



**MUJERES MIGRANTES PERUANAS
Y SALUD REPRODUCTIVA**

**USUARIAS DE CONSULTORIOS DE SALUD DE LA ZONA NORTE
DE LA REGIÓN METROPOLITANA**

Nuria Núñez R.
Carmen Torres E.

Proyecto apoyado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

© Fundación Instituto de la Mujer
Viña del Mar 019
Providencia, Santiago
Teléfonos: (56-2) 222 4946; 635 3012
Fax: (56-2) 635 3106
Correo electrónico: insmujer@insmujer.cl

Santiago de Chile, julio de 2007

Índice

Presentación	5
I. Migración y derechos sexuales y reproductivos	7
1. Marco internacional	7
2. Marco nacional	10
3. Mujeres migrantes peruanas en Chile. Algunas características y vulnerabilidades	11
3.1. La precaria salud de las migrantes	14
3.2. Las migrantes irregulares, las más desprotegidas en salud sexual y reproductiva	16
4. Algunos comentarios	16
II. Mujeres migrantes peruanas usuarias del Sistema de Salud de la Zona Norte (Santiago)	19
1. Sus características	19
2. Sus percepciones sobre la atención en salud en consultorios de la Zona Norte	26
3. Sus demandas y propuestas	29
3.1. Sus demandas al sistema	30
3.1.1. Propuestas y recomendaciones al sistema	31
3.2. Sus demandas al personal de salud	31
3.2.1. Propuestas y recomendaciones al personal de salud	31
3.3. Sus propuestas hacia las mujeres migrantes	32
4. Aportes para políticas públicas	32
III. Reacciones y compromisos	33
Bibliografía	36
Anexo 1. Conceptos y aspectos metodológicos	39

Cuadros y gráficos:

Cuadro 1:	Edad de las mujeres peruanas migrantes, 2002	12
Cuadro 2:	Años de estudio aprobados de mujeres y hombres nacidos en Perú de 12 años y más de edad, 2002	13
Gráfico 1:	Edad de mujeres peruanas, participantes en Grupo Focal	19
Gráfico 2:	Mujeres peruanas con o sin hijos, participantes en Grupo Focal	20
Gráfico 3:	Situación familiar, participantes en grupo Focal	20
Gráfico 4:	Estudios de mujeres peruanas, participantes en Grupo Focal	21
Gráfico 5:	Residencia en Chile, participantes en Grupo Focal	22
Gráfico 6:	Situación de migración, participantes Grupo Focal	22
Gráfico 7:	Situación laboral, participantes en Grupo Focal	23
Gráfico 8:	Situación de previsión de salud, participantes en Grupo Focal	24
Gráfico 9:	Consultorio al que asiste, participantes en Grupo Focal	25
Gráfico 10:	Razón por la que asistió la primera vez, participantes en Grupo Focal	25

Presentación

Uno de los problemas más acuciantes en el creciente fenómeno migratorio en Chile es la inexistencia de una clara y concreta información sobre las problemáticas y múltiples dimensiones que esta situación conlleva. Ello se traduce en una falta de diagnósticos específicos que permitan generar acciones y políticas eficientes y eficaces para enfrentar sus desafíos.

Este proyecto, de investigación-acción, se interesa por conocer el tipo de acceso y la calidad de atención de la salud sexual y reproductiva que se brinda en los consultorios de atención primaria de la Zona Norte de la Región Metropolitana de Chile a las mujeres peruanas inmigrantes (zona en la que reside un porcentaje importante de la población migrante de los países andinos, CENSO, 2002), así como conocer sus propuestas de mejoramiento de la calidad del servicio.

El objetivo general de este proyecto es presentar propuestas a las autoridades de salud para hacer más eficiente la atención en salud sexual y reproductiva a mujeres migrantes peruanas en los consultorios de atención primaria de la Zona Norte de la Región Metropolitana (Servicio de Salud Norte).

El desarrollo del proyecto incluyó la realización de un Grupo Focal con mujeres peruanas migrantes en Chile, usuarias de los servicios de atención primaria de la Zona Norte (Consultorio Recoleta y Consultorio “Doctor Agustín Cruz Melo”, de Independencia, especialmente), con el objeto de conocer aspectos sobre el acceso y la calidad de atención en salud reproductiva que ellas reciben, así como identificar sus necesidades y demandas sobre esos mismos temas.

El perfil de las mujeres participantes en el Grupo Focal precisaba vivir en Chile desde hace un año, a lo menos, y tener 18 años de edad o más. También se buscó que una parte de las participantes estuviera en situación de indocumentación, de manera de poder comparar su acceso a la salud sexual y reproductiva con aquellas que tienen su estatus legal regularizado.

En la primera parte de este documento se revisan brevemente los instrumentos internacionales en vigor sobre los derechos de la población migrante a la salud, en particular de las mujeres, seguido de una somera reseña acerca de la política chilena en materia de migración. Luego, se entregan cifras y hechos sobre la migración femenina peruana a Chile, y las características socioeconómicas relevantes para este estudio.

La segunda parte entrega un perfil comentado de las mujeres participantes en el Grupo Focal. Luego, se presenta un resumen de sus percepciones sobre la atención en salud que reciben en consultorios de la Zona Norte, dividido en cinco grandes temas: acceso a la salud; trato que reciben; ejercicio de derechos, específicamente sobre derechos reproductivos; calidad de atención en salud reproductiva y sexual; discriminación. Finalmente, el documento sistematiza las principales propuestas y recomendaciones de las mujeres migrantes a las autoridades de salud, particularmente en lo que se refiere al acceso y calidad de atención en salud reproductiva.

Este documento pretende contribuir al conocimiento sobre la problemática de migración, género y salud en nuestro país y está dirigido a todas aquellas organizaciones e instituciones que se interesan por respetar y proteger los derechos humanos de las personas migrantes, en especial el de las mujeres. Creemos que la información que aquí se entrega será un importante insumo para las autoridades de salud, las organizaciones, redes de organizaciones e instituciones académicas que trabajan el tema de migración desde la perspectiva de los derechos de las personas.

El equipo de la Fundación Instituto de la Mujer agradece a cada una de las mujeres migrantes peruanas que nos proporcionaron valiosa información sobre el tema del estudio y por la confianza que nos brindaron. Sabemos de su situación, por tanto, sus aportes son un importante gesto de diálogo democrático que nos invita a reflexionar y a actuar.

También queremos agradecer al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, doctor Antonio Infante, al personal de ese servicio, a la directora del Consultorio “Dr. Agustín Cruz Melo”, señora Ana María Moreno, a las matronas del mismo Consultorio, en especial a la señora Pilar Vergara, al director del Consultorio de Recoleta, señor Mauricio Espinoza, a la Jefa de Programa Salud Materna de ese Consultorio, doctora Zulema Lavado, y a las matronas del mismo servicio, en especial a la doctora Marcela Montalbán, por las facilidades y colaboración que nos prestaron para llevar adelante el proyecto.

Finalmente, agradecemos al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) por su apoyo a este proyecto.

Carmen Torres E.
Directora Ejecutiva
Fundación Instituto de la Mujer

Santiago, julio de 2007

I. MIGRACIÓN Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La migración de las mujeres tiene especificidades y significados profundos, asociados a las transformaciones económicas, la reestructuración de los mercados laborales y los cambios en las redes sociales y familiares. Cada vez más, las mujeres migran solas, tomando distancia de la migración de acompañamiento o de seguimiento de sus parejas, como la reunificación familiar, supuesto de dependencia implícito y explícito en la mayoría de las formulaciones teóricas sobre migración.

En América Latina, la migración intrarregional no es un fenómeno nuevo. Lo que ha cambiado son los países de destino a los cuales se desplaza una parte de la población que enfrenta los efectos de la globalización económica y, en particular, de las crisis políticas, económicas y/o sociales en sus países de origen. Si en los decenios de 1970 y 1980 los principales países receptores eran Argentina, Venezuela y Brasil, en los años noventa Chile comenzó a constituirse, lenta, pero sostenidamente, en un país destino de migración económica.

Dos factores principales explican tal situación. En los inicios del decenio de 1990, Chile dio comienzo a procesos de restauración y de recomposición democrática y logró un ritmo sostenido de crecimiento económico en un contexto de creciente estabilidad política y social, hechos que inciden en una nueva imagen de país que atrae las miradas de la población de la región latinoamericana que busca tener acceso a oportunidades laborales para escapar de la pobreza.

1. Marco internacional

El aumento sostenido de la migración peruana ha puesto a Chile en una situación de desconcierto y de poca preparación institucional para responder debidamente a ese fenómeno, respetando y protegiendo los derechos humanos de las personas migrantes, situación que, muchas veces, ha generado improvisaciones y acciones discriminatorias. Chile, desde el regreso a la democracia, ha buscado consolidarla y abrirse a grandes mercados que permitan su desarrollo. Sin embargo, ese mismo énfasis no se ha puesto en los procesos sociales que lo acompañan, uno de los cuales es representado por la migración.

Uno de los mayores desafíos que la migración impone al país es el de entregar servicios básicos de calidad en el ámbito de la salud a mujeres y hombres migrantes, particularmente en lo relativo a servicios de salud sexual y reproductiva, puesto que una parte importante de su población inmigrante tiene entre 15 y 50 años, tal como lo veremos en detalle más adelante. Las medidas y recomendaciones para el respeto y pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población migrante, especialmente de las mujeres, están incorporados en diversos instrumentos internacionales básicos y de derechos humanos que Chile ha firmado y ratificado. Por ende, el compromiso del Estado chileno es el de desarrollar programas y políticas públicas destinadas a alcanzar, de forma progresiva, el ejercicio de los derechos establecidos en ellos.

El primero de ellos es, sin duda, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).¹ Este reconoce en su artículo 12 el derecho de cada persona a disfrutar del nivel máximo alcanzable de salud física y mental. Si bien este tratado no utilizó el término “salud reproductiva” en sus contenidos sobre el derecho a la salud, lo que se explica por la fecha de su redacción (Mora, 2002) el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales redactó en el año 2000 una Observación General al artículo 12 para especificar que este abarca el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, así como los recursos necesarios para mejorarlas; el derecho a la prevención, tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente el VIH/SIDA, incluyendo programas de prevención y educación para cuestiones vinculadas a conductas relacionadas con la salud; y el derecho a servicios, bienes y educación en salud (Mora, 2002).²

Chile también firmó y ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, Naciones Unidas, 1979),³ cuya norma básica legal es la prohibición de todas las formas de discriminación contra las mujeres de todo el mundo. Las normas allí establecidas no sólo se refieren a la necesidad de ratificar leyes neutrales de género y al impulso de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, sino a la adopción de medidas para asegurar que las mujeres de todo el mundo puedan y sean capaces de gozar de tales derechos. En lo que respecta a salud, la Convención estipula que los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

En particular, esta Convención señala que Los Estados Partes asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos

¹ Entrada en vigor internacional para Chile: marzo de 1972; Fecha y número del decreto promulgatorio: N° 326, 28 de abril de 1989; Fecha de publicación en el *Diario Oficial*: mayo de 1989.

