte entendamos que migrar es un derecho humano y que la migración constituye un determinante social que juega un rol pivotal en la salud de las poblaciones modernas. Asistimos hoy a un mundo globalizado, en el que las fronteras se encuentran tensionadas por diversos factores políticos, sociales y culturales, preconfigurando un momento en nuestra historia en el que la migración es un fenómeno no sólo cada vez más extendido, sino que presenta flujos y velocidades nunca antes vistas en la historia de la humanidad.

En primer lugar, es innegable que como equipo de salud no estamos preparados para enfrentar la complejidad que significa atender a población no hispanoparlante y que tiene un acervo cultural y epidemiológico distinto al nuestro. Constituye una prioridad, implementar acciones para capacitar a trabajadores y trabadoras de la salud respecto del encuentro intercultural con población migrante internacional en todos los niveles de atención. Debemos avanzar en generar estrategias para superar la barrera idiomática para con la población haitiana específicamente, toda vez que, de mantenerse la tendencia actual, la presencia de la población haitiana seguirá aumentando progresivamente en nuestro país. Al respecto, si el 2011 un 0,2% de la población migrante internacional era haitiana, al 2015 llegó al 3,4% (CASEN 2011 - 2015).

En segundo lugar, el que se haya sugerido la presencia de una enfermedad mental en la usuaria haitiana refleja el enorme vacío formativo que tenemos respecto del encuentro intercultural para con la población migrante internacional. Hay toda una valoración de prácticas de crianza, embarazo, parto y puerperio que es ajena y que no se valida en nuestro sistema de salud, situación que debemos enfrentar. Asimismo, se desprende del relato que tanto el gestionar la presencia de un intérprete, como apoyar a la usuaria en la superación de su situación migratoria irregular no fueron prioridades en el manejo del equipo de salud en esta oportunidad. Aun cuando el sistema de salud contempla actores que tienen tareas específicas para actuar sobre determinantes sociales de la salud, existe todavía un predominio del quehacer médico y de la patologización de la vinculación con los y las usuarias. En esta situación se evidencia que el sistema de salud se articula para responder con celeridad la urgencia médica, pero asume con otra velocidad la gestión de la urgencia social y cultural, situación que en población migrante internacional determina la interacción con el sistema de salud.



Relato 37: “No era mi intención ofender”

Autora: Valeria Sequeida

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Nacionalidad: Venezolana

Ocupación: Ingeniera civil, sin ocupación actual

Casada, tiene un hijo de 8 años

Antecedentes médicos: Embarazo ectópico con salpingectomía izquierda hace 2 años.

Tiempo en Chile: Hace 3 meses

Redes de apoyo: Vive con su esposo y su hijo de 8 años, vino a Chile con su marido quién fue trasladado por su empleador

Testimonio

Se solicita evaluación de psiquiatría dado que la paciente cursaba un embarazo ectópico derecho, y había presentado “labilidad emocional ante la posibilidad de perder otra trompa”. Al llegar al servicio encontramos a una mujer joven, impresionaba triste, que accedió a la evaluación. Nos explicó el motivo de su hospitalización, haber recibido un tratamiento y estar a la espera de su efecto, quería evitar que se le extirpara la trompa dado que le gustaría tener otro hijo. Le había comunicado esto a su médico tratante, le dijo que estuvo investigando y se comunicó con su médico de Venezuela, le preguntó si podían continuar con el tratamiento médico y no operar... Al relatar esto rompe en llanto y nos cuenta que la médica le dijo que ya tenía un hijo, que si quería esperar la cirugía sería bajo su responsabilidad y que si tenía que ir después a tratamiento de fertilidad eso le costaría millones.

Describe haberse sentido muy angustiada, desamparada y con mucho miedo. Se justificaba diciendo que como es ingeniera quiere saber los números y las probabilidades de la efectividad del tratamiento. Que no era su intención ofender a nadie. La paciente nos relató que estaba muy preocupada porque al estar hospitalizada, y dado que su marido trabajaba, su hijo estaba en la casa de una vecina, otras veces lo cuidaban amigos de la iglesia. Recientemente habían sido estafados con el arriendo del departamento al llegar a Santiago.

Se implementaron varias acciones como contactar a trabajo social para activación de RUT provisorio de FONASA, se realizó contención emocional y acompañamiento durante la hospitalización.

Al conocer a esta paciente pudimos evidenciar que se encontraba en gran distrés, tanto por lo que ocurría a nivel físico y la amenaza de infertilidad y lo que ocurría fuera del hospital, con su familia, su reciente llegada al país, su asentamiento. Cuando logramos ver este contexto, el sufrimiento se hace comprensible, se hace atendible. Existían necesidades sociales, familiares, médicas que debían ser resueltas, necesidades de escucha que debían ser atendidas.

Desde el principio consideramos como equipo que no se trataba de una paciente con una patología psiquiátrica, se había propuesto en primera instancia que fuera manejado por el equipo, que se le diera espacio a la reacción vivencial normal lo cual fue recepcionado por el equipo tratante como una negativa nuestra a atender a la paciente. Se percibía una tensión ante la solicitud de la paciente de reconsiderar el tratamiento que se le estaba ofreciendo e intentar otro antes de tomar una decisión final. Prestamos escucha a esta situación, identificamos que existe aún dificultad relacional entre el equipo y la paciente y contenemos la reacción emocional que aparece en relación a esta.

Es evidente, y la misma paciente lo verbalizó, que existía un sentimiento de desamparo al estar enferma lejos de su familia, en un hospital desconocido, con un sistema de salud que no conoce. La paciente percibía como hostil la relación con su equipo tratante hecho que le generaba mucha angustia. Nos cuestionamos cómo podemos transmitir a los equipos clínicos que también es parte del tratamiento dar respuesta a las necesidades que están en torno al enfermar, como el acceso a servicios básicos, grupo primario de apoyo, autocuidado, todo lo anterior tendrá una repercusión en el resultado final del proceso de cuidados. No se trata necesariamente de una paciente con necesidades de cuidados de psiquiatría sino más bien de alguien a quien se le está haciendo difícil permanecer en un ambiente que le resulta hostil y se siente frágil.

Comentario de experto: Daisy Margarit

Por una parte, los desafíos del sistema de salud se expresan en comprender que los procesos migratorios son complejos y dinámicos y que los sujetos migrados se deben entender no como individuos aislados, sino como unidades familiares, desde su perspectiva histórica y también situada en relación a las culturas de origen. Este desafío se traduce también en advertir que las intervenciones que se realicen en salud deben considerar el principio de reflexividad, por cuanto al intervenir no dejamos de lado nuestras propias historias, las perspectivas teóricas y los juicios a priori que tenemos de muchas situaciones. La reflexividad supone un reconocimiento en el involucramiento que conlleva cada situación, con nuestras propias vivencias.

Este nuevo desafío en Salud se refleja en el relato, por cuanto el personal de salud que atiende a la mujer venezolana incorpora elementos subjetivos que captura en la entrevista inicial para el desarrollo de la intervención, no obstante, también se refleja la preocupación hacia el equipo tratante, no logre dimensionar el entorno del caso y por ello se traduzca en una relación más distante.

Los elementos que se evidencian en la historia se relacionan con el proceso de reflexividad que desarrolla quien la atiende y logra percibir aquellos aspectos subjetivos y cualitativos que están involucrados en el caso clínico. Lograr una atención integral supone incorporar aquellas variables que son invisibles y que en ocasiones pueden no estar incorporadas en una patología desde el punto de vista físico, sin embargo, estos aspectos juegan un rol fundamental a la hora de plantear estrategias efectivas y oportunas de atención. Estas variables refieren a los aspectos situados de las historias clínicas: entornos, las redes, las historias de vida, las trayectorias migratorias, entre otras.

CENTRO DE SALUD FAMILIAR AP 0



Relato 38: “Nos entendemos”

Autora: Valeria Sequeida

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 40 años

Nacionalidad: Haitiano

Ocupación: Inactivo, escolaridad completa, en su país se ocupaba como conductor de buses

Tiempo en Chile: 6 meses

Redes de apoyo: Vive con su esposa, viajó solo ya que ella se encontraba hace poco más de un año en Chile. Viven en casa de acogida de ONG, no habla español, pero asiste a clases

Testimonio

El paciente se encontraba hospitalizado hace un mes, en estado de desnutrición secundaria a su enfermedad de base. En el hospital se le habría indicado nutrición parenteral la cual habría rechazado, habría tenido conductas autolimitadas y más tarde habría intentado lanzarse por la ventana. En este contexto el equipo de psiquiatría de enlace fue solicitado para evaluarlo y eventualmente indicar un traslado a hospitalización psiquiátrica.

Al llegar a ver al paciente encontramos a un hombre acostado en la cama, afrocaribeño, muy delgado, su mirada era huidiza, impresionaba desconfiado y abatido. Se realizó la evaluación del paciente junto a la intérprete. Se pudo constatar que se encontraba con una depresión severa, señalaba que no valía la pena seguir viviendo, que llevaba mucho tiempo enfermo y que no notaba mejoría, se sentía angustiado y desesperado. Rechazaba la indicación de nutrición parenteral debido a que había visto que le ponían ese tratamiento a la gente que ya iba a morir.

Luego de iniciar tratamiento y asegurar al paciente y su entorno, se realizó un seguimiento durante su hospitalización. Fue atendido con la intérprete, a medida que mejoraba su ánimo y se lograba establecer un vínculo, pudimos conocer más de su historia. Se encontraba en Chile junto a su esposa, había llegado hace 6 meses al país con intenciones de trabajar, cursaba clases de español en una ONG previo a su hospitalización. Su principal preocupación era mejorarse pronto y poder trabajar para acompañar a su esposa quien se encuentra enferma, señalaba además que le entristecía que su esposa estuviera triste y sola. Quería asegurarse de que hubiese comido bien todos los días.

Conocimos a su cónyuge quien mencionó estar muy preocupada, aseguró que “él no es así, me ha dicho que prefiere morir, pero él no es así”. Lo notaba deprimido desde que llegó a Chile, por las dificultades que enfrentaban en lo cotidiano y que ahora había empeorado durante la hospitalización. Contaban con familiares en el sur de Chile y también en el extranjero (Canadá y Europa) con quienes mantenían contacto y se encontraban al tanto de su situación de salud.

El paciente nos comunicó que se sentía frustrado de no saber de su evolución clínica, mencionaba además que el equipo de salud le hablaba poco, solicitaba que trajeran más frecuentemente a la intérprete para poder conversar. Solicitaba ser trasladado a un servicio en donde pudiese interactuar con más personas, ver la luz del día, saber qué pasaba afuera. Utilizaba la instancia de los controles con psiquiatría en donde se asistía con la intérprete para formular preguntas respecto de su evolución médica.

Con el tiempo el paciente se encontraba en mejores condiciones, respecto de las ideas de muerte señalaba que había sido un impulso en el contexto de estar “desesperado”. Tendía a minimizar la sintomatología psiquiátrica. Reportaba principalmente síntomas físicos. Notamos que al realizar las entrevistas con la intérprete el paciente se dirigía principalmente a ella, quedando el equipo clínico en una posición de espectador de un diálogo al cuál era difícil acceder. Con esto se perdía gran cantidad de información clínica rica en cuanto a su estado psicopatológico. Se intentó corregir esto dando instrucciones a la intérprete cuando intervenía junto al paciente.

Se trataba de un paciente gravemente enfermo, con un gran sufrimiento psíquico, de mucho riesgo. Ante una tentativa suicida surgen temores ante la impredecibilidad, temores en el equipo tratante, también en el de psiquiatría, dispara la alarma, reflexionas respecto de estrategias de tratamientos. Se logró que, dado que se encontraba en gran fragilidad física y se hacía poco probable su traslado a una unidad de psiquiatría, fuera transferido a una unidad de paciente crítico en donde estuviera bajo mayor supervisión y cuidados. Se trabajó con él, se realizó controles y ajuste de tratamientos durante su hospitalización hasta que estuvo en mejores condiciones para volver a sala común.

