
Interculturalidad y reconocimiento: el trabajo social y las tensiones ético-morales en la atención de salud a inmigrantes*

Cecilia Aguayo Cuevas**
Paulina Morales Aguilera***

Fecha de recepción: 22 de septiembre de 2014
Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2014

Resumen

El presente artículo brinda un conjunto de reflexiones que forman parte de un proyecto de investigación que busca explorar las tensiones y conflictos ético-morales que se generan entre los trabajadores sociales y los inmigrantes en el contexto de la atención primaria de salud. Dichos conflictos emergen especialmente al amparo de una consideración antagónica de los inmigrantes, ya sea como meros usuarios de atención o como sujetos de derechos. Tal realidad se analiza a partir de la experiencia chilena a través de cuatro tipos de dilemas y tensiones: primero, el inmigrante es incluido al sistema de salud, por cuanto cumple con las normativas establecidas institucionalmente para ser atendido versus un sujeto de derecho que requiere ser reconocido y legitimado en tanto tal. Segundo, la igualdad legal del inmigrante garantiza su atención, pues responde a las normas jurídicas vigentes versus una igualdad dialógica y procedimental que trasciende a un mero estatus legal. Tercero, el énfasis está puesto en el mero cumplimiento de las metas sanitarias versus una atención individualizada, integral y de calidad. Cuarto, el sistema de salud busca homogenizar las necesidades de los inmigrantes versus el respeto y promoción de su diversidad cultural.

Palabras clave: trabajo social, ética, moral, inmigrantes, conflictos.

* Este artículo es parte de los avances del proyecto de investigación Fondecyt que se encuentra en etapa de evaluación por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (Conicyt), Chile.

** Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile; magíster en Psicopedagogía y Políticas de Formación de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica; doctora en Filosofía de la Universidad de Chile, Santiago de Chile. Actualmente es directora de posgrado de la Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago de Chile. Correo electrónico: caguayo@unab.cl

*** Trabajadora Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana, Santiago de Chile; magíster en Filosofía de la Universidad de Chile; doctora en Filosofía de la Universidad de Valencia, España. Actualmente es miembro del Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia (GIBUV). Correo electrónico: correopaulinama@gmail.com

CÓMO CITAR: Aguayo Cuevas, C. y Morales Aguilera, P. (2015). Interculturalidad y reconocimiento: el trabajo social y las tensiones ético-morales en la atención de salud a inmigrantes. *Tendencias & Retos*, 20(1), 179-194.

Interculturality and recognition: Social work and moral-ethical tensions in health care to immigrants

Abstract

This article provides a set of reflections that are part of a research project that seeks to explore ethical-moral tensions and conflicts generated between social workers and immigrants in the context of primary health care. Such conflicts emerge especially due to an antagonistic consideration of immigrants, either as mere users of health care or as subjects of rights. This reality is analyzed from the Chilean experience through four types of dilemmas and tensions: first, the immigrant is included in the health system, because he/she meets institutionally established standards for treatment versus a subject of law that must be recognized and legitimized as such. Second, the legal equality of immigrants ensures their patient care, responding to the laws in force, versus dialogic and procedural equality that transcends mere legal status. Third, the emphasis is on mere compliance with health objectives versus an individualized, comprehensive and quality care. Fourth, the health system seeks to homogenize the needs of immigrants versus respect and promotion of cultural diversity.

Keywords: Social work, ethics, moral, immigrants, conflicts.

Interculturalidade e reconhecimento: o trabalho Social e as tensões ético-morais na atenção de saúde a imigrantes

Resumo

Este artigo oferece um conjunto de reflexões que formam parte de um projeto de pesquisa que busca explorar as tensões e conflitos ético-morais que se geram entre os trabalhadores sociais e os imigrantes no contexto da atenção primária de saúde. Estes conflitos emergem especialmente ao amparo de uma consideração antagônica dos imigrantes, seja como meros usuários de atenção *ou* como sujeitos de direitos. Tal realidade se analisa a partir da experiência chilena através de quatro tipos de dilemas e tensões: primeiro, o imigrante é incluído no sistema de saúde, em razão de que cumpre com as normativas estabelecidas institucionalmente para ser atendido versus um sujeito de direito que requer ser reconhecido e legitimado como tal. Segundo, a igualdade legal do imigrante garante a sua atenção, pois responde às normas jurídicas vigentes versus uma igualdade dialógica e procedimental que transcende a um mero status legal. Terceiro, o ênfase está posta no simples cumprimento das metas sanitárias versus uma atenção individualizada, integral e de qualidade. Quarto, o sistema de saúde busca homogeneizar as necessidades dos imigrantes versus o respeito e promoção de sua diversidade cultural.