² Además, el punto 34 de la Observación General señala, textualmente, que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer”. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2002), El derecho al disfrute del más alto nivel de salud, Observación General N° 14, 22º Período de Sesiones. Citado por Luis Mora, *Las fronteras de la vulnerabilidad: Género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002, Santiago de Chile.

³ Entrada en vigor internacional para Chile: enero de 1990; Fecha y número del decreto promulgatorio: N° 789, de 27 de octubre de 1989; Fecha de publicación en el *Diario Oficial*: diciembre de 1989.

derechos. Luego, en 1999, el Comité de la CEDAW acordó una Recomendación General al artículo 12 de la Convención en la que se estipula que el acceso a servicios de salud por parte de los Estados Parte debe comprender la atención de salud reproductiva para todas las mujeres, incluyendo a aquellas que no tienen estatus legal en el país (Mora, 2002).

Chile también se ha comprometido a implementar otros instrumentos internacionales relativos al fomento de los derechos humanos de las mujeres y que, por ende, se aplican a la población migrante y, en especial, a las mujeres que dejan su país para trabajar en otro: el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población (El Cairo, 1994) y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995).

El Programa de Acción de la Conferencia sobre Población representó un hito en la historia de los derechos de las mujeres al reconocer sus derechos reproductivos de manera explícita, incluyendo la planificación familiar. Este instrumento define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Acorde con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no sólo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

En el mismo Programa se hace hincapié en que los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Por tanto, exhorta a los Estados a implementar servicios especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y de cada adolescente.

Luego, en 1999, con ocasión de la revisión del Programa de Acción de la Conferencia sobre Población, se instó a los gobiernos de origen y destino de la migración a realizar mayores esfuerzos para proteger los derechos de la población migrante, más allá de su estatus legal. Así, se indica que debe entregarse servicios sociales y de salud básicos, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación de la familia (Mora, 2002).

En tanto, en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer se reconoce que las mujeres hacen frente a barreras que dificultan su plena igualdad y su progreso por factores tales como raza, edad, idioma, origen

étnico, cultura, religión o discapacidad, por ser mujeres que pertenecen a poblaciones indígenas o por otros factores. Indica que también existen otras barreras en el caso de las mujeres refugiadas, de otras mujeres desplazadas, incluso al interior del mismo país.

Igualmente, en el marco de los acuerdos internacionales, Chile ratificó en abril de 2005 la Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familias (Decreto Número 84). Dicha Convención estipula normas que tienen como fin proteger y promover los derechos humanos de las personas migrantes, sin importar su estatus (regulares o irregulares) en el país de destino. También compromete a los Estados Parte a promover condiciones satisfactorias, equitativas y dignas para los trabajadores inmigrantes y sus familiares, a través de la formulación de políticas sobre migración.

En lo que se refiere específicamente al acceso a servicios de salud, el artículo 28 de esta Convención establece:

“Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”.

2. Marco nacional

Chile no cuenta con una política migratoria explícita ni moderna. El Decreto Ley N° 1.094 de 1975, más conocido como Ley de Extranjería, es el principal instrumento en este tema, al que se han introducido diversas modificaciones para hacerlo acorde a los nuevos tiempos políticos y económicos del país, en el marco de la globalización económica. En 1996, por ejemplo, la Ley de Extranjería fue reformada en materia de asilo y refugio, reconociendo el principio de no repatriación de las personas que se encuentran en Chile y que solicitan dicho estatus. También despenalizó el ingreso irregular al territorio nacional de extranjeros que soliciten refugio o asilo. En 1998, la Ley N° 19.581 creó la categoría de ingreso de habitante de zona fronteriza, gracias a la cual quienes residen en zonas limítrofes a la frontera nacional pueden obtener una “Tarjeta vecinal fronteriza”, permitiéndoles transitar con mayor facilidad entre un país y otro. Finalmente, en el año 2000, el Decreto 2.910 permite que los solicitantes de residencia temporaria y sujeta a contrato puedan obtener autorización para trabajar mientras tramitan su permiso de residencia.

En 2001, se formó una comisión para elaborar la Política de Migración del Estado Chileno con funcionarios del Ministerio del Interior, Defensa, Trabajo y Relaciones Exteriores. Hasta ahora, no existe un documento definitivo, pero sí un instrumento de trabajo que postula la creación de un Consejo de Política Migratoria, que estaría

integrado por agentes públicos del área política y administrativa y que tendría carácter de asesor del Ejecutivo.⁴

La misión de esta comisión, además de perfeccionar la legislación sobre la materia y promover la migración segura, sería garantizar ciertos principios reguladores de la gestión migratoria, entre ellos:

- El derecho de residencia y la libertad de circulación.
- La libertad de pensamiento y de conciencia.
- El acceso a la residencia en condiciones igualitarias y debidamente informadas.
- El acceso a la justicia.
- La protección social de los inmigrantes.
- La regularidad de los flujos migratorios.
- Los derechos laborales de los trabajadores extranjeros en Chile.
- La no discriminación.
- La reunificación familiar.⁵

Finalmente, cabe señalar que existe una normativa, emanada del Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior y del Ministerio de Salud, destinada a que las mujeres migrantes embarazadas, en situación regular o irregular en el país, sean atendidas en el sistema primario de salud. Las prestaciones incluyen control del embarazo, parto, control del recién nacido, y control de salud de niños y niñas hasta los 6 años.

3. Mujeres migrantes peruanas en Chile. Algunas características y vulnerabilidades

Las cifras del Censo 2002 revelan que 185.000 personas extranjeras residen en Chile, constituyendo sólo el 1,2% de la población total del país, pero que representa un aumento del 75% respecto del Censo de 1992. Cerca del 70% de la inmigración total proviene de países de la región, principalmente de Argentina (26%), Perú (21%), Bolivia (6%). Datos actualizados del Ministerio del Interior estiman que la cifra total de extranjeros en el país asciende a 236.000 personas⁶ y que la población peruana ha pasado a ocupar el primer lugar de los inmigrantes en el país. Por ejemplo, de las 12.038 visas de permanencias definitivas otorgadas en el año 2005 por el Departamento de Extranjería de ese ministerio, 4.703 corresponden a personas provenientes del Perú, es decir, un 39%.⁷

⁴ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Inmigrantes en Chile. Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-05-16.1264867506

⁵ Ídem.

⁶ Servicio Nacional de la Mujer. Informe de Chile 2006. XXXIII Asamblea de la Comisión Interamericana de Mujeres, CIM, julio 2006.

⁷ Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Departamento de Extranjería y Migración. "Permanencias definitivas otorgadas entre 1995 y 2005". Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/permanencias_def_1995-2005.pdf

De acuerdo al Censo 2002, la mayoría de la población migrante peruana reside en la Provincia de Santiago, localizada en la Región Metropolitana (77,9%), concentrándose en cuatro comunas: Santiago Centro, Recoleta, Estación Central e Independencia.

Una de las características de la población peruana en Chile es su alto porcentaje de mujeres. En 1992, del total de personas peruanas que residían en el país, las mujeres representaban casi el 50%. En el año 2002, el porcentaje había subido al 60,24%,⁸ cifra que se condice con la tendencia mundial de la “feminización de la migración”.

Otra característica de la población migrante femenina peruana es su alta concentración en el segmento etario de entre 15 a 44 años, como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 1
Edad de las mujeres peruanas migrantes, 2002

Total de mujeres	0-14 años	15-29 años	30-44 años	45-59 años	60-74 años	75 o más
22.807	1.706	8.883	8.704	2.553	526	435
%: 100,0	7,5	38,9	38,2	11,20	2,3	1,9

Fuente: Censo 2002.

Como se puede apreciar, más del 77% de las mujeres migrantes peruanas tiene entre 15 y 44 años, período que cubre claramente la edad reproductiva de las mujeres. Esta situación revela, por sí misma, que las necesidades prioritarias para este grupo etario están referidas a la salud sexual y reproductiva, es decir, a embarazos, deseados o no, enfermedades de transmisión sexual, incluidas el VIH/SIDA, y el acceso a información sobre anticonceptivos y a su suministro.

Por otra parte, el nivel de instrucción de la población migrante peruana en Chile sobrepasa los 10 años de escolaridad, tal como se aprecia en el siguiente cuadro.

⁸ Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Departamento de Extranjería y Migración. “Población censada nacida en otros países que declaran vivir habitualmente en una comuna de Chile, por sexo y grupos de edad, según división político administrativa, continente y país de nacimiento. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/censo__2002_.pdf

Cuadro 2
Años de estudio aprobados de mujeres y hombres nacidos en Perú
de 12 años y más de edad, que viven en Chile, 2002

Sexo	Años de estudio			
	Total	Menos de 4	4-9	10 y más
Mujeres	22.037	917	4.258	16.862
Porcentaje	100,0	4,2	19,3	76,5
Hombres	14.198	298	2.083	11.817
Porcentaje	100,0	2,1	14,7	83,2

Fuente: Proyecto IMILA del CELADE (En: Jorge Martínez, 2003, *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*, Serie Población y Desarrollo N° 44. CEPAL, Santiago, 2003).

A pesar de su alta escolaridad, cerca del 70 por ciento de las mujeres migrantes peruanas se desempeña en el trabajo doméstico, labor caracterizada por su desregulación, largas horas de trabajo diarias y bajo sueldo.

El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a las migrantes a condiciones de vida deficientes y las hace altamente vulnerables a la transgresión de sus derechos humanos fundamentales. La mayoría de ellas se ve atrapada en una lógica de sobrevivencia, sin capacidad de reconocerse a sí mismas como sujetos de derechos y deberes.

A la situación de vulnerabilidad de las inmigrantes contribuye el hecho de la irregularidad documentaria que viven muchas de ellas, lo que se traduce en un círculo vicioso de trabajo informal-indocumentación-vulneración de derechos, condición que las sitúa en una mayor desprotección y objeto fácil para la transgresión de sus derechos. Paradójicamente, la obtención de una visa de permanencia en el país está sujeta a la posesión de un contrato. El hecho de que las migrantes no cuenten con los papeles reglamentarios que exige el país, las obliga a trabajar en el sector informal, en el cual no tienen contratos ni tampoco derechos laborales y seguridad social.

Estas condiciones se agravan aún más ante la presencia de actitudes xenófobas y racistas en la sociedad chilena que atentan contra la integridad, seguridad y derechos básicos de las migrantes. Las mujeres son las principales víctimas de estas prácticas, como consecuencia de los enfoques discriminatorios prevalecientes y el papel que se asigna a cada sexo en los ámbitos público y privado.