Este paciente ha presentado un desafío para el equipo de psiquiatría de enlace. Dado su complejidad y gravedad. Los controles debieron ser realizados en presencia de la intérprete con la cual cuenta el hospital para ser evaluado en su lengua materna. Para esto fue necesario organizar con ella las entrevistas según su disponibilidad. Existieron dificultades para acceder a la vida psíquica del paciente, por su estado psicopatológico y también por la necesidad de una aproximación intercultural. Se revisó la literatura disponible y comenzamos a utilizar frases y vocablos utilizados en su lengua materna para hacer referencia al dolor y disconfort psíquico, las entrevistas comenzaron a fluir, seguimos estando disponibles. El paciente se sentía mejor, si no íbamos un día nos lo hacía notar.

Nos preocupaba que el resto de los equipos tratantes no utilizaran o subutilizaran el recurso de la intérprete y asumieran que el paciente “entendía un poco”, la reflexión principal es si nosotros podemos comprender al paciente. Cómo la brecha idiomática, que es nuestra y que debemos como institución prepararnos para superarla y entregar las prestaciones de salud ajustadas a las necesidades del paciente, se vuelve fuente de aislamiento, separación y pérdida de contacto para un paciente que se encuentra en sufrimiento físico, psíquico y vulnerabilidad social. Esto fue manifestado en varias ocasiones por el paciente quien solicitaba volver al servicio en donde estaba antes “para ver gente, para saber cómo estaba el día afuera”.

Quedan muchas inquietudes. Una de ellas es que necesitamos una aproximación intercultural para atender a los pacientes que lo requieren, necesitamos para comunicarnos y realmente entendernos ver al otro en toda su dimensión que no se restringe sólo a su lengua, sino que incluye su modo de vida, sus creencias, los significados que le da a la salud y enfermedad. Como clínicos creemos saber lo que el paciente necesita, la invitación es a preguntarle al paciente cuáles son sus necesidades. Otra inquietud es que el recurso de intérprete en el hospital es de gran valor y que debiese estimularse de manera transversal, sin embargo nos queda mucho por avanzar en cuanto a formación y capacitación, establecer los objetivos y roles de su participación en una intervención clínica y también cómo cuidamos a estos funcionarios, del impacto de estar en contacto con el sufrimiento humano en el cotidiano.

Creo que uno de los desafíos para el sistema sanitario se refiere a la no “psicopatologización de lo psicosocial”, el cual tiene a la base la necesidad de que implementar diagnósticos más integrales y comprensivos en salud. Existen diversos factores que atentan contra esta mirada integral a la persona y que han sido mencionadas y reconocidas a lo largo de los años, pero que no hemos sabido superar. Entre estos desafíos están por ejemplo la necesidad de ir más allá de la sintomatología, incorporando diagnósticos que cubran los diversos ejes de la vida de una persona; la atención por equipos de salud multi e interdisciplinarios, donde la perspectiva de cada disciplina tenga valor al momento de tomar decisiones en salud; la capacitación del equipo sanitario en competencias y habilidades blandas, de comunicación y de escucha activa, entre otras.

A mi juicio, en el testimonio presentado encontramos elementos relacionados con los desafíos planteados. Ante un paciente con problemas de comunicación (dados por su lengua nativa), el cual siente además que *“el equipo de salud le hablaba poco”*, donde por ende, la falta de información de lo que le está pasando (por diversas razones) hace que sus miedos y preocupaciones se vuelvan más intensas y se constituyan en realidades *“...había visto que le ponían ese tratamiento a la gente que ya iba a morir...”*, generando un estado emocional negativo que desencadena luego en una sintomatología depresiva.

En este marco se asume rápidamente una etiqueta psiquiátrica sin considerar los elementos que están a la base de su emocionalidad deprimida (se siente solo, incomunicado, sin información, aislado) ni los elementos comunicacionales que podrían haber sido trabajados con él. El necesario reconocimiento de que las creencias personales en salud (evidentemente construidas desde lo individual situado en un contexto socio-cultural específico) modela y está a la base de las conductas en salud (*“se le habría indicado nutrición parenteral la cual habría rechazado”*), permitirá un abordaje más integral y no tan psicopatologizante de las personas, donde quizá la psicoeducación y la comunicación en salud permitirá ahorrar el uso de muchos fármacos destinados a aliviar el síntoma, pero no la causa.



Relato 39: “Nueva oportunidad”

Autora: Ligia Gallardo

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Nacionalidad: Colombiano

Ocupación: Buscando trabajo

Tiempo en Chile: 2 años

Redes de apoyo: Vive con su esposa que está embarazada y el hijo de ambos de 3 años de edad, cuenta además con apoyo de otros colombianos que son familiares de su esposa

Testimonio

Conozco a la familia de 3 colombianos formado por una mujer joven embarazada, su pareja y el hijo de 3 años que es hijo de ambos. El motivo de consulta era el acceso a las atenciones de salud requeridas por la embarazada, y lograr que todo el grupo familiar lograra regularizar situación migratoria. Su pareja tenía la “tarea” de avisar cuando naciera su bebé, y así lo hizo. Al entrar a la oficina detecté que estaba conmocionado emocionalmente, lo saludé y pregunté si todo estaba bien, me respondió que sí, nació una niña, y tanto la madre como la recién nacida estaban bien, él había estado presente en el parto. Además de felicitarlo y dar algunas instrucciones prácticas sobre la inscripción de la recién nacida en el Registro Civil, le ofrecí la oportunidad de estar un rato más en este espacio porque notaba que aún no se reponía del todo... y traté de propiciar el ambiente para que... solo si quería... pudiera decirme si ¿estaba todo bien?, ¿qué sentía en este momento? ...

Partió contándome la experiencia de estar en el parto con bastantes detalles, lo tremendamente feliz que estaba, lo hermosa que era su niña y se puso a llorar... con dificultad me contó parte de su historia, de su pasado en Colombia: antes de esta pareja y de este hijo de 3 años y este embarazo, él había formado una familia hace unos años y la había perdido de forma trágica: Esa primera familia estaba conformada por su mujer y una hijita pequeña, y ambas habrían fallecido aplastadas por un desplazamiento de tierra. Recuerdo cómo lloraba al relatarlo... en el tiempo transcurrido volcó sus fuerzas en salir adelante y la vida continuó, construyó una nueva familia, vino el cambio de país, adaptarse. Juntos llegamos a la conclusión que, al ver el parecido de esta nueva niña con la que había perdido gatilló algo en su emocionalidad y después de tantos años pudo llorar lo que no había llorado a tiempo.

Comentarios del autor del relato

Me llamó la atención este caso porque la información a la que tuve acceso era algo muy inesperado y sorprendente, sabía que algo estaba pasando, pero nunca imaginé la historia que estaba a punto de escuchar. La forma de expresarse y actuar de este joven colombiano coincide con la cultura de los hombres latinoamericanos, bastantes reacios a llorar y menos en público, pude darme cuenta que para él no fue fácil mostrar su lado más frágil y vulnerable, no obstante lo hizo. Sentí el privilegio y la responsabilidad de poder acceder a algo tan profundo.

En varios comentarios pude vislumbrar una formación que podría interpretarse como machista en el usuario, por lo que su apertura fue un hecho casi fortuito, no es el tipo de personas que recurriría a un profesional de la salud mental. Por coincidencia o quizás por este hecho al poco tiempo la familia regresó a Colombia.

Quedé inquieta sobre las reales oportunidades que tiene un migrante para tener acceso a una salud integral, donde se valore el cuidado de su salud mental, siempre nos quejamos que muchos profesionales de la salud ven solo el “órgano enfermo y no al ser humano integral”, y esa misma mirada se replica tanto en los sistemas de salud como en la cultura latinoamericana; en esta familia según nuestros objetivos sanitarios deberíamos enfocarnos en la embarazada y su bebé, también en el niño de 3 años, pero no siempre tenemos a la vista que detrás del “paciente” hay una familia, creo que escasas veces se les pregunta ¿cómo están todos en la familia? Como ejemplo puedo relatar las muchas veces que he detectado que se le ha entregado Fonasa solo a la embarazada y ni siquiera han preguntado si hay algún otro miembro de la familia con necesidad de cobertura de salud. Si sumamos la resistencia de muchos varones a consultar más lo invisibles que son para los sistemas de salud, el panorama no es muy esperanzador.

Esta historia devela en buena medida las necesidades específicas que caracterizan a las personas migrantes y a la vez cómo van a cuestionar nuestros propios sistemas de salud. Por una parte, tenemos la presencia de un hombre joven en un espacio de salud, lo que no se ve tan a menudo, sobre todo vinculado con el embarazo de su pareja y el nacimiento de una niña. Como bien registra el relato, muchas veces asumimos que esos hombres no tienen necesidades de salud y mucho menos de salud mental si asisten en calidad de acompañantes, reproduciendo así el estereotipo del hombre invulnerable que sostiene a la familia. La posibilidad de abrir el diálogo, reconocer la especificidad de cada sujeto y recoger las experiencias vividas antes y durante la migración son fundamentales para poder garantizar una salud integral y de calidad a todos los usuarios del sistema.

Es importante visibilizar la especificidad de género que está en las necesidades de salud, más allá de la atención de la salud materna y reproductiva de las mujeres. Poder visibilizar las necesidades en salud mental de la población migrante, vinculando el otro factor presente en esta historia que es la salud masculina, alejándonos de los peligros de reproducir los estereotipos de género que a través de una atención que pierde su foco del sujeto. De esto destaco los siguientes elementos para la reflexión:

La importancia de integrar salud mental desde una perspectiva intercultural en la atención primaria.

La importancia de abordar a los usuarios desde una óptica de género que contribuya a generar igualdad y romper estereotipos nocivos para la salud de los sujetos.

La importancia de conocer los contextos culturales y proveniencia y las historias de salud provenientes de un registro remoto, más allá de la anamnesis de rutina que suele buscar la identificación del síntoma y la patología. Relevar aspectos como desastres naturales o motivos de la migración, para visualizar posibles capas de vulnerabilidad.

Importancia de visualizar las necesidades de salud de los núcleos familiares como conjunto y no como individuos aislados.

Estos elementos creo que se pueden superar a través de la instalación de un modelo de atención en salud consciente y formado en los distintos elementos propios del proceso migratorio mirándolo, además desde una perspectiva de género que debe instalarse también en la atención de usuarios nacionales. Una mejor coordinación con salud mental, atención primaria y también salud materno infantil son claves para poder mirar estas situaciones desde una perspectiva holística, en las que el sujeto no se pierde por medio de su segmentación, sino que es incorporado y abordado desde su especificidad e integralidad.



2. Enfermar en el camino: Cambio de planes, extrañar el hogar y seguir adelante.

“Emigrar es siempre dismantlar el centro del mundo, y mudarnos a uno de sus fragmentos, a uno solo y desorientado”.

John Berger, 1984



Relato 40: “El olor del chocolate”

Autora: Valeria Sequeida

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 29 años

Nacionalidad: Colombiana

Ocupación: Inactivo, escolaridad completa

Tiempo en Chile: Hace 8 meses

Redes de apoyo: Sin familiares en Chile, vino al país a trabajar

Testimonio

Conocimos a esta paciente en el hospital luego de ser derivada por oncología. Se le había diagnosticado recientemente una neoplasia que requeriría procedimientos invasivos, entre ellos la instalación de una gastrostomía para ser alimentada directamente al estómago hecho que en particular le generaba mucha angustia.

Al momento del encuentro se encontraba con mucho dolor en la boca. Habían comenzado sus sesiones de radioterapia. Estaba con imposibilidad de comer. Nos contó que vivía en un departamento con una amiga y trabajaba en un almacén. Le preocupaba principalmente no perder su trabajo mientras estaba en tratamiento por lo que había organizado que su hermana viniera desde Colombia a ocupar su puesto. Al referirse a esto sus ojos se llenaban de lágrimas, nos dijo que se sentía muy frustrada de no poder seguir trabajando, no quería estar enferma, le había costado mucho llegar a la estabilidad que hoy estaba comenzando a tener, le dolía sobre todo que su familia estuviera preocupada, que su madre tuviera que venir a acompañarla y cuidarla.