Las actitudes xenófobas y discriminatorias se ejemplifican en malos tratos hacia las migrantes por parte de empleadores, funcionariado público y parte de la población chilena. A esta situación contribuye el rol de los medios de comunicación, algunos de los cuales han publicado reportajes y artículos en los cuales la población migrante andina, en especial la de Perú, es representada de manera prejuiciosa y peyorativa. Se argumenta que se estaría ante una "oleada migratoria" desde los países andinos, que las personas inmigrantes restan posibilidades de trabajo a las nacionales y que aceptan menores sueldos por un mismo trabajo, cuestiones que

incidirían en una mayor precarización de las condiciones de trabajo y salariales en el país.

3.1. La precaria salud de las migrantes

Diversos estudios constatan el reducido acceso de la población migrante a servicios de salud en el país de destino con sus consiguientes consecuencias en el estado de salud general. Algunos autores, entre ellos Bollini y Siem, señalan que esto se relaciona con la posición social inferior de los y las migrantes (citado en ONUSIDA, 2002). Sostienen que “no sólo están expuestos a malas condiciones laborales y de vida, lo que ya es determinante *per se* de mala salud, sino que también tienen un menor acceso a la asistencia sanitaria por diversas razones políticas, administrativas y culturales que no se aplican necesariamente a la población nativa, y que varían en las diferentes sociedades y para los distintos grupos” (citado en ONUSIDA, 2002).

De acuerdo a la OMS y la OPS (2003), los efectos de la globalización en el ámbito de la salud parecen tener una marcada connotación de género, particularmente en materia de violencia, en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en la infección por el VIH/SIDA y en la salud ocupacional. Hombres y mujeres migrantes se ven enfrentados a situaciones que menoscaban su salud, pero suelen ser las mujeres las más afectadas y las que tienen menor capacidad de reacción o de autoprotección.⁹

La vulnerabilidad es aún mayor si a la condición migratoria y de género se cruzan otras variables, como la pobreza, el bajo nivel educativo, la pertenencia étnica, la falta de oportunidades en su lugar de origen y el desconocimiento de sus derechos e incluso de sus deberes para con el cuidado de su persona, su familia y su comunidad (Cortés, 2005, p. 53).¹⁰ Por otra parte, un estudio de la Division for the Advancement of Women (DAW) señala que la mortalidad materna parece ser mayor entre las migrantes en comparación con las nativas. Este y otros indicadores de la salud de madres e hijos son el efecto neto de un número de factores biológicos y sociales que colocan a las mujeres migrantes en un alto riesgo (citado en Cortés, 2005, p. 57).

En Chile, el acceso a la salud de la población migrante depende del tipo de visa que ella tiene. Las personas que cuentan con un permiso de trabajo o con residencia permanente pueden cotizar en el sistema de salud público o privado, lo que les da los mismos derechos de atención que la población nacional. En cambio, aquellas que se encuentran en el país de manera indocumentada no tienen derecho a

⁹ OMS/OPS. Globalización y salud. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, abril 2003.

¹⁰ Patricia Cortés Castellanos, *Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 61, Santiago de Chile, noviembre 2005.

acceder a los servicios de salud pública, con excepción de los casos de urgencia, atención de parto, mujeres embarazadas y de niños y niñas menores de 6 años.

Un gran porcentaje de mujeres peruanas trabaja en el servicio doméstico, empleo que implica algunos riesgos de salud, tales como lumbagos y otras dolencias derivadas directamente de la aplicación de fuerza física.

Otro problema de salud que suele afectar a las mujeres migrantes, en este caso, de Perú, es la depresión, como consecuencia del desarraigo y alejamiento de su familia y de sus redes sociales. La depresión puede desencadenarse tras la pérdida de un empleo, o por la dificultad para conseguir uno, por el hecho de haber dejado en su país de origen a sus hijos o hijas, por sentirse diferente, por haber perdido sus referencias culturales o sociales.

Por otra parte, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud del Perú sobre los principales problemas de salud que aquejan a la población de ese país, es posible pensar que una parte de las migrantes peruanas que residen en Chile son susceptibles de tener esos mismos problemas de salud en Chile. El documento *Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005* indica que mientras los hombres son más propensos a morir en accidentes de tránsito, violencia, adicciones a drogas legales e ilegales, y a contraer enfermedades infecciosas, cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del hígado, las mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; enferman de neoplasias de mama y cuello uterino, de la violencia y sus consecuencias (2005).

En el documento es posible constatar que la morbimortalidad tiende a diferenciarse de acuerdo al periodo del ciclo vital, aun cuando algunas enfermedades, como los trastornos respiratorios, están presentes en la mayoría de la población peruana.

En el neonato, la morbimortalidad está asociada a trastornos respiratorios, malformaciones congénitas, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer. En la población de uno a 9 años, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas agudas y los accidentes en el hogar son los problemas de salud más frecuentes. En la adolescencia, las enfermedades más importantes son las de las vías respiratorias.

En la población adulta, la morbilidad por enfermedades de los órganos genitales ocupa el primer lugar en el país. Entre los 20 y 34 años son más frecuentes las defunciones por causas externas (accidentes, violencia), seguidas por el VIH/SIDA y la tuberculosis. Las causas maternas son las más relevantes para las mujeres, mientras que los accidentes de tránsito y el VIH/SIDA son más frecuentes en los hombres. En el grupo de 35 a 59 años, el mayor número de defunciones se debe a consecuencias de neoplasias, seguido de causas externas y de las enfermedades transmisibles.

Finalmente, para el grupo de 60 años y más, las defunciones se registran por enfermedades del sistema circulatorio, seguida de neoplasias y enfermedades transmisibles. Las primeras son más numerosas entre los hombres, y sin diferencia por sexo en neoplasias y enfermedades transmisibles.

3. 2. Las migrantes irregulares, las más desprotegidas en salud sexual y reproductiva

En Chile, tal como ya se mencionó, existe una disposición del Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior y del Ministerio de Salud que prevé la atención en el sistema primario de salud de mujeres migrantes embarazadas en situación irregular y de sus hijas o hijos. Las prestaciones incluyen control del embarazo, parto, control del recién nacido, y control de salud de niños y niñas hasta los 6 años.

Sin embargo, las necesidades en salud sexual y reproductiva van mucho más allá del embarazo y del parto. Muchas mujeres peruanas tienen problemas de salud durante el puerperio, pero el sistema público sanitario no las atiende, aduciendo que no existen normativas que así lo especifiquen. Es probable que algunas mujeres recurran a un servicio privado de salud, a pesar del alto costo que eso significa, pero también se puede pensar que algunas de ellas deciden posponer la atención, con el consiguiente riesgo de salud que eso implica.

Por otra parte, muchas de las migrantes indocumentadas que están embarazadas no asisten a los consultorios de atención primaria por temor a ser denunciadas y deportadas o porque desconocen la existencia de la normativa que prevé su atención.

No obstante, la firma y ratificación por parte de Chile de los distintos instrumentos internacionales mencionados en la primera parte de este documento, lo obliga a dar acceso a los migrantes, cualquiera sea su estatus legal en el país, a servicios de salud no sólo curativos y paliativos sino también a aquellos de carácter preventivo, dentro de los cuales cabe mencionar el control postnatal y el acceso a información de las mujeres sobre métodos anticonceptivos y a su suministro.

4. Algunos comentarios

Las mujeres migrantes peruanas, las que en general tienen un alto nivel de escolaridad, intentan insertarse en el mercado laboral chileno, caracterizado por la informalidad de los empleos, la desprotección laboral, la extrema flexibilidad de las normativas laborales, la falta de acceso a sistemas de seguridad social, entre ellos el de salud. La inserción de las mujeres peruanas al mercado de trabajo reviste las mismas características que las de las mujeres en general: acceso a empleos informales, de mayor inestabilidad y de menor calificación, salarios más bajos que los de los hombres, pero con el agravante de que desconocen sus derechos, las leyes y los códigos culturales.

La desprotección es mayor cuando se trata de mujeres que se encuentran en Chile sin documentación regular. Al desarraigo de su país, la lejanía de su familia y de sus redes sociales, se suma la percepción de no ser acogidas en el país de destino, de estar permanentemente de paso, de no poder sentar raíces en un país en el cual están para escapar de las condiciones de pobreza.

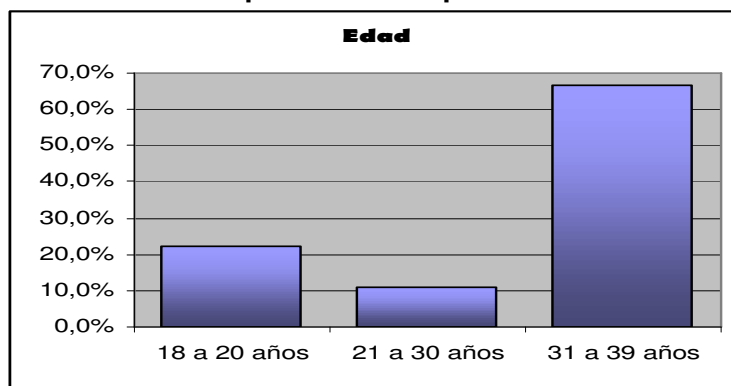
Ante esta situación, y para paliarla, el Estado chileno debe asumirse como generador y receptor de migración. Si el Estado chileno no reconoce estas condiciones no podrá asegurar ni garantizar derechos. Chile debe avanzar hacia un creciente reconocimiento de las normativas internacionales vigentes en esta materia, teniendo en cuenta que el reconocimiento de los derechos humanos universales y específicos resulta fundamental en el marco de los procesos de globalización económica. Se requiere que el Gobierno de Chile genere espacios de discusión y reflexión sobre las características del fenómeno y sus consecuencias, con el fin de ir consensuando diagnósticos entre los diferentes poderes del Estado y de sus servicios, con el fin de generar líneas de acción y políticas públicas respetuosas de la normativa internacional en derechos humanos de las personas migrantes. En ese sentido, es urgente que el Gobierno chileno presente al país su Política Migratoria, la que debe incluir el derecho de la población migrante a servicios paliativos, curativos y, especialmente, preventivos de salud.

II. MUJERES MIGRANTES PERUANAS USUARIAS DEL SISTEMA DE SALUD DE LA ZONA NORTE (SANTIAGO)

Conversar con mujeres migrantes peruanas acerca de la calidad de atención en salud reproductiva y sexual que reciben en los consultorios de la Zona Norte de Santiago nos enfrenta con una realidad específica poco conocida. No las conocemos a ellas, cómo son, quiénes son, suponemos sus demandas. En este micro estudio se ha hecho un esfuerzo por conocer sus características, por lo menos de las mujeres que asistieron al grupo focal.¹¹ Esta información, aunque limitada, nos entrega pistas sobre su perfil y su situación.

1. Sus características

Gráfico 1
Edad de mujeres peruanas
Participantes en Grupo Focal



Un importante rasgo sociodemográfico que caracteriza a este grupo de mujeres migrantes es su calidad de mujeres **adultas jóvenes**. Según lo observado, la mayoría se encuentra en plena edad reproductiva, especialmente entre 19 y 38 años; en promedio tienen 28 años de edad. Esto significa que las mujeres jóvenes son quienes identifican mayores oportunidades potenciales de inserción laboral, la mayoría a través del servicio doméstico y se arriesgan a emprender el camino de la migración como una búsqueda de una mejor posibilidad de sobrevivencia para ellas y sus familias. Igualmente, su edad nos habla de mujeres sexualmente activas, por lo que la necesidad de una adecuada atención en salud reproductiva y sexual es fundamental y determina su calidad de vida. Por el contrario, carecer de acceso a la salud puede derivar en un alto riesgo para su salud y para su vida.

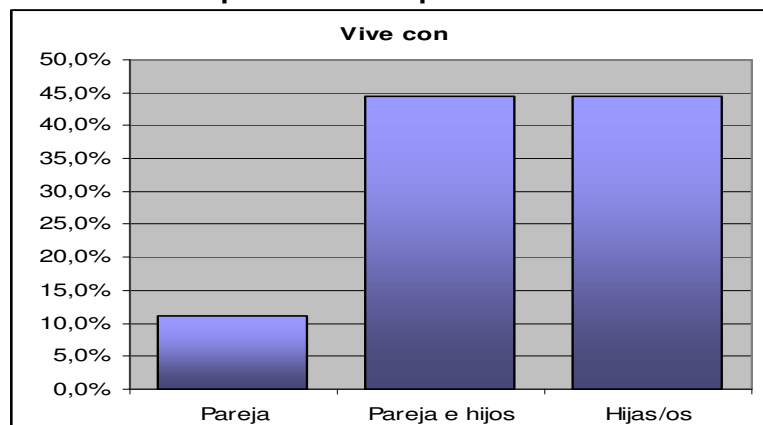
¹¹ Se realizó un grupo focal al que asistieron 9 mujeres peruanas migrantes usuarias de Consultorios de Salud de la Zona Norte de Santiago. Cabe hacer notar que los datos que se presentan a continuación no pretenden ser representativos de las mujeres peruanas que residen en Chile.

Gráfico 2
Mujeres peruanas con o sin hijos
Participantes en Grupo Focal



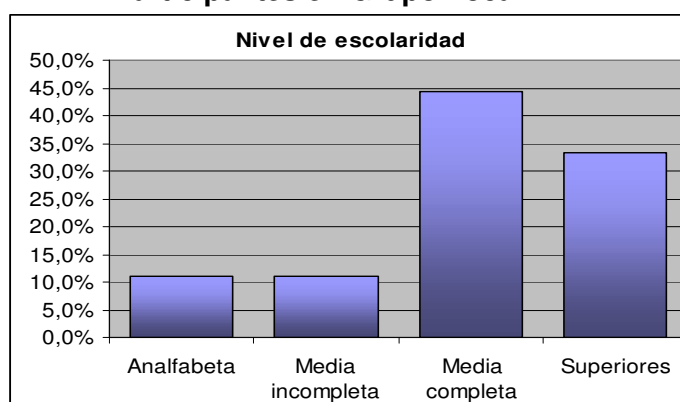
Otra importante característica de este grupo de mujeres es que la mayoría son **madres** de uno o más hijos o en proyecto de serlo. Esta condición es relevante, pues les significa una responsabilidad económica frente a sus hijos, sobre todo si se tiene en cuenta que una parte importante de ellas son, además, jefas de hogar y está en la base del cuestionamiento de la autonomía con que se resuelve la decisión migratoria de mujeres que se desplazan solas. Esta situación, en medio de las restringidas oportunidades de inserción laboral y la fuerte incidencia de la pobreza en estos hogares, es una fuente de presión que obliga a las mujeres peruanas migrantes a buscar mayores ingresos que les permitan un mejor devenir para sí mismas y para sus hijos. Esto, como ya se ha señalado, las pone en una situación de mayor vulnerabilidad ante la eventualidad de aceptar cualquier trabajo por precario e inestable que este sea.

Gráfico 3
Situación familiar
Participantes en Grupo Focal



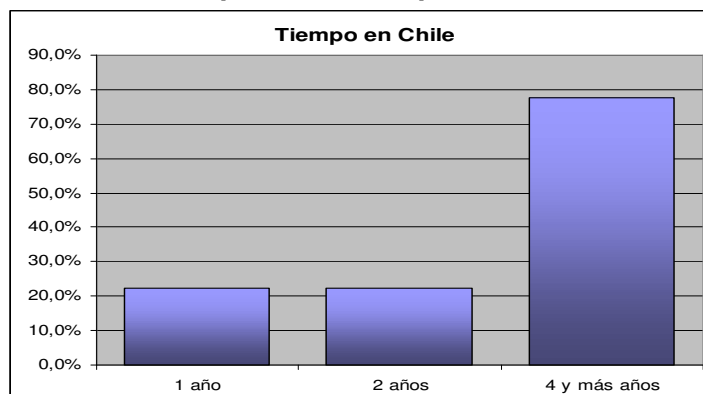
Se constata que todas las mujeres peruanas participantes en el Grupo Focal y que asisten a los consultorios del Área Norte son **mujeres con familia y viven con ella**. El 50% de ellas cría sola a sus hijos, sin pareja con quien compartir la crianza, es decir, son jefas de hogar. Por tanto, son responsables totalmente de su bienestar y de que tengan acceso a una buena salud. Se identifica que no viven con otros familiares, como padres, suegros o hermanos, lo que hace pensar que sus redes familiares son débiles, inexistentes o sus familiares permanecen en su país de origen, dejando de manifiesto su fragilidad, la alta responsabilidad que deben asumir y la demandante necesidad de que el sistema, de salud en este caso, les responda adecuadamente.

Gráfico 4
Estudios de mujeres peruanas
Participantes en Grupo Focal



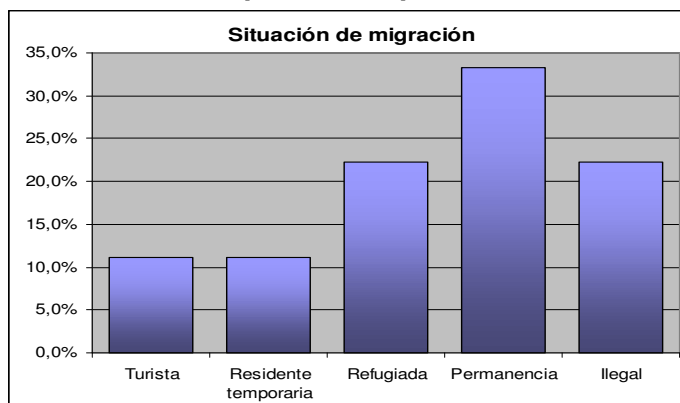
Otra característica a destacar es su nivel de instrucción. Contrariamente a lo que se podría pensar, las mujeres migrantes peruanas entrevistadas y que visitan los consultorios del Área Norte de Salud ostentan, en su gran mayoría, niveles de instrucción superiores a 10 años de estudios; tan sólo una de ellas se declara sin instrucción o analfabeta. Esto revela que constituyen un **público usuario instruido** y que cuenta con información sobre su condición. Comparativamente, probablemente tienen más años de estudios que las mujeres chilenas usuarias habituales del sistema público de salud, lo que las haría tener mayores expectativas respecto de la calidad de atención que reciben.

Gráfico 5
Residencia en Chile
Participantes en Grupo Focal



La mayoría de las mujeres participantes tiene **más de 2 años de residencia en el país**, dos de ellas tienen entre 8 y 9 años, sólo dos llevan recién un año en Chile. Es decir, la mayoría de ellas vive un tiempo importante en el país, lo que nos permitiría suponer que conoce su idiosincrasia, la institucionalidad chilena y ha creado sus propias estrategias de sobrevivencia y redes de apoyo. Esto, seguramente, les permite conocer, en parte, cómo funciona el sistema de salud, lo han utilizado y han descubierto o elaborado estrategias para recibir atención en él. Podríamos decir que, para los efectos de este análisis, ellas tienen una opinión informada sobre su situación en salud.

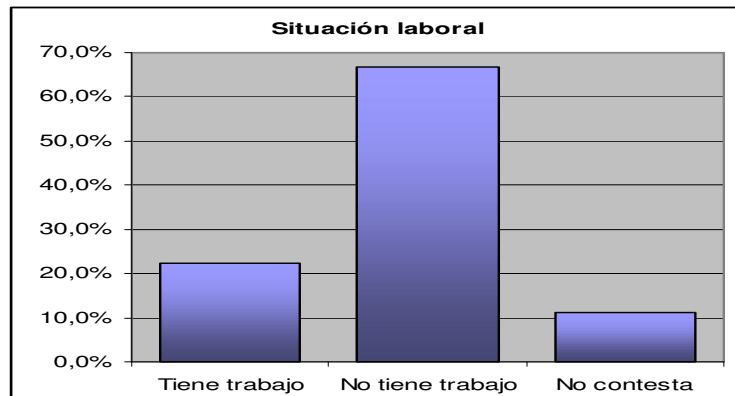
Gráfico 6
Situación de migración
Participantes Grupo Focal



Respecto de su situación de migración, la situación de estas mujeres demuestra la fragilidad sobre su residencia definitiva y legal en Chile. Dos de ellas están, así lo reconocen, ilegales y una tercera en calidad de "turista", lo que induce a pensar que próximamente se traducirá en una suerte de residencia ilegal. Otras dos se declaran refugiadas, es decir, cuentan con residencia permanente. El resto presenta situaciones variadas, pero aparentemente legales, contando con cierta estabilidad.

Su situación de migración, sea esta legal (documentada) o ilegal (indocumentada) determina el derecho al acceso a la atención en salud. Para la institucionalidad chilena, contar con documentación regularizada significa la asignación de un RUT y este, a su vez, permite el acceso a la atención en la salud pública de manera regular. Por el contrario, la carencia de éste excluye automáticamente de la atención en salud y sólo contempla el control de embarazo y la atención de parto.

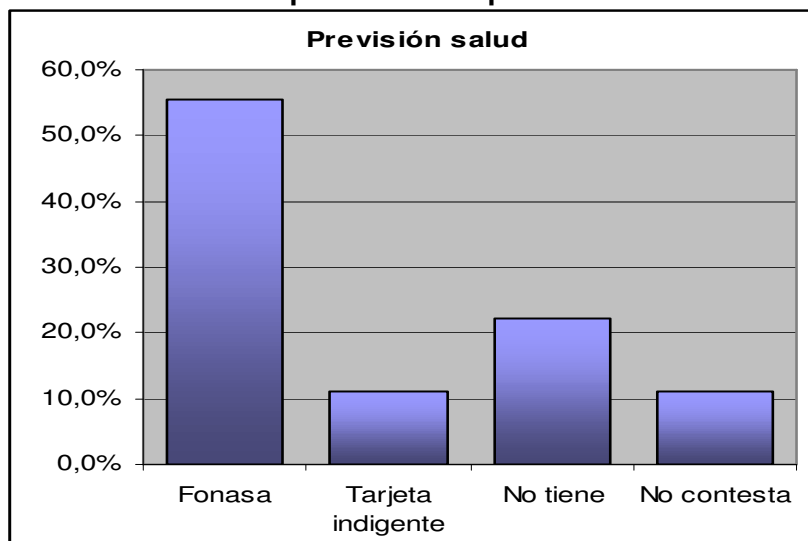
Gráfico 7
Situación laboral
participantes en Grupo Focal



Respecto de la situación laboral de las mujeres migrantes peruanas, se puede constatar que la mayoría de las participantes **no trabaja actualmente** (se puede pensar que la persona que no entrega información tampoco lo tiene). Por tanto, no cuentan con ingresos regulares ni estables. Este hecho nuevamente las pone frente a una situación de gran precariedad y pobreza, más aún si pensamos que el 50% de ellas es jefa de hogar y tiene familia a su cargo.