Dijo con tristeza que tenía ganas de comer dulces. Tenía entre el pijama y el abdomen dos huevos de chocolate “los estoy calentando para sentirles el olor”.

Siempre es difícil para los equipos clínicos tratar a pacientes oncológicos particularmente cuando son jóvenes, en este caso en particular había algunas otras variables como el enfermar en pleno proceso de aculturación, lo traumático que puede resultar el vivir el dolor, la discapacidad lejos de los tuyos.

En el enfermar, las personas ponen en marcha las estrategias de afrontamiento (coping), que van a depender de sus propios recursos, de su personalidad, sus experiencias pasadas. En el caso que revisamos en particular la paciente se estaba viendo sobrepasada debido a su aislamiento y falta de acceso inmediato al soporte familiar. Había muchos factores que le generaban angustia, mucho de lo que hacerse cargo y organizar, presentaba dificultades para delegar en otros lo que resultaba comprensible dado la posición en la que se encontraba. Se le explicó que teniendo un contrato tenía derecho a un subsidio por discapacidad laboral, que no podría ser despedida de su trabajo, que se le darían los tratamientos necesarios.

La inquietud que nos quedó es acerca de cómo habrá sido su evolución, ¿habrá sido efectivo el tratamiento, habrá habido secuelas, habrá podido volver a trabajar? Reflexionamos respecto de lo doloroso que resulta el enfermar, el quiebre del proyecto vital y más aún en un país que no es el tuyo, en un sistema de salud que no conoces, con otras claves sociales y otros tiempos. En cómo todo esto generaba estrés a la paciente.

Las personas que migran lo hacen, generalmente, con un objetivo claro, el cual es la mayoría de los casos mejorar sus condiciones de vida. Esto implica proyectarse en el país receptor como personas activas, que se insertan en el mercado laboral y logran con ello generar ingresos para sí mismas y para sus familias en el país de origen. El relato presentando da cuenta de una realidad poco visibilizada, la cual es la situación que viven personas migrantes internacionales que enferman gravemente fuera de su país de origen. Esta posibilidad, pocas veces anticipada por el sujeto migrante, lo expone a una serie de vulnerabilidades que van más allá de las referidas estrictamente a su situación de salud, abarcando aspectos como la falta de redes en las cuales apoyarse, la inestabilidad laboral, y sobre todo el desconocimiento del sistema de salud frente a situaciones de gravedad como lo es un cáncer.

Situaciones como las relatadas dejan en evidencia la necesidad de que las personas migrantes internacionales cuenten con la mayor cantidad de información respecto al sistema de salud, en cuanto a disponibilidad, acceso, derechos y beneficios. Para esto, se requiere que la comunidad en su conjunto, tanto nacional como extranjera, se organice junto con el sistema de salud para generar estrategias de divulgación respecto a las normativas y leyes que rigen el acceso a salud de personas inmigrantes. Por otra parte, sensibilizar al sector salud, sobre todo del nivel hospitalario, respecto a las necesidades de salud de personas migrantes internacionales con patologías graves, para que los trabajadores de salud sean conscientes de las vulnerabilidades que enfrenta esta población, y para que puedan brindar una atención culturalmente pertinente. Por último, generar espacios de comunicación efectiva entre atención primaria y hospitalaria, que permita un seguimiento y acompañamiento efectivo de los casos de enfermedad de las personas migrantes.

La vulnerabilidad que siente la mujer se traspa en cada palabra del relato. Esta joven colombiana nunca imaginó que su proyecto migratorio derivaría en un cáncer fuera de su país, lejos de su familia y de sus redes afectivas. Sentir su dolor y, a la vez su angustia por las repercusiones de su enfermedad en sus ámbitos laborales y personales conmueve de sobremanera. Se requiere instalar en los trabajadores de la salud las herramientas necesarias, tanto de conocimiento técnico respecto a los derechos en salud de población inmigrante, como de trato humano a personas de otras nacionalidades que se encuentran solas y vulnerables frente a su enfermedad. Para esto, se necesita capacitar al personal de salud de todos los niveles, para que puedan enfrentar situaciones como las del relato y sean un apoyo efectivo para personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad.



PROHIBIC
FUMAR



Relato 41: “Abandono”

Autora: Ligia Gallardo

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 35 años

Nacionalidad: Haitiana

Ocupación: Mueblista ocasional

Tiempo en Chile: 2 meses

Redes de apoyo: Único apoyo es su hermana con quién vive, quien lleva un año en Chile y lo ayuda a comunicarse, tiene esposa e hijo en Haití

Testimonio

A entrevista acude el paciente y su hermana, ella habla fluidamente español y lo trata con mucha ternura. Ella es menor, pero en estas circunstancias ejerce como responsable y soporte emocional para él; mientras ella habla él trata de comunicarse con sucesivas sonrisas, logramos una comunicación verbal con ella y no verbal con él. Lo primero que detecto al entrar a mi oficina es la amputación de sus dedos, la mano con vendas. Ella me relata que la amputación de sus dedos fue en un taller de muebles ubicado en esta zona de Santiago, donde el paciente trabajaba sin medidas de seguridad hace solo dos semanas “a prueba”, no tenía contrato ni siquiera cuenta con datos precisos de nombre o dirección exacta de donde se ubica el taller. Según me cuentan una vez sucedido el accidente, el “jefe” y un compañero de trabajo, este último también haitiano, lo trajeron a la urgencia de este Hospital, mientras venían en camino, ellos le decían que no lo iban a abandonar y que lo iban a ayudar, no obstante, hicieron todo lo contrario, dejándolo solo sin posibilidad de comunicarse en tiempos que no contábamos con facilitador lingüístico en este hospital.

Al momento de la entrevista el paciente ya estaba de alta, luego de 3 días de hospitalización, requería controles en traumatología y posiblemente rehabilitación, no contaba con RUN pues no tenía Permiso de Residencia, el trabajo en que estaba a prueba era su opción de contar más adelante con un contrato que le permitiera optar a visa. Su comuna de residencia no pertenece a las comunas atendidas por este Hospital; su accidente era evidentemente un Accidente Laboral, no obstante, era imposible obtener los antecedentes de su empleador, no sabían su nombre y cuando trataron de ubicar el “taller”, el sitio estaba vacío y nadie les supo decir qué había pasado con ellos.

Elaboramos un plan de intervención que implicó conseguir visa por tratamiento médico, aseguramos que no habría cobros, y se solicitó permiso a Dirección de Hospital para que este paciente pudiera continuar sus atenciones post- quirúrgicas en el hospital a pesar de que debiéramos derivar a otro hospital según domicilio. Se trabajó con este par de hermanos durante meses, hasta lograr resolver los aspectos más relevantes.

Me impactó el relato de cómo se había abandonado en una urgencia a un ser humano herido y sin poder comunicarse. Aprendí mucho con ellos, lo que no está relatado es que hubo un largo camino para lograr por fin ubicar a quien lo había contratado y denunciar en Inspección del Trabajo. Este caso me marcó además porque yo estaba haciendo las primeras charlas y capacitaciones sobre atención y acceso a salud de personas migrantes, en ese contexto hablé con estos hermanos y solicité permiso (consentimiento) para contar su historia y tomarles una foto para mis exposiciones a otros funcionarios, ellos aceptaron encantados pero para mi sorpresa solicitaron que la foto fuera otro día, ocasión en la que llegaron bastante arreglados, su postura corporal para las fotos denotaba una gran dignidad y el paciente en todo momento escondió la mano en que tenía la amputación. Ellos me enseñaron mucho: no había pensado que se tomarían tan en serio su rol de caso emblemático, y que asumieron esa responsabilidad con la mayor dignidad, les agradecí la lección.

En el hospital en que trabajo ya había logrado establecer algunos criterios, que me permitió tener una continuidad en el cuidado, de no ser así, me parecía violento decirle a este hombre que debía pagar en forma particular su atención y dejarlos con una deuda después de todo lo que habían pasado o que ya no le correspondía ser atendido por nosotros y derivarlo. A veces el sistema de cómo se organiza la salud pública no está alineada con los discursos de respeto a los derechos de los usuarios.

Después de atenderlo estuve más alerta de tantos casos de hombres jóvenes que llegan a nuestras urgencias con accidentes, el miedo que les da decir la verdad, que se accidentaron trabajando en forma precaria. Constatar que esto ocurre más frecuentemente de lo que quisiéramos reconocer me hace reflexionar en el rol de la atención hospitalaria dentro de las redes asistenciales, siempre se le da mucho énfasis al papel de APS para atenciones de embarazadas y de niños, pero en temáticas como Migrantes, los accidentes y situaciones de real urgencia nos hacen ver el rostro más vulnerable de los seres humanos, y no siempre los equipos de salud estamos a la altura.

Mucha de la migración que Chile ha recibido en los últimos años es laboral, las personas vienen en busca de una mejor calidad de vida para ellos y sus familias, y contrario a lo que se suele mostrar en los medios, las personas migrantes en su gran mayoría buscan siempre los medios formales y legales para desarrollar su proyecto de vida. Sin embargo, para una persona migrante que desea trabajar la legislación migratoria vigente solo le permite la regularización por medio de una oferta o contrato de trabajo, al tiempo que no permite trabajar a aquellos que no estén regularizados, por lo cual la mayoría de las personas, sobre todo quienes están en una mayor exclusión, quedan atrapados en una situación de extrema vulnerabilidad, pues pasan meses en busca de empleo pero no les contratan porque no tienen visa y no se pueden regularizar porque no han encontrado un empleo. Los vacíos legales y los largos procesos administrativos que implica la regularización fomentan la irregularidad, los abusos, la formación de mafias que se aprovechan de los migrantes que poco hablan español, que no conocen sus derechos y que tienen poco acceso a la información sobre la institucionalidad y el mercado laboral.

Gran parte de la población haitiana vive una mayor exclusión que otras particularidades migrantes, surgen fácilmente discursos y medidas que hacen distinción por color de piel, que, aunque se justifiquen razonables esconden reacciones racistas, clasistas. Además, es indudable que existen barreras idiomáticas y culturales que hacen más compleja su integración laboral y social, sumado a que suelen vivir en condiciones de hacinamiento crítico y precariedad habitacional. El sistema de salud debe contar con intermediadores culturales, materiales de difusión accesibles a la diversidad cultural que existe en Chile, y ante un aumento de demanda es necesario que exista presupuesto asignado para dicho fin, el sistema de salud no puede depender de la buena voluntad de las organizaciones o de personas particulares para cumplir con su trabajo.

La construcción de criterios para priorizar casos que requieren una exoneración de pago; la capacitación de los equipos de salud; la construcción de estrategias de información y prevención difundidas a través de los canales que utilizan las personas migrantes como Facebook o Whatsapp; fortalecer, formalizar las alianzas y el trabajo en red con otras organizaciones especializadas en atender a ciertas poblaciones y plantear alternativas de intervención territorial en donde se aborden los desafíos más sistémicos en coordinación con los actores institucionales pertinentes pueden ser líneas de acción a desarrollar en el corto y largo plazo.

Lamentablemente el relato podría ser el mismo relato de muchas personas haitianas en Chile. En el Servicio Jesuita a Migrantes recibimos casos como este frecuentemente. Distintos centros de salud se contactan con nosotros en busca de redes que les ayuden a resolver los enormes desafíos que representan estas situaciones.



Relato 42: “Cambio de planes”

Autora: Ligia Gallardo.

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

Nacionalidad: Peruana

Ocupación: Inactiva

Estado civil: Soltera

Antecedentes médicos: Desfarramiento de ambas extremidades inferiores producto de atropello

Tiempo en Chile: 1 mes

Redes de apoyo: Amigos de su madre y tía; luego personal de 2 hospitales involucrados. Antes del accidente vivía con su tía embarazada, luego llegó su madre

Testimonio

La paciente vivía junto a su madre viuda y hermanos en alguna localidad de Perú. Son personas modestas, dependen del trabajo de su madre. Una de sus tías, también peruana, se encontraba trabajando en Argentina y quedó embarazada, razón por la que decidió viajar por tierra hacia Perú para que su hija naciera en su país. El trayecto que tenía programado era pasar por Chile hacia su país, pero una vez que estaba en Chile, presentó algunas molestias y le recomendaron no realizar un viaje tan largo por tierra dada su condición de salud, así que tuvo que optar por tener a su bebé en Chile y luego viajar hacia Perú; es así como llamó a su sobrina (la paciente) y le ofreció que viniera a conocer Chile, se quedarían juntas con unas amigas hasta el nacimiento, y luego viajarían ambas hasta Perú con la recién nacida.