Cabe destacar que aquellas mujeres que están en situación legal indocumentada indican que no trabajan. Es posible que lo hagan en el mercado informal o que no lo den a conocer por temor a ser denunciadas, lo que agrava aún más su condición, sobre todo la de una de ellas que vive sola con hijos pequeños. Puestas en esa situación de vulnerabilidad, debemos suponer que estas mujeres buscan afanosamente trabajo, pero que su condición de irregularidad en el país las expone a empleos de mala calidad e indignos, que pueden arriesgar su salud.

Gráfico 8
Situación de previsión de salud
Participantes en Grupo Focal



Sobre la previsión en salud, se constata que la mayoría de las participantes informa que sí la tiene, ya sea porque están inscritas en Fonasa o porque poseen la tarjeta de indigencia. Aquí se nos presenta una discrepancia toda vez que, anteriormente, el 30% de ellas declaró no tener la situación legal regularizada y el 78% declara no contar con un trabajo estable, lo que las excluye de la previsión obligatoria en salud.

Sólo un 30% de ellas reconoce no contar con alguna previsión en salud (considerando que la persona que no contesta tampoco la tiene), lo que les impide tener acceso a salud, dejándolas nuevamente en una situación de desprotección, precariedad y alta vulnerabilidad respecto de su calidad de vida, especialmente en lo que se refiere a salud. Esta situación de no acceso a la salud es el gran nudo, ya que ellas presionan por recibir este derecho y el sistema las rechaza por no tener resuelta la situación legal y previsional en el país.

Gráfico 9
Consultorio al que asiste
Participantes en Grupo Focal

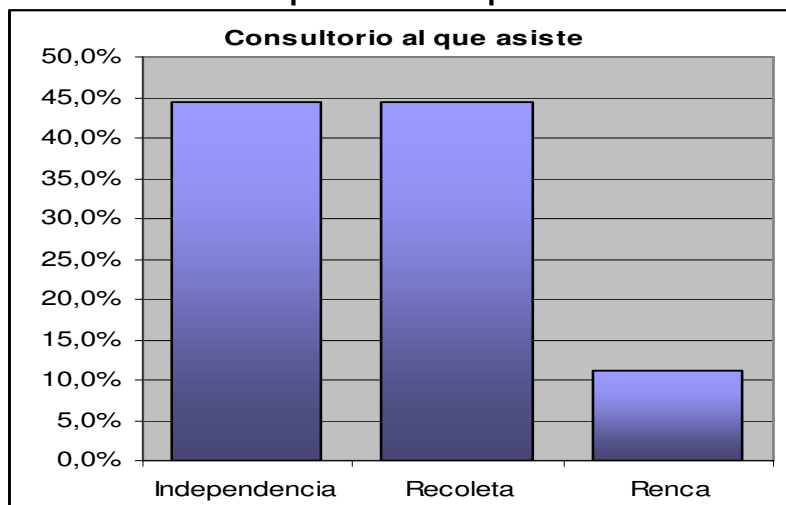
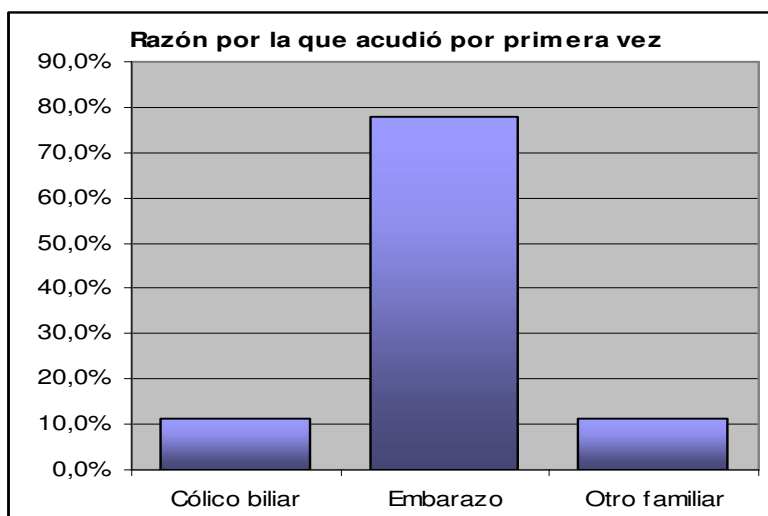


Gráfico 10
Razón por la que asistió la primera vez
Participantes en Grupo Focal



La atención en salud reproductiva de las mujeres constituye una importante razón por la cual las mujeres migrantes peruanas, independiente de su situación legal, se acercan al Servicio de Salud Norte para demandar atención de control de embarazo o de parto propiamente tal; el 78% de ellas se ha acercado por primera vez al consultorio producto de su situación de embarazo. Por lo planteado en el grupo focal, las mujeres informan que llegan con un embarazo de término a pedir atención, es decir, la mayoría no se controla durante todo el embarazo sino sólo en el último

período, cuando el parto ya es inminente, lo que, sin lugar a dudas, pone en riesgo su salud y la de su bebé.

En resumen, podemos decir que las mujeres migrantes peruanas que asisten a los Consultorios de la Zona Norte y que participaron en el grupo focal presentan la siguiente caracterización:

- Son adultas jóvenes que, en promedio, tienen 28 años;
- Todas son madres o proyectan serlo y viven en familia;
- El 50% es jefa de hogar, es decir, cría sola a sus hijos;
- Constituyen un público usuario instruido con más de 10 años de estudios;
- Viven, en promedio, hace 4 o más años en Chile;
- Su situación legal es variada, las hay con situación regularizada (legales) y otras con situación aún no resuelta (ilegales).
- La mayoría ha llegado al sistema público de salud producto de embarazo y cuenta con previsión de salud a través de Fonasa o carnet de indigencia.
- No cuentan con trabajo remunerado estable y viven en situación de pobreza.

La suma de estas características hace que constituyan un grupo altamente vulnerable, expuestas a situaciones de riesgo que ponen en peligro su calidad de vida y la de sus hijos, especialmente en lo que se refiere a salud.

2. Sus percepciones sobre la atención en salud en consultorios de la Zona Norte

Diversos informes internacionales han ilustrado el acceso a la asistencia sanitaria y las consecuencias de salud que sufren los migrantes en muchas partes del mundo. En general, la tendencia a que los migrantes tengan menos asistencia en salud, con el consiguiente deterioro de su estado de salud, es más acusada entre los recién llegados.

Como ya se ha mencionado, el 62% de la población migrante peruana en Chile está constituido por mujeres, muchas de ellas en plena etapa de su vida reproductiva. De allí el interés de este estudio por conocer cómo perciben, sienten, experimentan y consideran las mujeres peruanas migrantes la atención en salud reproductiva que reciben en los Consultorios de la Zona Norte de Santiago. Para ello, la metodología¹² contempló una serie de temas sobre los cuales ellas nos dieron su opinión.

2.1 Sobre el acceso a los servicios de salud, las participantes del grupo Focal reportan que saben de la existencia y ubicación de los Consultorios por la información que reciben de la red de amigos, de familiares, por contactos propios, o que llegan a ellos ante un parto inminente. Sin embargo, cuando se

¹² Ver anexo 1.

trata de tomar contacto con el Consultorio informan que se ven enfrentadas a muchas dificultades ya que, a menudo, el sistema se niega a atenderlas por no tener sus papeles al día, pese a estar embarazadas. Ante esta situación se ven obligadas a buscar a alguna persona amable dentro del sistema para que les facilite su ingreso y les informe más adecuadamente sobre su situación. Igualmente, relatan que el personal de salud nunca ha ido a sus domicilios para informarles de los servicios que ofrece el Consultorio. Del mismo modo, destacan/identifican que una dificultad importante para tener un acceso expedito a la atención en salud es la exigencia por parte de algunas Asistentes Sociales de tener su situación inmigratoria regularizada, es decir, con sus papeles al día, para ingresarlas al sistema. La situación de ilegales les dificulta aún más la posibilidad de hacer uso del sistema de salud, ya que sólo las atienden durante el embarazo y parto, pero cualquier cuidado posterior les es negado, quedando desprotegidas frente a eventuales complicaciones.

- 2.2 En lo referido al trato, la mayoría de ellas no duda en calificarlo de malo y vejatorio para su dignidad como personas y que el hecho de recibir un trato adecuado e informado constituye una excepción y no la norma. Los relatos describen que son tratadas a gritos, que las tiran, las empujan, que no hay consideración con su embarazo, con los dolores y malestares que sienten ni con su estado de post parto. Sienten que no reciben ayuda ni apoyo por parte de auxiliares, matronas ni médicos, más bien acusan graves malos tratos por parte de ellos, así como abuso de poder del personal en sala. Expresan que desearían un trato más digno, más considerado y más atento hacia ellas.
- 2.3 Las siguientes opiniones tienen que ver con su calidad de personas con derechos y las posibilidades de ejercerlos en su relación con los Consultorios. Consultadas si al ser sometidas a algún procedimiento el personal de salud le informa adecuadamente respecto de él, la mayoría señala que no recibe información o que ella es escasa y que tampoco se les entrega material educativo al respecto. Sienten que cuando requieren información del personal que las atiende, no logran, por lo general, obtener una respuesta adecuada ni satisfactoria. Las dudas no les son aclaradas y el lenguaje que se utiliza es difícil y muchas veces incomprensible. Perciben que el sistema de salud no las reconoce como personas adultas y con derechos.
- 2.4 Cuando se conversa específicamente sobre la atención en salud reproductiva y sexual que reciben, relatan que no son informadas adecuadamente acerca de los distintos métodos anticonceptivos y, que, muchas veces, enfrentadas a las circunstancias, tienen que optar por alguno de ellos, sin conocer realmente sus efectos. Igualmente, reclaman que durante la atención no se ofrecen espacios de conversación sobre sexualidad y que el respeto por la privacidad depende de la persona que las atiende, pero que en la práctica casi no existe. Tampoco reciben materiales educativos sobre estos temas y nunca han sido visitadas por personal de salud en sus casas para ser informadas al respecto. Frente a temas como la anticoncepción de emergencia demuestran no estar informadas sobre él, por lo tanto nunca la han requerido. En cuanto a la experiencia en partos comentan que esta ha sido en general adecuada, que algunas de sus parejas las han podido acompañar en partos normales, lo que resaltan positivamente, y han podido ser visitadas sin problemas por sus

familiares en los hospitales. Reclaman fuertemente que, en el caso de las mujeres con una situación legal no resuelta e irregular, carecen de atención post parto resaltando la grave situación de salud que esto ocasiona y en la situación de desprotección y riesgo en que las deja, sobre todo porque este grupo no cuenta con recursos propios para recurrir al sistema privado de atención en salud. Su condición de mujeres peruanas migrantes, legales o ilegales, las hace conscientes de su vulnerabilidad y las inhibe para exigir una buena atención llevándolas a pensar que son víctimas de un sistema que no la acoge ni respeta, salvo excepciones.