Tanto sobrina como la tía llevaban muy poco tiempo en Chile cuando ambas fueron atropelladas por un bus de transantiago: la condición de ambas era de extrema gravedad, y fueron llevadas por ambulancias una a Hospital Sotero del Río donde nació la niña que llevaba en su vientre, quien también quedó hospitalizada con máximos cuidados y la otra a este Hospital. En marzo de 2014, pasado unos días del accidente, entrevisté a la madre de la paciente, acompañada de un tío. Ambos habían viajado de urgencia desde Perú para venir a acompañar a sus 2 familiares hospitalizadas, estaban emocionalmente devastados.

En un primer momento el pronóstico de la paciente era de riesgo vital, luego fue evolucionando y el equipo de traumatología debió decidir si amputar o tratar de salvar ambas extremidades inferiores de esta joven. La paciente estuvo hospitalizada por varios meses, se le realizaron varios aseos quirúrgicos, fue sometida a una serie de cirugías traumatológicas y estéticas hasta que lograron reconstruir sus piernas. Mientras ella era intervenida y re-intervenida su madre se quedó en Chile abandonando su trabajo en Perú, por esta razón no solo debimos solicitar permiso de residencia para la paciente y su tía sino también para su madre, ya que el tiempo de estadía en el país sobrepasaría el tiempo destinado a “turismo”.

Como la paciente estaba hospitalizada en este establecimiento y su tía y prima en el otro hospital, la madre de la paciente debía correr entre ambos establecimientos para prestar ayuda a todas. Luego de unos meses además fue dada de alta la lactante, por lo que las visitas y los traslados entre ambos hospitales aumentaron en complejidad para la única responsable de todas ellas.

En el tiempo de estadía de la paciente, la familia fue empobreciéndose, como no tenían residencia en Chile fue un gran problema conseguir un lugar donde se pudieran quedar todas las mujeres mencionadas, las noticias que llegaban de Perú tampoco eran alentadoras, allá también estaban subsistiendo de forma precaria sin el único ingreso familiar que lo aportaba esta Jefa de Hogar que tuvo que trasladarse a Chile, ella tampoco podía trabajar acá, porque estaba todo el día cuidando y/o visitando a estas 3 pacientes.

Comentarios del autor del relato

Es uno de los casos más intensos y prolongados en el tiempo que me han tocado hasta ahora, cada cierto tiempo presentaba nuevos desafíos: el problema de vivienda, no tener dinero para pagar la visa luego de todo lo que nos había costado obtenerla, la relación entre la paciente y el equipo de salud y porque no decirlo los altos costos de su tratamiento. Con este caso aprendí que la Ley de Accidentes de Tránsito no requiere que las víctimas tengan RUN y también aprendí que los equipos médicos y de compras de los hospitales requerían tener esta certeza para poder hacer bien su trabajo. Fue de gran ayuda dentro de todas las dificultades contar con el Seguro de accidentes, permitió dar luz verde a lo que fuera necesario para la recuperación de la paciente.

Contamos con una madre muy colaboradora y con una gran fuerza interior, se quebraba y lloraba en mi oficina cada cierto tiempo, pero sin alguien como ella no habríamos obtenido el mismo resultado. Excepto eso todo jugaba en contra, la falta de recursos, la desesperación de ni siquiera tener un espacio suficientemente amplio para que la paciente entrara con silla de ruedas, ya que el lugar en que estaban de allegadas era muy pequeño, las sucesivas hospitalizaciones de la niña que nació en el accidente, la distancia física entre un hospital y el otro que agotaba en extremo a la única cuidadora. En algunos momentos el panorama era muy abrumador. También la relación entre el equipo médico y la madre de la paciente, que también se vio afectada por la forma vertiginosa que era intervenida la joven y los permanentes traslados entre los 2 hospitales. Recuerdo por ejemplo que en alguna ocasión la madre de la paciente me manifestó su preocupación por la salud mental de su hija: estaba consciente, pero notaba que a ratos hablaba cosas incongruentes. Levanté esta inquietud hacia el médico tratante y propicié un espacio para hacer consultas, y él nos explicó a ambas que esa incoherencia era efecto de las altas dosis de morfina que debían administrar a la paciente para que pudiera sobrellevar las consecuencias de las dolorosas intervenciones: tanto el médico como la madre agradecieron esta oportunidad para poder conversar sobre lo ocurrido, lo que se estaba intentando hacer y tener los primeros atisbos de lo que ocurriría a futuro.

Provocó reflexionar sobre cómo tras esta paciente existía un sistema familiar afectado en varios aspectos con un evento de salud de estas proporciones. En este caso, este lamentable accidente provocó un desmedro económico de todo un grupo familiar, y requirió que se reorganizaran los roles y de la solidaridad de personas que no eran familia directa pero que también se vieron involucradas en estos problemas. Por otro lado, hasta antes de este caso en este hospital no se sabía que los seguros de accidentes de tránsito también cubren a extranjeros, noté cómo la presencia o ausencia de esta información puede llevar a distintos resultados, así como tranquilizar o no a la familia y a los mismos equipos médicos. Es evidente que sin el dinero del Seguro de Accidentes se habría brindado atenciones médicas a la paciente, pero el escenario habría sido distinto, y el reconocer este hecho me hizo considerar la relevancia de socializar esta información.

Comentario de experto: Katherine Vásquez

A nivel muy genérico, manifestar que la llegada de jóvenes por el interés que genera el país a nivel del turismo y las posibilidades de desarrollo personal es importante. De ahí que sea relevante mirar a este grupo etario con gran interés, la prevención del embarazo adolescente, el autocuidado, las enfermedades de transmisión sexual, entre otros, deben ser temas que se traten por igual tanto con jóvenes chilenos como extranjeros y/o turistas.

Es evidente en casos como estos, que Chile carece de políticas de tercera generación que vinculen al sistema de salud con otras políticas públicas de protección social y con el Ministerio del Interior para que casos como el expuesto sean intervenidos de manera integral y no se les exponga a una doble vulneración por falta de apoyo gubernamental. El desafío involucra un trabajo multisectorial, donde exista la participación del municipio a través de sus oficinas de migrantes, el consulado, el departamento de extranjería y migración, los centros de salud primarios y todos los servicios públicos involucrados según el caso, que trabajen unidos para que de esa manera faciliten una intervención eficiente y a la vez eficaz.

El trabajo informativo y de sensibilización es una herramienta muy efectiva para combatir el primer desafío planteado, las escuelas, las organizaciones de la sociedad civil, los CESFAM, las oficinas de turismo, entre otros, son aliados a la hora de compartir la información y por su parte, las campañas publicitarias, los videos de sensibilización, etc., son métodos que podrían utilizarse para proteger a los jóvenes y promover el autocuidado. Esto se propone a partir de la experiencia de trabajo de las oficinas de INCAMI en el norte de Chile, donde este tema toma relevancia y es una arista fuerte de trabajo.

Es importante entender que los fenómenos sociales, entre ellos la migración, son multifactoriales y se requiere reflexionar soluciones integrales. Por ejemplo en este caso no solo se encuentra la temática de salud de las afectadas sino que se amplía a la familia y encontramos a una mujer con ausencia de redes, desempleada, con dificultades de visa y sin ningún subsidio que le permita sostenerse ante esa eventualidad sufrida y vemos como varios sectores públicos tienen injerencia en el caso y como los mismos funcionarios naufragaron en la búsqueda de una residencia, en comprender el seguro de accidentes y como la vivienda también era un tema importante. Esto invita a tener oficinas interdisciplinarias de acompañamiento que establezcan redes de trabajo con los sujetos y los otros organismos.

El municipio y el consulado son claves cuando no existen redes para brindar asistencia y apoyo social y el departamento de extranjería y migración como encargado de brindar las visas debe considerar que los casos de tratamiento médico mantienen dificultades para acreditar sustento económico y ese tipo de casos es común en las oficinas jurídicas de INCAMI, familiares que no consiguen empleo, que destinan su tiempo al cuidado del enfermo y que a su vez se ven impedidos de conseguir residencias. Debiese bastar con la certificación de la institución de salud precisamente para facilitar las cosas para la persona y su familia o apoderados.

La visa por tratamiento médico es de difícil obtención cuando no se cuenta con familiares de apoyo, porque precisamente uno de sus requisitos es acreditar sustento económico, cuando es muy probable que un migrante no cuente con redes que presenten a su favor una declaración de expensa y es muy difícil que estén empleados de manera formal para acreditar sus ingresos. En este contexto, el sistema de salud es el principal actor para poner sobre la mesa las problemáticas que viven los migrantes en salud y este es un tema urgente para resolver.

La dificultad para encontrar empleo y junto con ello ausencia de recursos económicos y de redes por parte de la madre, invita a tener mesas multidisciplinares que brinden un acompañamiento y gestionar capacitaciones permanentes para mantener informados a todos los funcionarios respecto de leyes tan importantes como la ley de seguros de accidentes que involucra directamente al sistema de salud, pero también les permita acercarse a temáticas como las relacionadas a la migración y a protección social en general.

494

DEPTO. EXTRANJERIA

SE ARRIENDA
PIEZA
CAMA & CABILLO
905580585

SE ARRIENDA
PIEZA

SE ARRIENDA
PIEZA

SE ARRIENDA
PIEZA

SE ARRIENDA
PIEZA



3. La salud del migrante internacional: un enfoque de derechos

*“Cuando uno se marcha, se da cuenta de que hogar
No es de dónde vienes
Ni a dónde vas.
Llevamos la casa a cuestas
Y a veces son tan empinadas y estrechas
Que las abandonamos a mitad de camino”*

Elvira Sastre, Lugar. Casa, Hogar. Baluarte, 2014.



Relato 43: “El valor de la visión”

Autora: Ligia Gallardo

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 9 años

Nacionalidad: Peruana

Ocupación: Estudiante

Antecedentes médicos: Trauma ocular que implicó que perdiera la cristalina de uno de sus ojos.

Tiempo en Chile: 4 meses

Redes de apoyo: Abuela destaca porque lleva más tiempo en Chile, también está su abuelo materno y su familia nuclear.

Testimonio

El niño y su familia llegaron a Chile hace 4 meses, los abuelos están sin trabajo estable, solo labores ocasionales, solo el padrastro consiguió trabajo con contrato y están realizando los trámites para visa temporaria, al momento de la entrevista había dudas sobre algunos documentos requeridos. La vivienda que ocupa la familia funciona además como un pequeño taller de muebles, dato que resulta relevante al explicar cómo ocurrió el accidente: el paciente junto a otros niños jugaban con una herramienta que dispara una especie de clavo diminuto o corchete, y este proyectil fue el que impactó en el ojo del niño provocándole mucho dolor.

Fue llevado a SAPU de su comuna, donde fue evaluado por médico de turno quien les recetó ibuprofeno y los envió a su casa. La familia se dio cuenta que el dolor del niño no aminoraba y al día subsiguiente lo volvieron a llevar a SAPU, esta vez fue derivado de Urgencia al Hospital Sotero del Río, y desde allí a Hospital Salvador para Unidad de Trauma Ocular. En ese último hospital determinaron que requería una cirugía, que explicado por palabras de su abuela significaba que había “perdido la cristalina” y que debían comprar una especie de “lente” que la remplazaría. Por tener domicilio en La Granja fue derivado para hospitalización en este establecimiento, desde donde era llevado a diario por ambulancia al hospital Salvador para su tratamiento.

Más allá de la delicada situación médica, me fue derivado el caso porque al no contar con permiso de residencia (estaba en trámite con algunos obstáculos por los timbres de las

partidas de nacimiento) y por tanto no tener RUN, en cada visita al Hospital su abuela debía pagar o firmar pagarés. Ella me relata que la primera ida a Hospital El Salvador pagó \$27.000 y firmó un pagaré de \$500.000, el segundo día pagó \$18.000, el tercer día pago otros \$18.000. Y ya no tenían recursos para pagar.

Rápidamente nos comunicamos con Departamento de Extranjería y Migración (DEM), y logramos acelerar al máximo la obtención de la visa para el niño, en forma paralela movilizamos distintos actores para ver si se le podía otorgar un número de identificación provisoria al niño, alternativas que estarían dentro de los próximos días. Cabe señalar que nos encontrábamos en tiempos en que aún no existía Decreto 67.

Con mucha esperanza realicé una breve derivación explicando la situación actual del niño y las alternativas que se estaban generando para que a la mayor brevedad ya no existieran obstáculos para su atención, solicitaba el NO cobro y pedía que me llamaran ante cualquier duda y se lo entregué a la familia del paciente para que lo llevaran al otro día cuando acompañaran al niño a su visita al hospital. Al día siguiente me llaman desde Pediatría para contarme con mucha angustia que la ambulancia con el niño fue devuelta de inmediato, recuerdo la voz de la pediatra preguntándome si no podíamos hacer algo más mientras me decía “el niño va a perder su ojito, ¡y no lo atienden!”. Lo que había ocurrido es que, a pesar de los esfuerzos realizados, como la familia no tenía dinero para pagar, el niño no fue atendido, ese día él cumplía 9 años.

Para no dejar esta historia con un final tan triste, resumiré que finalmente tras llamados a DEM, MINSAL y a todos los contactos relacionados con migración y salud se logró eliminar el pagaré firmado por su abuela, y una vez obtenido Fonasa se pudo continuar el tratamiento. Después de un tiempo traté de comunicarme con la familia para saber si habría recuperado su visión, no obstante, ya no vivían en el mismo domicilio, sus teléfonos estaban fuera de servicio, y por llamado recibido de su colegio supe que ellos también trataban de dar con su paradero, no logré saber si seguían o no en Chile o habían regresado a su país.

Comentarios del autor del relato

Debo reconocer que elegí escribir este caso porque ahora que tenemos el Decreto 67 podemos olvidar lo que enfrentaban las familias y los equipos de salud cuando veían que se le cerraban las puertas a los migrantes solo por no tener medios para pagar. También porque nunca he olvidado el hecho que cumplía 9 años, ni mi rabia con el personal que tomó la decisión de devolver al niño en la misma ambulancia.

También lo recuerdo porque con casos como este se generaron conversaciones muy interesantes con los equipos clínicos sobre las dificultades que enfrentan las familias migrantes para obtener permiso de residencia, las demoras que tienen estos procesos, que es muy distinto a dar una indicación un día y esperar a que la próxima vez ya regresen con los RUN listos.

He reflexionado cómo sería el manejo de este caso este 2018 y claramente sería distinto, esto sucedió el año 2015 no había ni decreto 67, ni Referentes Migrantes en Hospitales ni en los Servicios de Salud, a quien denunciar que se estaban vulnerando los derechos de un niño. Mi sensación como profesional, compartida con el equipo de pediatría de mi hospital es que chocábamos con un tremendo muro que no se si definir como burocrático, sino financiero; compartimos por un par de días la vivencia de las familias que sentían que la salud no era un derecho sino un bien de consumo.

Una frase define mi interpretación de esta historia ¿Cuánto vale el ojo de un niño?, soy parte de un hospital público y también soy consciente que se deben cuidar sus recursos, no obstante me resisto a tomar decisiones que puedan perjudicar la salud o bienestar de un paciente por no contar con seguro de salud o falta de algún documento, o incluso porque su registro en FONASA dice que vive en otra comuna y “no nos corresponde atenderlo”, todas estas trabas administrativas no pueden estar por encima del derecho a la salud. Me inquieta que equipos de salud no estén centrados en las personas. En el caso descrito encontramos respuestas, pero me conmueve pensar que hay otros casos similares que nunca conoceremos a los cuales simplemente se les cerró el acceso y a nadie se le ocurrió preguntarse qué más se pudo hacer.

La llegada de niñas y niños migrantes nos enfrenta al desafío de analizar nuestras políticas públicas de salud y preguntarnos si realmente están diseñadas y se ejecutan desde un enfoque de derechos humanos, desde visiones universales y garantistas o, si, por el contrario, son más bien estrategias altamente focalizadas y situadas en el espacio tiempo de un territorio delimitado por el Estado-nación, porque para ejercer el derecho a la salud se precisa de la cédula nacional de identidad. Si bien el Ministerio de Salud ha creado varios instrumentos administrativos para ofrecer atención de salud a la población infantil migrante en Chile (Circulares, Decretos, etc.) no parecen ser suficientes, toda vez que pueden ser derogados. Lo que hace falta es una verdadera política pública (con leyes marco) que establezca la salud como un derecho y no como un bien de consumo; porque en la práctica, dependiendo del nivel socioeconómico se pagará y se tendrá acceso a ciertas prestaciones o no.

A nivel macro, se precisan cambios legislativos y la creación de políticas públicas de salud garantistas y universales con altos estándares de calidad, pero esto debe ir acompañado de otras estrategias de nivel micro. Por ejemplo, también es necesario que las y los profesionales de la salud se capaciten en cuanto a los paradigmas sobre los cuales se sustentan sus atenciones. Un enfoque biomédico hace que se vea a las niñas y los niños migrantes como seres incapaces u organismos respondientes; un enfoque bioeconomicista reducirá el fenómeno al pago de las prestaciones (como los seguros de salud). Creo que se debe avanzar hacia enfoques “amigables” con la infancia migrante, que vean a las niñas y los niños migrantes como actores protagonistas de las experiencias que están viviendo y como organismos integrales, donde las enfermedades o los síntomas forman parte de procesos migratorios integrales.

El caso del niño peruano de 9 años donde se le negó atención y tratamiento médico especializado refleja esta visión bioeconomicista de la política de salud chilena, por cuanto su familia tenía un bajo nivel socioeconómico y estaban en condición administrativa irregular. En mis publicaciones siempre he denunciado la precariedad habitacional en que vive la mayoría de las familias migrantes en Chile (al menos en el inicio de su proyecto migratorio familiar), lo que en este caso actuó como un agravante en el accidente del niño. También en este caso se evidencia cierta indolencia de parte del sistema de salud frente a las niñas y los niños migrantes, por la excesiva burocratización de la atención sanitaria, por sobre criterios de derechos y dignidad humana. Desde lo que yo he investigado, no me parece casual que se violente de un modo tan brutal -como la pérdida de la visión- a un niño migrante en condición administrativa irregular justamente el día de su cumpleaños. El sistema de salud debe humanizarse, solo de este modo, las personas, que son quienes finalmente componen un sistema, tomarán decisiones que garanticen ofrecer atención y tratamiento a las niñas y los niños migrantes más vulnerabilizados y dejarán de lado criterios economicistas que reproducen las jerarquías de poder de nuestra sociedad.



Relato 44: “La familia del corazón”

Autora: Ligia Gallardo

Datos de la persona

Sexo: Masculino

Edad: 13 años

Nacionalidad: Dominicano

Antecedentes médicos: Epilepsia, parálisis, retraso psicomotor

Tiempo en Chile: 2 meses

Redes de apoyo: Teletón, Centro de Rehabilitación, vive con abuelastro y familia de este último, todos chilenos

Testimonio

Un chileno de unos 55 años se fue a vivir a España, allí conoció y se enamoró de una mujer dominicana, ambos eran migrantes en Europa. Pasado un tiempo se fueron juntos a República Dominicana donde alcanzaron a vivir 3 años hasta que ella falleció. Esta mujer dominicana se había hecho cargo de su nieto (el paciente), un niño que nació con una serie de enfermedades que lo mantienen hasta ahora con severas dificultades motrices, por tanto, este niño se convirtió en el “hijo” de ambos.

Al fallecer su mujer, el chileno no tenía mucho más que hacer en República Dominicana y decidió regresar a Chile, para lo cual inició un largo proceso de trámites para obtener la custodia de este niño. Al momento de la entrevista yo no tuve mucho que hacer, ya que este tutor ya tenía bastante avanzado los trámites en Extranjería, estaban esperando solo la respuesta de la solicitud de visa, se había informado para llevarlo a la Teletón, de hecho, ya había conseguido la derivación y en forma paralela ya había comenzado tratamiento en un centro especializado de rehabilitación.

Ellos llegaron a mi porque una pediatra del Hospital los conoció en un centro de APS de este sector; y a la pediatra y a sus alumnas les impactó el compromiso de este cuidador con su paciente, y me solicitaron que lo ayudara, pues habían dudas sobre si tendría acceso a salud en todas los niveles que el niño requeriría; por lo tanto, mi rol se limitó a dar una orientación general sobre las dificultades que pudieran presentarse y cómo serían solucionadas y ofrecer mi ayuda en lo que pudiera presentarse. Noté que, aunque mi aporte fue escaso, trajo un gran alivio tanto para el cuidador como para el equipo de salud derivador.

Tengo aun viva la imagen del cuidador trasladando en brazos a este niño, luego al escuchar la historia pensé que el amor y el cuidado no saben ni de vínculos legales ni de fronteras. Cuando una conoce lo difícil que es el proceso migratorio, valora más la valentía con que este tutor enfrentó la toma de decisiones, escuchándolo hablar del paciente no podía imaginar una opción distinta a la tomada, el abandonarlo en República Dominicana nunca fue opción: es difícil explicarlo con palabras, pero en sus palabras y en su actitud había una gran fuerza que supongo fue lo que logró traspasar a un equipo de salud que estaba realmente preocupado de que a ambos les fuera bien.

Me gusta mucho este caso porque representa el derecho humano a migrar, cuando el cuidador se fue de Chile a buscar nuevas oportunidades no imaginó lo que la vida le tendría preparado. En resumen, este niño logró tener tratamiento de salud en España, luego en República Dominicana y ahora en Chile. No imagino otro final, ¿es como debe ser!, la única inquietud más bien hipotética sobre el caso es imaginar que al llegar a Chile le hubieran negado atenciones y derechos de salud solo por ser Migrante; lo que eventualmente puede ocurrir cuando no somos capaces de ver a la persona que está detrás de una interconsulta o de un frío dato en un sistema informático.

He usado este caso en capacitaciones en grupos de funcionarios que estaban resistentes a brindar atenciones a migrantes... cambié intencionalmente el final y luego de describir largamente la historia de amor y construcción de familia entre varios países, de relatar cómo el cuidador traslada con esfuerzo el cuerpo sin movimiento de este hijo-nieto adoptivo mi respuesta fue "no se puede atender porque aún no tiene cedula de identidad chilena", la reacción fue la que yo esperaba, quizás porque es un niño muy frágil, quizás porque hay un héroe chileno de co-protagonista de la historia o porque aún no se pierde el valor de la familia.

Algunos años después esa intervención ellos fueron invitados a un conversatorio de Migrantes en el Hospital, llegó el cuidador con su hijo en sillas de ruedas, estaba feliz con la obtención de la visa definitiva y los pequeños grandes logros obtenidos en todo este tiempo de rehabilitación.

Desde mi perspectiva como trabajadora social y considerando el contexto recién señalado, los desafíos que presenta el sistema de salud son variados en términos de complejidad en sus contenidos, procedimientos y tratamientos. En primer lugar, desde una perspectiva ética considero que toda política pública en salud tendría que incluir un enfoque intercultural que comprenda la importancia de la variable cultural en la atención a sujetos y familias migrantes. Otro de los desafíos claves en esta materia tiene que ver con la formación y sensibilización de los profesionales y funcionarios del ámbito de la salud, sobre todo en cuanto a la información sobre las directrices generales entregadas por el Ministerio, principalmente en regiones, que ha llevado a que algunas situaciones de vulneración de derechos se vuelvan mediáticas ¹⁹.