- 2.5** Acerca de su percepción de **discriminación** por parte de los prestadores de atención en salud, las participantes del Grupo Focal manifiestan claramente que reciben mejor trato de los profesionales de salud extranjeros (ecuatorianos, bolivianos) que del personal chileno, pero que saben que la institución en sí no las discrimina, sino que depende de las personas y de los profesionales con que se relacionan en la prestación de salud. Relatan circunstancias en las cuales han sufrido amenazas por su situación legal irregular (denuncia a la policía), que muchas veces se les interroga sobre las razones por las cuales vinieron a Chile y el origen de su llegada, circunstancias, etc., temas que, estiman, no son relevantes para un examen de salud y que, en ocasiones, son presionadas para que regresen a su país. Recalcan que al estar en situación irregular se agravan los problemas de atención y trato. Algunas opinan que a las mujeres chilenas se les atiende mejor y declaran que también perciben discriminación en el trato y acogida a los niños y niñas dependiendo de su nacionalidad, que a los niños y niñas chilenos se les da un trato con más cariño. Sin embargo, rescatan de manera positiva el hecho de que sean llamadas por sus nombres y no en forma despectiva.

A **modo de resumen**, podemos decir que la información recibida desde las mujeres migrantes peruanas que se atienden en Consultorios del Área Norte de Salud nos permite afirmar que existe una gran distancia entre las necesidades de salud que ellas requieren y la resolución satisfactoria de esas necesidades por parte del sistema de salud público.

Un hecho decisivo que marca la relación entre mujer usuaria y el sistema de salud lo constituye la situación legal en la que se encuentra. Efectivamente, si la persona presenta su Rol Único Tributario tiene derecho a ingresar al sistema y pasa a ser una usuaria más, sin que su situación de migrante y de peruana determine la calidad de atención que recibe, por lo menos desde la institucionalidad. Por el contrario, si la persona carece del RUT, el sistema la excluye como sujeto de atención en salud y no considera ni se hace cargo de su situación particular de migrante peruana y carente de medios; es decir, el sistema no cuenta con una política pública focalizada para atender a mujeres migrantes. Se constata, por ende, un déficit de las políticas de salud, toda vez que por un tema administrativo/legal se excluye a mujeres vulnerables –las migrantes indocumentadas– de un derecho humano básico como es el derecho a la salud.

Las mujeres de ambos grupos, con estatus legal e ilegal, comparten la percepción de que el sistema de salud no las reconoce como personas con derechos, no les otorga información sobre su situación ni menos sobre sus derechos o sobre los

programas a los cuales podrían acceder y que, a menudo, se les niegan. Sienten que la falta de comunicación y enorme distancia entre ellas y el sistema de salud las obliga a buscar subterfugios o vías de contactos personales para lograr acceder a algún programa o beneficio. La falta de información las pone en una situación de vulnerabilidad que agrava la ya existente y fortalece la percepción de desprotección y de estar expuestas a múltiples situaciones de riesgo.

Ellas, aunque se reconocen como personas con derechos, no conocen efectivamente sus derechos en salud ni de derechos reproductivos y sexuales y desconocen las diferencias institucionales que significa tener una situación legal regularizada a otra que no lo es y lo determinante que esto puede ser para tener acceso a atención en salud.

El acceso a la salud les es difícil y engorroso por la ausencia de información. Tampoco el sistema impulsa iniciativas para acercarse a ellas y orientarlas. Sienten que el sistema de salud les da un trato deficiente y vejatorio, muchas veces displicente, negándoles la debida protección, cuidado y respeto.

Un elemento importante de destacar son las expectativas con que las mujeres acuden a las instituciones de salud. En este sentido, es necesario recordar que ellas, por la situación en que se encuentran y por su perfil, presentan dificultades para articular sus requerimientos, algunas tienen una baja autoestima, están desinformadas, demandadas por una situación familiar apremiante y muchas veces sin la posibilidad de poder decidir por sí mismas. Su vulnerabilidad es de tal magnitud que limita el ejercicio de sus derechos y la demanda de ellos.

Saben que, en rigor, el sistema no las debería discriminar, pero en la práctica es determinante si se encuentran con funcionarias y funcionarios que las acogen y ayudan o, por el contrario, las presionan o las hacen sentirse maltratadas.

Se agrega el hecho de que, en su mayoría, las mujeres migrantes peruanas viven una delicada situación económica, circunstancia que las convierte doblemente en no demandantes. Los testimonios dan cuenta de las bajas expectativas de gran parte de ellas y de su descontento; sólo esperan que se les atienda, que no se les rechace y que no se les maltrate.

Al ser la salud un tema muy sentido y prioritario, demandan más acceso y calidad de salud de la que hoy tienen y en todos los ámbitos, no sólo en lo que respecta a control de embarazo y parto.

En estos aspectos sus expectativas son altas y se muestran dispuestas a informarse mejor y a establecer puentes con el sistema de salud, con el objeto de recibir una mejor y más humana atención en salud para ellas y sus familias.

3. Sus demandas y propuestas

Hacer posible el adecuado goce de la salud reproductiva y sexual de las mujeres, en este caso de las mujeres peruanas migrantes, como parte de la salud integral –comprendida en esta sus derechos y su empoderamiento– es un objetivo de desarrollo y de bienestar humano.

Dirigir la mirada más hacia la persona, al ser humano, que a la enfermedad, es un desafío que involucra un cambio cultural que considera a las personas como sujetos y no como objetos de la salud reproductiva, siendo la salud sexual un aspecto esencial de la salud reproductiva.

Para ello, se requiere de un esfuerzo esencial por parte del Estado en forma de marcos éticos y de políticas públicas. “Por la importancia de la salud reproductiva para la dignidad humana, es esencial que los sistemas de salud hagan las modificaciones necesarias para promoverla y garantizarla”,¹³ es decir, habrá que reforzar los mecanismos para proporcionar la información, los medios para hacerlo, fomentar la comprensión de los profesionales de la salud y las condiciones sociales que la hagan posible para todas las personas.

El hecho de que se proporcione a la población femenina peruana migrante, usuaria del sistema público de salud, una atención que asegure su bienestar depende de múltiples factores que, de una u otra manera, condicionan e involucran a distintos actores. De la acción de cada uno de ellos y de su coordinación y trabajo conjunto dependerá la calidad de atención que reciban y el respeto de sus derechos humanos.

Hasta ahora, las opiniones que vierten estas usuarias sobre su experiencia de demanda de atención del servicio de salud, son bastante deplorables y dolorosas y requieren una pronta reacción de las autoridades de salud para tomar las medidas necesarias y mejorar la atención que ellas reciben.

3.1. Sus demandas al sistema

- Ser atendidas en los servicios de salud pública, independientemente de su situación legal. La posesión o no del RUT no debería transformarse en una condicionante.
- Acceso de todas las mujeres migrantes a la salud integral, no sólo a control de embarazo y atención de parto.
- Atender después del parto a todas aquellas mujeres migrantes que no tienen resuelta su situación de residencia.
- Tener derecho a ser atendidas en salud reproductiva, anticoncepción, post parto y, en general, a recibir una atención integral en salud.
- Mayor información sobre el funcionamiento del sistema de salud, dónde recurrir y cómo hacerlo.
- Recibir material educativo que les permita estar mejor informadas sobre una situación específica, como por ejemplo sobre anticoncepción, cuidados post parto, etc.
- Recibir un trato más digno y salir del consultorio con más claridades que cuando entraron.

¹³ María Isabel Matamala (editora). *Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Reproducciones Américas, Santiago, 1995.

3.1.1. Propuestas y recomendaciones al sistema

- Realizar, por parte del Ministerio de Salud, un diagnóstico sobre la situación de las y los migrantes y diseñe una política pública focalizada para este grupo.
- Crear un tipo de programa transitorio que permita operar prontamente y resolver el no acceso a la salud de las mujeres indocumentadas.
- Elaborar materiales educativos, como volantes, afiches, que las informen sobre sus derechos y deberes.
- Realizar una campaña de información focalizada hacia la población migrante.
- Tener un libro de sugerencias en los Consultorios, en donde ellas puedan dejar estampados sus comentarios.
- Contar con una persona responsable en los consultorios que pueda informarlas adecuadamente y orientarlas (podría estar un medio día en cada uno de ellos).
- Realizar campañas educativas dirigidas al personal de salud que trabaja directamente con la población migrante.

3.2. Sus demandas al personal de salud

- Ser tratadas con dignidad y respeto, que no las amenacen con denunciarlas a la policía.
- Recibir orientación médica por parte de los médicos y profesionales que las atienden, que les expliquen su situación de salud y los posibles riesgos.
- Que las Asistentes Sociales de los Consultorios reciban capacitación especial para atender a la población migrante.
- Que las Asistentes sociales les devuelvan los resultados de las encuestas y entrevistas que les hacen, ya que no reciben información sobre qué pasa al respecto.
- Una actitud más proactiva de las asistentes sociales, para que estén en condiciones de dar orientación adecuada y resolver situaciones.

3.2.1. Propuestas y recomendaciones al personal de salud

- Realizar un seminario de sensibilización sobre derechos humanos y obligaciones internacionales respecto de migrantes para todos los funcionarios de los consultorios.
- Capacitar a los funcionarios públicos del Servicio de Salud sobre los temas de migración y salud, derechos y género.

3.3. Sus propuestas hacia las mujeres migrantes

- Fortalecer las redes sociales a nivel comunitario tanto para sensibilizar a la población chilena como a la población peruana.
- Exigir al Consulado del Perú que informe sobre los derechos de la población migrante peruana.
- Realizar un esfuerzo para conocer y comprender la cultura chilena, sus particularidades y su institucionalidad.

4. Aportes para políticas públicas

Es necesario establecer y ejecutar directrices, así como recomendaciones de políticas, sobre la salud de las migrantes, en especial en lo que se refiere a la salud reproductiva y sexual. Como país, habrá que prestar atención a las necesidades de acceso y a la calidad de atención en la salud de los migrantes. Deberá ser el Ministerio de Salud la institución que asuma el liderazgo para elaborar las políticas y como asunto de máxima urgencia. Será necesario emprender acciones estratégicas a nivel local, regional y nacional. Deben coordinarse políticas, actividades e intercambio de información entre el país de origen, en este caso Perú, y Chile, como país de asentamiento.