En el caso de este relato en concreto se observa un alto nivel de vulnerabilidad que radica en su triple condición: ser niño, migrante y en situación de discapacidad. Todo ello, trae complejas dificultades para el padre tanto para el tratamiento, rehabilitación y cuidado del niño. En este sentido, la intervención en red es clave en tanto propicia el despliegue de servicios y recursos públicos que podrían contribuir a una mejor calidad de vida para ambos. El desafío en este sentido estaría mediado por la capacidad de gestión y atención que pueda tener la Asistente social o el/la profesional a la hora de tomar el caso.

Conectado a lo anterior, estos nuevos desafíos estarían mediados por decisiones, acciones y sobre todo voluntad política en algunas áreas del Estado, en este caso concreto, en el sistema de salud chileno, relevando a su vez la importancia de la coordinación con otros sistemas y subsistemas ministeriales. De acuerdo a los resultados arrojados en investigaciones realizadas sobre espacios de atención municipal ³³ y sobre el acceso a servicios públicos para población inmigrada en varias regiones del país ³⁴, los resultados dan cuenta del rol clave que juegan los funcionarios/as públicos en la efectividad de los espacios de atención y acogida hacia las personas migrantes. Se vuelve necesario entonces generar espacios que propicien un fortalecimiento de las capacidades y competencias interculturales de los funcionarios/as y/o profesionales para la gestión y atención en los servicios de salud con enfoque intercultural. Por otra parte, propiciar programas de formación en pregrado y posgrado universitarios que aborden esta temática.

De acuerdo con la historia relatada, quisiera agregar que las vulnerabilidades ya descritas se profundizan aún más en el caso de un niño/a migrante en situación de discapacidad, lo que impacta fuertemente en la organización social del cuidado. De acuerdo a lo señalado por Arriagada y Moreno, la organización social del cuidado articula las esferas de producción del bienestar entre el Estado, mercado, familias y sociedad civil en la gestión y generación de recursos, así como la provisión diaria de bienestar físico, emocional y de salud a lo largo de todo el ciclo vital es clave en términos de cuidado ³⁵.



COMPRO
VEHICULOS
MOTORBIKES
011-4700-1111
MARTIN

13

Relato 45: “Encuentro solidario”

Autora: Ligia Gallardo

Datos de la persona

Sexo: Femenino

Edad: 23

Nacionalidad: Haitiana

Ocupación: Dueña de casa

Estado civil: Soltera

Tiempo en Chile: 2 años

Redes de apoyo: Escasa red de apoyo, su pareja está en Haití, peleó con pareja de amigos que eran los únicos que conocía en Chile, vive con otros haitianos

Testimonio

Llega paciente haitiana que no habla español, solo creole y francés, por lo que el relato lo realiza su acompañante, una señora chilena de mediana edad, quien además es acompañada por su hija, una niña de unos 10 años aproximadamente.

La paciente estaba embarazada y requería una ecografía como parte del control de su embarazo, en su centro de atención primaria le habrían entregado una interconsulta derivándola a este hospital para su realización, y ella habría perdido la hora asignada porque no comprendió lo que se le indicó. Al momento de intentar consultar en el mismo centro de salud, una funcionaria de ese centro de salud, que no sabemos si era profesional o técnico comenzó a gritarle y a retarla, la joven haitiana tenía rostro asustado y se notaba que no comprendía, por lo que otra usuaria chilena intervino en su defensa, recriminándola por tratar mal a la haitiana, según ella lo describe, le habría dicho: ¡no ve que ella no le entiende nada!, y como pudo logró algún grado de comunicación con ella. La funcionaria aún ofuscada le explicó a esta mujer chilena que la embarazada haitiana había perdido la hora, lo cual la señora chilena ofreció ayudarla para que ella no volviera a perder la hora, ¡ella la iba a acompañar! Aun así, la funcionaria se negaba a ayudarlas.

La mujer chilena no quedó conforme con esta respuesta y reclamó hasta que agotó a la funcionaria. Como última respuesta les dijo que vinieran al hospital “¡a ver si allá le dan hora!”, es así como terminó en mi oficina, en mi rol de Referente de Migrantes del Hospital. Para mi sorpresa, la hora que la usuaria había perdido nunca había sido agendada desde APS, por lo que tuve que explicarles que en el consultorio no habían hecho bien la derivación. La paciente se fue del hospital con una hora para la ecografía, a la que vino acompañada de esta nueva amiga chilena.

Comentarios del autor del relato

Este relato tiene varios elementos interesantes de analizar, me llamó mucho la atención la reacción de la funcionaria, tanto al comportarse de manera agresiva, sin siquiera pensar que la usuaria no estaba comprendiendo lo que ella le decía, solo lo no verbal... y luego al decidir arbitrariamente no darle una nueva hora dentro de la red pública de salud, obligándola a recurrir a un centro médico privado y a los altos costos asociados. Pregunté tanto en consultorio como en Hospital si hay alguna “norma” o “acuerdo” de los equipos profesionales que indique que se castigue de esta manera a las usuarias que pierdan una hora médica o de exámenes, y la respuesta fue categórica: no existe. Por lo tanto, la decisión tomada desde el enojo de la funcionaria era totalmente arbitraria.

El segundo elemento de este caso que llamó mi atención fue el papel de la usuaria chilena que fue capaz de orientar y defender a la mujer haitiana desde su propio conocimiento de los sistemas de salud: ella tenía incorporado la noción de derechos en salud y eso ayudó a que este caso no tuviera un resultado distinto al relatado; por lo que da sentido a la idea que el trabajo se debe realizar no solo con migrantes, sino con los propios chilenos. Un tercer elemento de análisis es el factor idiomático, lo evidente es cuestionarse por la falta de comprensión del español, pero me parece más relevante en este caso la comunicación no verbal... tratar de imaginar lo amedrentador que debe ser que te hablen fuerte y muestren enojo, aunque no comprendas qué está sucediendo.

Como funcionaria de salud me avergüenza este tipo de actitudes, es incómodo explicar tanto a la usuaria chilena como haitiana que los sistemas de derivaciones entre APS y hospital adolecen de este tipo de problemas y errores; que aun dependen de la aplicación de criterios de personas que no siempre están alineadas incluso dentro de las mismas instituciones. Y la segunda parte, comunicar esto a la referente comunal de Migrantes, y tratar que no quede en la anécdota o se piense que estamos acusando a alguien, sino que se saquen aprendizajes de esta situación.

La inquietud obvia es ¿qué habría ocurrido si la mujer haitiana no se hubiera encontrado con alguien que defendiera sus derechos?; mientras se realizan muchos esfuerzos para dar acceso de salud a las personas migrantes, un solo acto como el descrito podría significar que una mujer que además no habla español pudiera comprender que no tiene derechos en Chile, dejar sus controles de embarazo e incluso evitar acudir a Urgencia llegado el momento de requerirlo. Me cuestiona que tengamos que hablar de humanización de la salud, cuando para mí gusto no puede haber salud sin un trato humano y digno. Otra idea que me quedó dando vueltas, fue que nosotros los funcionarios de salud interpretamos ese papel impreso como interconsulta y esa anotación a mano como la fecha y hora en que debe acudir a atención, vale decir, estamos dentro de esta cultura de salud con sus propios códigos y lenguaje, y a veces eso nos limita la posibilidad de ponernos en el lugar del otro, de un otro que a veces hablando español no tiene por qué comprender esos significados que a nosotros nos parecen tan obvios.

Comentario de experto: Báltica Cabieses

Uno de los elementos más distintivos de la reciente inmigración a Chile es el cambio de perfil migratorio. En los últimos años ha destacado el aumento del influjo de personas migrantes internacionales de zona norte del cono sur latinoamericano y de Centroamérica. Este nuevo influjo trajo nuevos países de origen, nuevas culturas y tradiciones, nuevas formas de comprender la salud y la enfermedad y también nuevas características genotípicas y fenotípicas. Ver hoy caminando por cualquier comuna de Santiago a una persona afrodescendiente, por ejemplo, se ha vuelto parte del paisaje habitual, y con ello una nueva experiencia de lo que la migración significa y genera para los chilenos.

Un grupo de personas migrantes provienen de Haití. Este país es llamativo por sus diferencias con la mayoría de Latinoamérica en su conjunto: es el que tiene el PIB e índice de desarrollo humano más bajo y la proporción de ruralidad más alta de la región, tiene alta prevalencia de población afrodescendiente y su perfil epidemiológico es de país en vías de desarrollo con elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. Presenta una marcada tradición cultural por el vudú, que caracteriza una estrecha relación con la naturaleza y los antepasados, dando valor a la enfermedad y a la curación en tanto la relación sana o insana con estos elementos. Haití tiene como lengua nativa en Creol, dialecto cuyo origen proviene del francés. Las personas migrantes provenientes de Haití experimentan necesidades vinculadas al sistema de salud distintas a los demás migrantes de la región, y que por cierto desafía nuestro entendimiento y capacidad de respuesta a sus necesidades en Chile. Primero, el idioma, lo que ha generado la creación de “facilitadores interculturales y lingüísticos” que apoyan a la traducción en el encuentro de salud. Segundo, las diferentes prácticas de salud en Chile y Haití. Tercero, formas distintivas de cada cultura de expresar sus necesidades de salud y expectativas respecto del sistema de salud. Cuarto, y muy apegado a este caso, la cultura del encuentro humano en el sistema de salud, que muchas veces pone al usuario en posición de dominado y al trabajador de salud en posición de dominio. Dicha verticalidad trae como consecuencia, en algunos casos, falta de trato digno y humanitario como el que se presenta en este testimonio particular.

Un desafío pendiente en el sistema de salud chileno, anterior a los cambios de patrones migratorios actuales pero intensificado por este, es el de construir espacios de encuentro en salud que respeten la dignidad y honra de todo ser humano, independiente de su condición social, género, color de piel o estatus migratorio. Este principio esencial de relación humana, que ha sido infinitas veces vulnerado en la historia de la medicina, ha recurrido al enfoque de derechos humanos como un instrumento de estandarización y protección, reconociendo el respeto a la dignidad de toda persona como elemento central. Sumado a esto, cuando las personas que se encuentran tienen distintos sistemas de creencias socioculturales, entonces la dimensión de la interculturalidad se vuelve parte de este principio rector y debe protegerse y re-construirse en todo momento.



Sección V: Cierre y Reflexiones finales

*“No me voy de esta ciudad con la resignación de los visitantes en tránsito.
Me dejo atar, fascinado por ella a los recuerdos del presente...”*

Pena de extrañamiento, Enrique Lihn, Antología de paso, 1998.



Cierre y Reflexiones finales

En los testimonios compartidos a lo largo de este libro, y los respectivos comentarios y reflexiones de sus autores y de expertos en distintas disciplinas, se han podido identificar los desafíos desde tres perspectivas diferentes en torno a la atención en salud de la comunidad migrante internacional residente en Chile.

En la primera sección, “La voz del migrante”, pudimos acercarnos a la visión y experiencia de la comunidad migrante sobre los desafíos respecto a la inserción social, asentamiento y permanencia en el país, su relación con el entorno, la comunidad chilena y los sistemas de salud. Esto nos entrega luces importantes de sus necesidades para lograr una calidad de vida mejor en nuestro país, identificando problemas por resolver y desafíos a distintos niveles, como lo son la discriminación, las barreras de acceso al sistema de salud, las dificultades para encontrar un trabajo, acceder a una vivienda que cumpla con las necesidades básicas y entablar relación y compartir con otras personas de su misma nacionalidad y con experiencias similares.

En la sección II “La voz del trabajador de salud de atención primaria”, se identificaron las principales barreras para la atención integral de la población migrante basada en un enfoque de derechos humanos e interculturalidad, como lo son las limitaciones administrativas dentro de los establecimientos de salud para mantener la continuidad de la atención, las barreras idiomáticas y como abordarlas mediante la ayuda de un traductor o facilitador lingüístico, quien también tiene su contexto cultural propio que muchas veces puede interferir en el mensaje a entregar, las extremas condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentra muchas veces la población migrante y el desafío de como poder ayudar más allá de la derivación y la efectiva atención en salud. Queda la duda de si, al conectar con el sistema de salud, sea finalmente efectiva la derivación y la persona pueda recibir la ayuda que necesita.

Más allá de lo profesional, el impacto en el sentir humano del profesional de la salud al enfrentarse a estas situaciones de vulnerabilidad extrema proyecta sentimientos de tristeza e impotencia, y sobre todo preocupación por el paciente posterior a la atención. Es común el sentimiento de preocupación en los relatos de los profesionales, más allá de si se resolvió el motivo que lleva a consultar a la persona migrante, relacionándose también con la preocupación de si logró superar las adversidades relacionadas con su situación de vulnerabilidad y sus problemas personales. En este espacio de encuentro en salud, se abre la posibilidad de compartir de manera profunda la experiencia migratoria con el profesional, indagando de como ha sido su vida antes de migrar y ahora en el proceso, permitiendo conocer en mayor profundidad lo que la persona está viviendo e indagar más humanamente en sus verdaderas necesidades.

En la sección III, “La voz del trabajador de salud de atención hospitalaria”, llama la atención como muchas veces no es posible asegurar el derecho a salud de la población migrante por barreras administrativas y desconocimiento, cobrándose el costo de la atención a los pacientes, negando el acceso a la utilización de los servicios de salud y dificultando de múltiples formas el acceso a este derecho. Otro elemento importante de destacar es la falta de facilitadores durante la hospitalización de pacientes que no hablan español, como es el caso de la comunidad haitiana, dificultándose el recabar sus necesidades, entregar información sobre su estado de salud y entregar indicaciones para su mantención una vez dada el alta. El desconocimiento del paciente respecto a su estado de salud genera aún más sensación de miedo e inseguridad en un contexto ya de vulnerabilidad. Además, conocimos desde la perspectiva de distintos expertos, desde sus variados conocimientos y experiencias profesionales y de vida, los desafíos que plantea cada testimonio y como enfrentarlos, permitiendo un espacio reflexivo y crítico en torno al fenómeno migratorio.

Además de analizar el fenómeno de la migración en su impacto global político, económico y sanitario, urge una visión de su profunda complejidad humana. Dejar atrás el hogar y muchas veces la familia, con una maleta cargada de proyectos, sueños desafíos y miedos, para atravesar fronteras geográficas y simbólicas con el objetivo de comenzar una nueva vida lejos de la pobreza, la violencia, conflictos políticos y sociales, o simplemente en busca de una mejor vida, hace de este fenómeno algo mucho más complejo. Es urgente replantearnos esta situación desde la complejidad personal y social, concientizando a la población local y derribar mitos y prejuicios que llevan a actos y discursos discriminatorios. Esto, a su vez, es aplicable a la atención en salud, donde es necesario derribar las barreras que impiden el cumplimiento al derecho de la salud, que siguen perpetuando importantes inequidades entre la población migrante y la local.

Este libro, y cada uno de sus testimonios, son un complejo mundo de situaciones, vivencias, interpretaciones y recuerdos, que se van tejiendo lenta y consistentemente en el corazón de cada uno de quienes fueron parte de estos. Este libro, de esta forma, se convierte en material vivo, con sentido y propósito, que, si bien es de naturaleza académica, es esencialmente humano. Historias humanas, sensibles, profundas e irrepetibles, que al mismo tiempo nos conectan con experiencias propias como personas y como trabajadores de salud.

Como editoras de este libro, esperamos despertar el interés de los lectores en estos registros simples y directos, que sin grandes elocuencias logran plasmar lo que es hoy en Chile el encuentro intercultural en salud. Para nosotras, ha sido un honor dibujar este recorrido, dar forma a estos testimonios desde la voz de sus actores, y propiciar para cada uno de ellos, con cuidado y respeto, una reflexión sincera y comprensiva desde diversos expertos en la materia. Que sea este material oportunidad de encuentro humano, de diálogo, de debate y de formación profesional en salud y en disciplinas afines interesadas en el ser humano y su encuentro con otros en el espacio de la salud.

Bibliografía

1. Organización Internacional para las Migraciones. La migración en un mundo globalizado. MC/INF/268; 2003.
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Síntesis resultados de CENSO 2017. 2018.
3. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre. La migración como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas [Internet]. 1.ª ed. Universidad del Desarrollo; 2017 [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
4. International Organization for Migration, editor. Communicating effectively about migration. Geneva: IOM; 2011. 158 p. (World migration report).
5. Del Toro M. La Declaración Universal de Derechos Humanos: Un texto multidimensional. Primera edición. México, D.F: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México; 2012. 11 p.
6. García L. Migraciones, Estado y una política del derecho humano a migrar ¿Hacia una nueva era en América Latina? Colombia Internacional. 1 de septiembre de 2016;88:107-33.
7. Salud y derechos humanos [Internet]. World Health Organization. [citado 5 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
8. Alavez A. Interculturalidad conceptos, alcances y derecho.pdf. Cámara de diputados, mesa directiva. Vol. 1. México: Mesa directiva de la cámara de diputados México; 2014.
9. Cabieses B. Research on migration and health in Chile: pushing forward. Revista médica de Chile. agosto de 2016;144(8):1093-4.
10. MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 1982 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=4838>

11. Fundación El Paciente Inglés | ONG | Revalidar títulos en Chile [Internet]. [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.elpacienteingles.org>
12. Salud Migrantes [Internet]. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. [citado 6 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/salud-migrantes/>
13. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 6 de septiembre de 2018];37¹. Disponible en: <http://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0042-3>
14. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*. 2012;11(1):68.
15. Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millan JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients. *Journal of Immigrant and Minority Health*. junio de 2013;15¹:584-90.
16. Ministerios de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social. CASEN 2015 Principales resultados inmigrantes [Internet]. 2016 [citado 6 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf
17. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, junio de 2017;34:167-75.
18. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en salud primaria para migrantes internacionales: el caso de Chile. *Atención Primaria*. junio de 2017;49⁶:370-1.
19. Galaz C, Poblete R, Frías C. Políticas públicas e inmigración ¿Posibilidades de inclusión efectiva en Chile? Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2017.

20. Grau M, Margarit D. "La vulnerabilidad invisible de la Infancia migrante en Chile: Alcances y desafíos de las Políticas públicas en procesos migratorios". En: González y Cienfuegos Familias Transnacionales: Un campo en construcción en Chile. ECRANN Editores; 2017.
21. Perdone C. La maternidad Transnacional: Nuevas Estrategias familiares frente a la feminización de las migraciones latinoamericanas. Instituto de Infancia y Mundo Urbano (CIMU) – Universidad de Barcelona.; 2006.
22. Thayer L, Stang F. Entre la debilidad institucional y el voluntarismo individual: Reconocimiento parcial y derechos limitados en las políticas migratorias locales en Chile. En: ¿Para qué Descentralizar? Centralismo y Políticas Públicas en Chile: Análisis y Evaluación por sectores. Chile: Editorial Universidad Autónoma de Chile; 2017.
23. Balgopal P. Social Work Practice with Immigrants and Refugees. Columbia University; 2000.
24. Gómez Lechaptois F. Trabajo Social, descolonización de las políticas públicas y saberes no hegemónicos. Katál, Florianópolis. junio de 2014;17¹:87-94.
25. Latin American Studies Association: Proyectos especiales: Otras Américas/ Otros saberes. [Internet]. 2014 [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/members/special-projects/otrossaberesesp.asp>
26. Left E. Diálogo de saberes, saberes locales y racionalidad instrumental en la construcción de la sustentabilidad. En: Argueta, A, Corona, E y Hersch, P Saberes colectivos y diálogo de saberes. CRIM-UNAM, Universidad Iberoamericana-Puebla; 2011.
27. Zelpa F, López J. Diálogo de saberes, sabiduría ecológica originaria y desarrollo rural. Revista Derecho y Reforma Agraria Ambiente y Sociedad. 2011;37:149-71.
28. Reyes G, Et al. Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia; ARFO Editores e Impresos Ltda: Bogotá.; 2009.
29. Cruz-Marín J. Las migraciones indígenas y algunos efectos en las áreas naturales protegidas. [Internet]. Anuario Estadístico Nacional Migración en Chile 2005-2014, Departamento de Extranjería y Migración; 2011. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estad%C3%ADstico-Nacional-Migraci%C3%B3n-en-Chile-2005-2014.pdf>

30. Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011;9²:945-56.
31. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. *Carácteres estructurales*. 1992.
32. Lindenbaum S, Lock MM, editores. *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press; 1993. 428 p. (Comparative studies of health systems and medical care).
33. Palacios D, Rojas C, Poblete R. Funcionarios de primera línea y mediaciones de acceso a las prestaciones sociales y de salud de los Inmigrantes en la comuna de Independencia. Informe final de proyecto CIR1453. Universidad Central de Chile; 2016.
34. Galaz C, Frías C, Poblete R. Inmigrantes en Chile: oferta programática, participación, inclusión y vulnerabilidad. Informe final de Investigación. Licitación pública. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social, ID: 730566-23LE14; 2015.
35. Arriagada I, Moreno M. La constitución de cadenas globales de cuidado y las condiciones laborales de las trabajadoras peruanas en Chile. En: Stefoni, C *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.; 2011. p. 149-92.

Sección II: La voz del migrante

1. Familia: Nostalgia, reencuentros y nuevos comienzos.

Relato 1: “Volver a comenzar”

Comentarista: Matías Libuy

Página: 28

Relato 2: “Vivir en vigilia”

Comentarista: Michelle Víquez

Página: 32

Relato 3: “Lo importante es su comodidad, aunque me rompa el corazón”

Comentarista: Claudia Silva

Página 35

Relato 4: “Un nuevo refugio donde comenzar”

Comentarista: Alejandra Carreño

Página: 38

Relato 5: “Nueva oportunidad de crecer”

Comentarista: Diego Jazanovich

Página: 41

Relato 6: “Estoy luchando por ellas”

Comentarista: Claudia Pérez

Página: 44

2. Experiencias en la atención y cuidado de la salud: Expectativas, alegrías y desilusiones.

Relato 7: “Huir para seguir adelante”

Comentarista: Alejandra Carreño

Página: 48

Relato 8: “Salud como un miedo”

Comentarista: Gustavo Maldonado

Página: 51

Relato 9: “Las niñas son amables”

Comentarista: Katherine Vásquez

Página: 54

Relato 10: “No te examinan”

Comentarista: Alexandra Obach

Página: 57

Relato 11: “Alternativa de atención”

Comentarista: Alejandra Carreño

Página: 60

Relato 12: “Es difícil establecerse”

Comentarista: Claudia Silva

Página: 63

3. Historias de discriminación: Desafíos de integración, soledad y miedos.

Relato 13: “La soledad y tristeza de estar lejos”

Comentarista: Juan Alberto Lecaros

Página: 67

Relato: 14. “El precio del color”

Comentarista: Gustavo Maldonado

Página: 71

15. “Retraerse y avanzar”

Comentarista: Alexandra Obach

Página: 74

16. “Comenzar desde el dolor”

Comentarista: Claudia Pérez

Página: 77

1. Integración y familia: Desafíos, miedos y sueños.

Relato 17: “Nuevas responsabilidades”

Autora: Herleyn Agurto

Comentarista: Matías Libuy

Página: 84

Relato 18: “Expectativas de maternidad”

Autora: Eliana Correa

Comentarista: Andrea Avaria

Página: 89

Relato 19: “Nunca cambies tu esencia”

Autora: Eliana Correa

Comentarista: Alexandra

Página: 94

Relato 20: “Te ayudo”

Autora: Sofía Astorga

Comentarista: Daisy Margarit

Página: 98

Relato 21: “Fronteras internas”

Autora: Xaviera Molina

Comentarista: Iskra Pávez

Página: 103

Relato 22: “Corriendo la voz”

Autora: Macarena Chepo

Comentarista: Katherine Vásquez

Página: 109

2. Vulnerabilidades: Carencias socioeconómicas y afectivas.

Relato 23: “Buscando esperanza”

Autora: Báltica Cabieses

Comentarista: Olaya Grau

Página: 113

Relato 24: “Una roca en el camino”

Autora: Herleyn Agurto

Comentarista: Alfonso Urzúa

Página: 118

Relato 25: “Motivo de consulta”