Chile, como país que recibe migrantes, tiene que adoptar políticas y prácticas de salud que eliminen los obstáculos económicos y administrativos para el mejor acceso de este grupo humano a la salud. Tales políticas y prácticas deberían englobar específicamente a todos los tipos de migrantes, especialmente a los y las más vulnerables, como las migrantes indocumentadas. Además, las cuestiones relativas a la equidad de género deben ser incorporadas a esas políticas, con el fin de hacerlas más eficientes.

Es necesario reforzar los servicios y la atención en salud reproductiva y sexual para la población migrante, especialmente cuando las estadísticas muestran que la mayoría de los migrantes del Perú que llegan a Chile son mujeres en plena edad reproductiva. La sociedad civil y las organizaciones de migrantes no deben quedar excluidas de participar en este proceso. Las intervenciones preventivas y asistenciales deben implicar a agentes comunitarios y a actores de la sociedad civil. Todos están llamados a participar en todas las etapas del proceso, desde la planificación y la ejecución hasta la evaluación de la promoción de la salud y los programas de suministro de servicios.

III. REACCIONES Y COMPROMISOS

La Fundación Instituto de la Mujer presentó los resultados de este proyecto el 4 de mayo de 2007 ante autoridades y personal médico y paramédico del Servicio de Salud Metropolitano Norte, un representante del Departamento de Estudios del Ministerio de Salud, representantes de diversas organizaciones internacionales y sociales de la Región Metropolitana, así como de colectivos y grupos de mujeres migrantes peruanas.

El objetivo era compartir los principales resultados del estudio, propiciar un diálogo entre diferentes actores en el tema de migración y salud, así como conocer la reacción y comentarios de esos actores ante las demandas y propuestas de las mujeres migrantes peruanas.

El doctor Antonio Infante, director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, felicitó al equipo de la Fundación Instituto de la Mujer por el informe presentado, calificado por él como un excelente trabajo, por su calidad y por las recomendaciones que en él se formulan para mejorar el acceso de las mujeres migrantes a servicios de salud. Señaló algunas de las tareas que el Servicio de Salud Metropolitano Norte lleva adelante para asegurar el acceso de las mujeres migrantes a servicios de salud reproductiva, especialmente en los consultorios de atención primaria.

Expresó su disposición para continuar en la búsqueda de soluciones que, aunque paliativas, permitan un mejor acceso de las mujeres migrantes indocumentadas a la salud, respetando de esta manera sus derechos humanos básicos. En términos concretos, el doctor Infante señaló que se está estudiando la posibilidad de crear un registro que permita otorgar a la población migrante en situación irregular un documento que les facilite el acceso a servicios de salud. Este documento no sería un RUT propiamente tal (Rol Único Tributario, uno de los documentos de identidad utilizados en Chile), pero tendría la facultad de ser un documento validado para fines de acceso a la salud. También se comprometió a implementar a la brevedad posible una de las recomendaciones del estudio del Instituto de la Mujer, la de contar con una persona que oriente y entregue información pertinente a la población migrante en los distintos consultorios de salud de la Zona Norte de la Región Metropolitana.

Por su parte, Lorenzo Agar, Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud y Migración del Ministerio de Salud, se refirió en primer lugar a la importancia que ese ministerio está confiriendo al tema migratorio. Esto se ha concretado, dijo, en la creación por resolución ministerial del Grupo de Trabajo de Salud y Migración en noviembre de 2006 y por la decisión de realizar, a través de licitación pública, dos estudios diagnósticos sobre la salud de la población migrante (tal como recomendado por el estudio de la Fundación Instituto de la Mujer). Ambos proyectos, apoyados por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), tienen como objetivo conocer en mayor profundidad las necesidades de salud de la población migrante de la Zona Norte de la Región Metropolitana con el fin de establecer planes pilotos en materia de salud general y de salud mental.

También señaló algunas de las medidas tendientes a asegurar el acceso de población vulnerable migratoria irregular a servicios públicos de salud. En esa línea recalcó la medida adoptada en el año 2003 para las mujeres migrantes embarazadas, las que, desde esa fecha –tal como se señala en el informe de la

Fundación– pueden acceder a servicios de control pre natal y parto en consultorios y hospitales públicos. Por otra parte, indicó que pronto se hará efectiva una normativa conjunta del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y del Ministerio de Salud con el fin de dar acceso igualitario a la salud a los niños extranjeros en condición irregular. Esto, dijo, es una medida paliativa en espera de la nueva política migratoria nacional aún pendiente de su aprobación y puesta en marcha. Al respecto, señaló: “Lo que hemos tratado de hacer es avanzar para dar servicios de salud a aquellos grupos de inmigrantes que, aunque estén en situación irregular, necesiten en forma prioritaria acceder y ser atendidos en salud”. Con todo, señaló Lorenzo Agar, es necesario estar alineado con la política nacional, cuyo sentido es que los inmigrantes regularicen su situación según la legislación vigente. Planteó dos caminos posibles para solucionar el problema de la irregularidad migratoria y la salud: elaborar políticas migratorias específicas en salud, tal como se está haciendo actualmente, o apostar directamente a la regularización migratoria. A su juicio, “algo más profundo y consistente tiene que ver con una nueva política migratoria”.

En la última parte de su intervención, Lorenzo Agar indicó que en el estudio de la Fundación Instituto de la Mujer echaba de menos “un rol más activo de las comunidades” (migrantes). Es necesario, dijo, que las comunidades también se hagan responsables de informar, a través de sus redes, a los nuevos migrantes sobre las dificultades que enfrentan si ingresan a Chile de manera ilegal (sin registro de entrada) o si permanecen en forma irregular. Para él, las comunidades tienen que “informar acerca de los derechos y acerca de los deberes” de la población migrante.

Finalmente, puntualizó que el estudio de la Fundación Instituto de la Mujer será considerado en el trabajo que se pueda seguir haciendo con la población migrante: “Han hecho un muy buen trabajo y lo tomaremos en cuenta”.

Miriam Tarazona, dirigente del Colectivo “Abriendo puertas para la integración latinoamericana”, colectivo en gestación, señaló en parte de su intervención que uno de los desafíos de la migración es la existencia de políticas migratorias que garanticen el respeto de los derechos inherentes a la persona humana, las cuales han sido consagradas en el derecho internacional. Sobre las mujeres en particular, señaló que “estamos hablando de una población vulnerable por ser mujer, ser migrante y por no contar con los recursos de atención básicos que están amparados por el derecho internacional, pues este derecho está sujeto a la obtención del carnet de identidad que sólo se obtiene a través de un contrato de trabajo por un periodo de un año o dos años”. Esta situación, señaló, se agudiza en el caso de las mujeres solicitantes de refugio, quienes tienen que esperar más de dos años para que su situación se regularice, período en que no pueden acceder a la atención de salud, primaria o mental, “a pesar de que las condiciones en que llegan a Chile son las más precarias y de forma involuntaria, chocando permanentemente con un sistema desprotector y hasta, a veces, insensible.”

La dirigente peruana indicó que el tema de salud y migrante pasa por una política de protección integral al migrante que viene a Chile en busca de nuevas condiciones económicas y, en otros casos, de seguridad: la de su vida y de su grupo familiar. Finalmente, hizo un llamado al gobierno y a las autoridades políticas a continuar el trabajo para lograr la promulgación de una ley de migración y refugio que garantice

un trato integral y digno a las personas migrantes y refugiadas, en coherencia con los tratados y convenios internacionales firmados y ratificados por Chile. Esto, puntualizó, garantizará el respeto de sus derechos como personas y el conocimiento de sus obligaciones como ciudadanos.

Luego de la intervención de las tres personas comentaristas, se llevó a cabo una ronda de preguntas, consultas y comentarios por parte del público asistente. Las mujeres migrantes presentes hicieron hincapié en la necesidad de recibir información pertinente sobre el acceso a la salud y otros servicios. Se estableció un diálogo, difícil por momentos, entre el personal médico y paramédico presente y las mujeres migrantes, por las diferencias que ambos grupos perciben sobre el acceso, trato y atención de salud que reciben las migrantes en los consultorios de salud y hospitales públicos. De allí que algunas de las recomendaciones presentadas en este informe adquieran mayor importancia, sobre todo aquellas relativas a la necesaria sensibilización del personal de salud sobre las dificultades y vulnerabilidades de la población migrante y a la necesaria acción del Estado para respetar sus derechos humanos.

Bibliografía

- Araujo, Kathya, María Claudia Legua y Loreto Ossandón (2002). *Migrantes andinas en Chile. El caso de la migración peruana*. Edición revisada y actualizada por Loreto Ossandón. Fundación Instituto de la Mujer, 2002.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2006). Inmigrantes en Chile. Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-05-16.1264867506
- Centro de Estudios de Opinión Ciudadana (2005). *Situación de los peruanos en Chile*. Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad de Talca, Chile. Disponible en: [http://www.ceoc.cl/docs/encuesta_historial/Encuestas_2005/Peruanos_en_Chile_\(Feb_2005\).pdf](http://www.ceoc.cl/docs/encuesta_historial/Encuestas_2005/Peruanos_en_Chile_(Feb_2005).pdf)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2002), El derecho al disfrute del más alto nivel de salud, Observación General N° 14, 22º Período de Sesiones. Citado por Luis Mora (2002), *Las fronteras de la vulnerabilidad: Género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002, Santiago de Chile.
- Cortés Castellanos, Patricia (2005). *Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 61, Santiago de Chile.
- De Barbieri, Teresita. (1992). "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica". En: *Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres N° 17, Isis Internacional, Santiago de Chile.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2007). *El estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional*. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2006/pdf/sp_sowp06.pdf
- Jorge Martínez (2003). *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*. Serie Población y Desarrollo N° 44. CEPAL, Santiago, 2003).
- Matamala, María Isabel (editora) (1995). *Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Reproducciones Américas, Santiago, 1995.
- Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Departamento de Extranjería y Migración (s/f). "Permanencias definitivas otorgadas entre 1995 y 2005". Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/permanencias_def_1995-2005.pdf
- Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Departamento de Extranjería y Migración (s/f). "Población censada nacida en otros países que declaran vivir habitualmente en una comuna de Chile, por sexo y grupos de edad, según división política administrativa, continente y país de nacimiento". Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/censo__2002_.pdf
- Mora, Luis (2002). *Las fronteras de la vulnerabilidad: Género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. Fondo de Población de Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Mujica P., Javier (2004). El desafío de la solidaridad. Condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile. Trabajo preparado para la Organización Internacional del Trabajo, Proyecto "Los sindicatos y el trabajo decente en la era de la globalización en América Latina". Perú.