Autora: Sofía Astorga

Comentarista: Báltica Cabieses

Página: 123

Relato 26: “Vine en busca de una vida mejor, y es peor de lo que era antes”

Autora: Olaya Moena

Comentarista: Andrea Avaria

Página: 128

Relato 27: “La adversidad de enfermar”

Autora: Macarena Chepo

Comentarista: Juan Alberto Lecaros

Página: 134

Relato 28: “Choque cultural”

Autora: Katherine Leyton

Comentarista: Alfonso Urzúa

Página: 139

Relato 29: “Familia”

Autora: Xaviera Molina

Comentarista: Alexandra Obach

Página: 144

3. Resiliencia: Esperanza y alegría de vivir.

Relato 30: “Luchando por sacar adelante a la familia”

Autora: Báltica Cabieses

Comentarista: Michelle Víquez

Página: 149

Relato 31: “En busca de salud”

Autora: Eliana Correa

Comentarista: Daisy Margarit

Página: 153

Relato 32: “Anhelando el reencuentro”

Autora: Sofía Astorga

Comentarista: Michelle Víquez

Página: 158

Relato 33: “No doy paso atrás, ni para tomar impulso”

Autora: Olaya Moena

Comentarista: Katherine Vásquez

Página: 163

Relato 34: “La vida en una maleta de manos”

Autora: Katherine Leyton

Comentarista: Olaya Grau

Página: 168

1. Espacios de encuentros y desencuentros interculturales en salud hospitalaria

Relato 35: “Manto de Huaraz”

Autora: Valeria Sequeida

Comentarista: Alejandra Carreño

Página: 177

Relato 36: “Dile a los doctores que me siento bien”

Autora: Valeria Sequeida

Comentarista: Matías Libuy

Página: 181

Relato 37: “No era mi intención ofender”

Autora: Valeria Sequeida

Comentarista: Daisy Margarit

Página: 186

Relato 38: “Nos entendemos”

Autora: Valeria Sequeida

Comentarista: Alfonso Urzúa

Página: 190

Relato 39: “Nueva oportunidad”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Alejandra Carreño

Página: 195

2. Enfermar en el camino: Cambio de planes, extrañar el hogar y seguir adelante

Relato 40: “El olor del chocolate”

Autora: Valeria Sequeida

Comentarista: Alexandra Obach

Página: 200

Relato 41: “Abandono”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Michelle Víquez

Página: 204

Relato 42: “Cambio de planes”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Katherine Vásquez

Página: 208

3. La salud del migrante internacional: Un enfoque de derechos

Relato 43: “El valor de la visión”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Iskra Pávez

Página: 215

Relato 44: “La familia del corazón”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Olaya Grau

Página: 220

Relato 45: “Encuentro solidario”

Autora: Ligia Gallardo

Comentarista: Báltica Cabieses

Página: 224

Lista de instituciones a las que autores y comentaristas de este libro pertenecen

1. Colegio Médico de Chile
2. Corporación Latinoamericana de Inmigrantes Antofagasta
3. Fundación el Paciente Inglés
4. Hospital Clínico San Borja Arriarán
5. Hospital Padre Hurtado
6. Instituto Católico Chileno de Migración
7. Servicio Jesuita a Migrantes
8. Sociedad Científica de Psicología de Chile
9. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
10. Universidad Academia de Humanismo Cristiano
11. Universidad Alberto Hurtado
12. Universidad Autónoma de Chile
13. Universidad Bernardo O'Higgins
14. Universidad Católica
15. Universidad Católica del Norte
16. Universidad de Chile
17. Universidad del Desarrollo
18. Univeridad Finis Terrae
19. Universidad de Los Andes
20. Universidad de Santiago de Chile

¿Qué significa Chile para ti?

Imágenes de inmigrantes peruanos de Recoleta

La migración internacional implica un desplazamiento territorial y sociocultural.

El inmigrante parte de su país de origen cargando sus maletas con sueños y esperanzas, y desembarcan en las ciudades receptoras en busca de un nuevo hogar y oportunidades. Pero con la llegada del inmigrante comienza la construcción de las diferencias entre un “ellos”, los extranjeros, y un “nosotros”, los locales, las cuales no hacen más que legitimar las fronteras establecidas por las naciones.

Esto implica que la experiencia de migrar conlleva el vivir situaciones que no estaban planificadas, entre ellas, ser sujeto de prejuicios y discriminación dado el estigma que conlleva el ser inmigrante. Dichas experiencias se materializan en el cuerpo de los sujetos migrantes, cuerpos que son significados por la sociedad receptora a partir de la identidad de extranjeros, de extraños, poniendo de relieve las diferencias físicas y, con ello, desalojando el alma del cuerpo del inmigrante.

La exposición busca rescatar, desde el cuerpo de un grupo de inmigrantes peruanos de la comuna de Recoleta, las almas de dichos sujetos a través de la escritura física de los sueños y esperanzas que empacaron en sus maletas al emprender su viaje. Presentar la imagen gráfica de sus relatos y añoranzas en torno a sus nuevas vidas es un intento por ir borrando las fronteras que imaginariamente hemos construido entre unos y otros, y resaltar las semejanzas que tenemos, principalmente en torno a lo que anhelamos en tanto seres humanos.

Migrar es como cambiar de piel. Migrar es como volver a nacer

1. Oportunidad

Mujer, 39 años, más de 10 años en Chile, asesora del hogar, con un solo hijo en Chile.

2. Acogedor

Hombre, 34 años, 10 años en Chile, operador de industria, casado con dos hijos.

3. Crecer

Mujer, 36 años, más de 10 años en Chile, asesora del hogar, casada con dos hijos.

4. Progreso

Mujer, 29 años, 7 años en Chile, dueña de casa, con núcleo y familiares en Chile.

5. Apoyo

Mujer, 19 años, menos de 5 años en Chile, estudiante de liceo técnico, vive con padres.

6. Esfuerzo y Desconfianza

Hombre, 24 años, 2 años en Chile, amasador de fábrica de empanadas.

7. Voluntad

Mujer, 22 años, 1 año en Chile, vendedora de jugo en la calle, con primer hijo recién nacido.

8. Constancia

Mujer, 22 años, 10 años en Chile, asesora del hogar, casada con un hijo.

9. Lucha

Mujer, 28 años, 2 años en Chile, aseadora de oficinas, casada con hijos.

10. Valentía

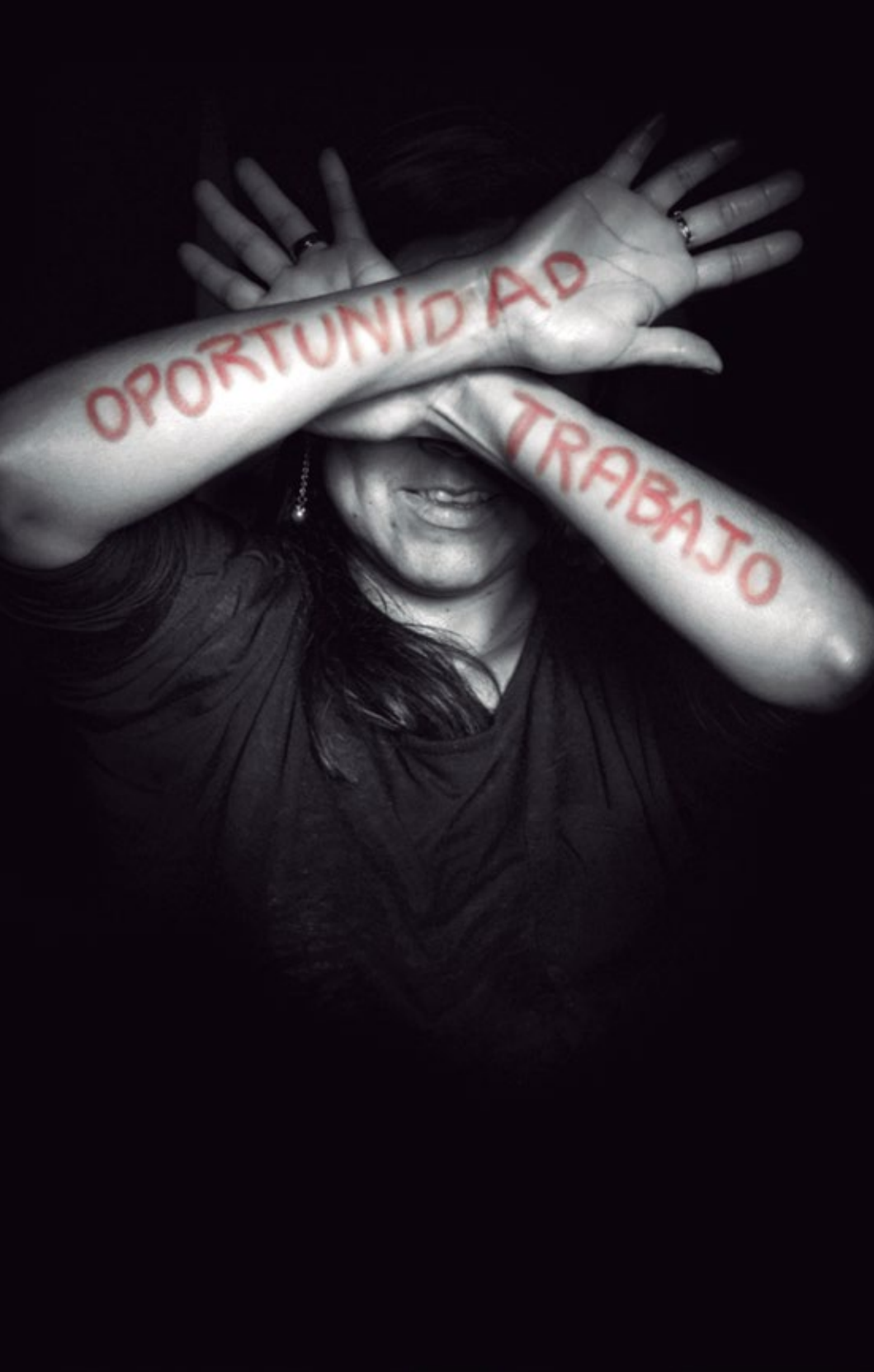
Mujer, 26 años, 5 años en Chile, aseadora de oficinas y baños, con núcleo y familiares en Chile.

11. Sacrificio

Mujer, 42 años, 6 años en Chile, asesora del hogar, casada con hijos.

12. Hermandad

Hombre, 24 años, 1 mes en Chile, trabaja en la construcción, vive con amigos en Chile.



OPORTUNIDAD

TRABAJO



AC06FFD00B



PROGRESO



APOYO



ESFUERZO

DESCONFIANZA

A black and white photograph of a woman's back and shoulder. The word "VOLUNTAD" is tattooed in red, bold, uppercase letters across her right shoulder blade. She is wearing a dark, strapless top. The lighting is dramatic, highlighting the contours of her back and the texture of the tattoo. Her head is turned slightly to the right, and her expression is neutral. The background is dark and indistinct.

VOLUNTAD

CONVIVENCIA



LUCHA

A black and white photograph of a woman with long hair, looking directly at the camera. Her right arm is raised, with her fist clenched. On her forearm, the word "VALENTIA" is written vertically in red, block letters. The background is dark, and the lighting highlights her face and arm.

VALENTIA



SACRI

FICIO



HERMANO

Marta

Fotografías

Catalina García Valdés

Producción artística:

Catalina García Valdés
Báltica Cabieses Valdés

Texto

Alexandra Obach King
Báltica Cabieses Valdés

Montaje

Víctor Pedrero
Macarena Chepo
Eduardo Sitja

Creado por:

Equipo de Estudios Sociales en Salud

Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo

Financiado por:

PMI 1204
UDD

PROGRAMA DE ESTUDIOS SOCIALES EN SALUD

Nuestra misión es la creación de conocimiento nuevo acerca de procesos sociales que impactan en salud poblacional y comunitaria, y su transferencia efectiva para promover la equidad social en salud en Chile y Latinoamérica

.....

Nuestros ejes de trabajo son la investigación interdisciplinaria, la traslación del conocimiento, la investigación multi-métodos y el foco en vulnerabilidad y diversidad social y cultural