- Naciones Unidas (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (1994). Disponible en:
http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm
- Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Disponible en:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (2006). *Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005*. Preparado por la Unidad de Derechos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud del Ministerio de Salud del Perú. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/otraspublicaciones/126/Perfil%20de%20Salud%20Mujeres%20y%20Hombres.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (2003). *Globalización y salud*. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA.
- Organización Internacional para los Migrantes (s/f). *Derechos y obligaciones de los migrantes*.. Disponible en: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/266>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, y Organización Internacional para la Migración (2002). *El derecho de los migrantes a la salud*. Ginebra, Suiza.
- Servicio Nacional de la Mujer. *Informe de Chile 2006*. XXXIII Asamblea de la Comisión Interamericana de Mujeres, CIM, julio 2006.
- Stefoni, Carolina (2002). "Mujeres inmigrantes peruanas en Chile". *Papeles de Población*, julio-septiembre, N° 33, pp. 118-145. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Universidad Diego Portales (2006). "Derechos humanos de las personas inmigrantes". En: *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2005*. Disponible en:
http://www.udp.cl/derecho/noticias/informe/derechos_inm.pdf
- Zavala San Martín, Ximena y Claudia Rojas Venegas (2005). "Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile". En: Silvia Chejter, Cristina Cacopardo, Brenda Pereyra, Graciela Varela, Ximena Zavala, Claudia Rojas, *Migraciones, globalización y género en Argentina y Chile*. Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el marco de los procesos de integración regional en América Latina: Centro de Encuentros Cultura y Mujer, CECYM, Argentina; *Cotidiano Mujer*, Uruguay; Fundación Instituto de la Mujer, Movimiento Pro Emancipación de la Mujer, MEMCH, Chile; Red de Educación Popular entre Mujeres, REPEM, Uruguay.

ANEXO 1

Conceptos y aspectos metodológicos

Principales conceptos:

Calidad de atención en Salud Reproductiva y Sexual¹

La Salud Reproductiva, tan vital para el ser humano, es un proceso continuo a lo largo del ciclo vital de la mujer. Es inherente a su sexo y la acompaña durante toda su vida, hasta el período post reproductivo. El objetivo central de la salud reproductiva es crear las condiciones para que madres y padres saludables puedan determinar, libre e informadamente, cuándo quieren ser padres y que así lo deciden puedan tener hijos sanos, sin comprometer su propio estado de salud.

La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no sólo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.²

Por su parte, cuando se habla de calidad de atención nos estamos refiriendo a aquella que hace esfuerzos por promover, facilitar y garantizar los mayores niveles de salud integral para las mujeres. La buena calidad en la atención es aquella que proporciona el máximo bienestar a quien demanda atención, en este caso en salud reproductiva y sexual.

Entendemos por una buena calidad en salud reproductiva de las mujeres aquella que, inscrita en la noción de salud integral, resuelve el motivo de la consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de la usuaria, así como también potenciando su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos.

La atención de salud de buena calidad, resulta de:

- La resolución de las necesidades de prevención o sanación de las personas que consultan, lo que supone un balance a nivel de las distintas dimensiones de su salud integral, así como la puesta en juego de capacidades técnicas y humanas por parte de las personas prestadoras.
- La satisfacción de las expectativas de las personas consultantes, cuestión que está fuertemente condicionada por el contexto psico-social y cultural de las mismas, y en consecuencia, por su mayor o menor capacidad para ser sujetas de deseo, lo que está relacionado con su mayor o menor grado de individuación y autodeterminación.
- El reconocimiento, la promoción y el respeto de los derechos humanos de la población usuaria. Esto sitúa la calidad de atención en un marco ético y, a la vez, establece diferencias con las conceptualizaciones de calidad de la atención basadas en criterios estrictamente económicos y administrativos.
- El empoderamiento de las personas consultantes, cuestión que supone esfuerzos que contribuyan a deconstruir las relaciones sociales jerárquicas en términos de género, etnia, edad, clase, orientación sexual, etc. y que como expresión de ello, aumentan los grados de autodeterminación de esas personas.
- Realizar esfuerzos para caminar hacia el goce de la salud reproductiva y sexual de las mujeres, en este caso de las mujeres peruanas migrantes, como parte de

¹ Conceptos tomados básicamente de María Isabel Matamala (editora). *Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Reproducciones Américas, Santiago, 1995.

² Programa de Acción de El Cairo, 1994.

su salud integral, es un objetivo de desarrollo. El respeto por sus derechos, el considerar a las personas como sujetos y no como objetos de la salud reproductiva y sexual son tareas que involucran al sector salud y demandan un cambio cultural en la relación con las usuarias y en el modelo de intervención tradicional.

Derechos Humanos

Los derechos humanos son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el simple hecho de serlo, sin los cuales no se puede vivir como tal.

Los derechos humanos se dividen en tres tipos: de primera generación (derechos civiles y políticos) y de segunda generación (derechos económicos, sociales y culturales).

Derechos civiles y políticos:

- A la vida
- A la integridad física y moral
- A la libertad personal
- A la seguridad personal
- A la igualdad ante la ley
- A la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión
- A la libertad de expresión y de opinión
- De resistencia y de inviolabilidad del domicilio
- A la libertad de movimiento o de libre tránsito
- A la justicia
- A una nacionalidad
- A contraer matrimonio y fundar una familia
- A participar en la dirección de asuntos políticos
- A elegir y ser elegido a cargos públicos
- A formar un partido o afiliarse a alguno
- A participar en elecciones democráticas

Derechos económicos, sociales y culturales:

Derechos económicos

- A la propiedad (individual y colectiva)
- A la seguridad económica

Derechos sociales

- A la alimentación
- Al trabajo (a un salario justo y equitativo, al descanso, a sindicalizarse, a la huelga)
- A la seguridad social
- A la salud
- A la vivienda
- A la educación

Derechos culturales

- A participar en la vida cultural del país
- A gozar de los beneficios de la ciencia
- A la investigación científica, literaria y artística

Todos los derechos humanos se aplican a los migrantes, pero existen ciertos derechos relacionados con la movilidad que son particularmente relevantes en el contexto de la migración, por ejemplo, el derecho a la libertad de movimiento, el derecho a buscar asilo, el derecho a la nacionalidad, y el derecho a la unidad familiar. No existe una categoría distinta de “derechos de la migración” dentro del amplio cuerpo de derechos que ha desarrollado la comunidad internacional. Los derechos que son relevantes para los migrantes surgen a partir del derecho internacional sobre derechos humanos, derecho sobre trabajadores migrantes, y derecho humanitario.

Todos los migrantes son seres humanos que poseen derechos humanos y libertades fundamentales e inalienables que son universalmente reconocidas en instrumentos internacionales como la Declaración Universal sobre Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Los derechos humanos no pueden negarse a una persona o ser transferidos a otra, es decir, son inalienables. Los derechos humanos están garantizados para todas las personas presentes en un Estado: por tanto, también están garantizados para los migrantes, independientemente de su estatus legal o período de estancia. Mientras que algunos derechos humanos y libertades no son absolutos y pueden, en ciertas circunstancias limitadas, ser derogados, los derechos humanos fundamentales y las libertades nunca pueden ser suspendidos (por ejemplo, el derecho a la vida).³

Género

Para De Barbieri (1992), el género es “una construcción social, cultural e histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo, la adscripción de características de género es construida socialmente”. Esta identidad diferenciada es reforzada y controlada por diversas instituciones, tales como: legislación, educación, medios de comunicación, religión, familia y otras.

De esta forma, la perspectiva de género postula que tanto el hombre como la mujer no están determinados a actuar, sentir, hacer o pensar según su sexo biológico, sino más bien por motivos de poder, lo que ha llevado a la construcción de estereotipos diferenciados de lo que es ser hombre o mujer, privando a esta última de injerencia en las decisiones, incluyendo las referidas a su propio cuerpo.

Por lo tanto, el género define la posición y la relación de hombres y mujeres. El sistema sexo-género es relacional y vincula las variables biológicas y culturales tanto de hombres como de mujeres. En esa relación se construye identitariamente lo femenino y lo masculino.

Una buena atención en salud reproductiva con enfoque de género es aquella que, junto con resolver el motivo de la consulta, contribuye positivamente a modificar la baja autoestima y la subvaloración de la persona, así como también a promover la apropiación de su corporalidad y el ejercicio de sus derechos.

Particularmente importante resulta considerar esta dimensión de género en la atención de la salud reproductiva y sexual. Esta dimensión es imprescindible al momento de elaborar un perfil de las mujeres peruanas migrantes usuarias de los Consultorios de salud de la Zona Norte así como al identificar sus percepciones sobre la calidad de atención que reciben en el sistema público de salud. No considerar esta perspectiva llevaría a errores en el diagnóstico de la situación así como en la elaboración y diseño de políticas. Asimismo, si la política de

³ Derechos y obligaciones de los migrantes. Organización Internacional para los Migrantes. Disponible en: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/266>

salud dirigida a la población migrante que se implemente a futuro no considerase la variable género, ignoraría las diferencias y necesidades de ellos y ellas, y por lo tanto, mantendría la discriminación y desigualdad de oportunidades existente en nuestra sociedad.

Metodología

En este micro estudio (sondeo) se utilizó básicamente una metodología cualitativa, que articuló la sistematización de información documental y los resultados de un grupo focal realizado con la población objetivo, que entregó información sobre la situación global de los y las migrantes, especialmente en Chile, sobre políticas públicas en salud y género, así como sobre la percepción de estos actores sobre su situación en salud reproductiva.

Las principales actividades para este micro estudio fueron las siguientes:

- Recopilación de información bibliografía en temas tales como calidad de atención, género, migración, mujeres y migración, políticas públicas y salud, salud reproductiva.
- Contacto con organizaciones de peruanos migrantes en Chile, Santiago, para conocer más de cerca su situación y realizar en conjunto el llamado a participar en el grupo focal.
- Contacto con las autoridades pertinentes del Ministerio de Salud y de la Zona Norte para darles a conocer los propósitos de este micro estudio y realizar las actividades con su apoyo.
- Visitas a los Consultorios de Recoleta e Independencia (Zona Norte de Santiago) en los cuales se conversó con las jefaturas y personal de salud que atiende directamente a mujeres migrantes. Se realizó una observación del lugar y se contactó a mujeres migrantes peruanas usuarias del sistema público de salud.
- Contacto con organizaciones de migrantes para darles a conocer el proyecto e invitarlos a participar en sus actividades, especialmente para que promovieran la participación en el grupo focal.
- Se contactó a cerca de 40 mujeres migrantes peruanas.
- Se invitó a 30 de ellas a asistir al grupo focal.
- La muestra corresponde a un grupo focal, realizado con la participación de 9 mujeres.
- El grupo focal tuvo una duración de 6 horas con pausas de café y almuerzo.
- La pauta de temas para el grupo focal comprendió ejes temáticos, tales como acceso al sistema de salud, trato recibido, derechos, atención en salud reproductiva y sexual y percepción de discriminación/xenofobia. En un segundo momento de la jornada se conversó sobre recomendaciones y propuestas para mejorar la atención en salud.
- El grupo focal entregó información sobre las percepciones y valoraciones, las dificultades y elementos que pueden facilitar un mejor acceso a la salud de las migrantes peruanas.