Palavras chave: trabalho social, ética, moral, imigrantes, conflitos.

Introducción

El presente artículo da cuenta de un conjunto de reflexiones que buscan explorar las tensiones y conflictos ético-morales que se generan entre los trabajadores sociales y los inmigrantes en el contexto de la atención de salud de nivel primario.¹ Se pretende centrar la mirada en el rol de estos profesionales en cuanto mediadores éticos e interculturales, para abordar especialmente los conflictos que se producen entre las normativas institucionales —al considerar a los inmigrantes como usuarios de atención— y las prerrogativas de estos en cuanto sujetos de derechos.

En tal sentido, las tensiones y conflictos a los que hacemos referencia dicen de la relación con la consideración antagónica de los inmigrantes en cuanto usuarios de atención y sujetos de derechos. Por consideración antagónica, queremos señalar que el inmigrante una vez que cumple las normativas del sistema de salud primario es aceptado como usuario y beneficiario de sus servicios. Sin embargo, este estatus (muchas veces antagónico) no le otorga un reconocimiento como persona y sujeto de derecho. De acuerdo con lo primero, la inclusión de los inmigrantes es de tipo legal y administrativo, y está determinada por las normas vigentes del Estado chileno. Teniendo en cuenta lo segundo, se trata del derecho fundamental a ser reconocido en cuanto ser humano, con sus propios valo-

res y principios, más allá del mero derecho formal a ser usuario de atención.

En virtud de lo anterior, el presente artículo se estructura con base en diferentes apartados que buscan dar cuenta de lo anunciado hasta aquí. Así, los dos primeros puntos abordan lo relativo a la reflexión ética y moral, en sí misma y luego aplicada al trabajo social. El tercer acápite remite a la realidad chilena en términos de flujos migratorios. El apartado cuarto aborda específicamente lo referente a los conflictos ético-morales identificados en el marco de la interacción entre trabajadores sociales e inmigrantes en atención primaria de salud. Aquí se realiza una contextualización previa en cuanto a las perspectivas teóricas desde las cuales es posible dilucidar y comprender dichos conflictos o tensiones. Finalmente, se presenta un conjunto de reflexiones que cierran lo expuesto.

1. La ética y la moral

La ética es un saber de la filosofía que reflexiona sobre la moral. La moral forma parte de la vida cotidiana de las personas y las instituciones y busca orientar la acción humana a través de normas. Así mismo, el término “ética”, desde un punto de vista etimológico, nos remite al vocablo griego *ethos*, que significa fundamentalmente “lugar donde se habita” (morada) y también “modo de ser o carácter” (Aranguren, 1994). Ahora bien, siguiendo a Cortina (1993), “en la historia de los saberes se ha ido haciendo necesario hacer una distinción entre dos niveles [...], el nivel de la vida cotidiana, y el nivel de la filosofía moral, que reflexiona sobre la moral vivida, en la vida cotidiana” (p. 148). Sin embargo, la filosofía moral se ha alejado de la

1 Se entiende por salud primaria en Chile “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud [...] El objetivo de la Atención primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias enfocada en lo preventivo y promocional, es decir anticipándose a la enfermedad” (Servicio de Salud Metropolitano del Norte, s. f.).

vida cotidiana de los sujetos, es decir, de las normas que estos mismos dan a sus acciones y por las cuales se vehiculan valores y principios; esto último recibe el nombre de ética aplicada. En torno a la distancia cada vez mayor entre ética filosófica, moral y ética aplicada, Cortina (1993) se refiere a “las desventuras de la ética aplicada [...] que sigue orientándose por discusiones filosóficas (filosofía moral) más que desde los propios mundos de vida de las personas y las culturas. Una ética aplicada debería apoyarse más desde la base republicana que desde la monarquía del saber filosófico” (p. 132). Siguiendo con esta idea “el mundo de la vida sigue, impenitente, defendiendo sus derechos. Y tal vez sea en este *humus* de verdades prácticas donde tenga su suelo nutricional una razón comunicativa (ética del discurso) integralmente humana” (Cortina, 2003, citado en Moreno, 2006, p. 249).

Estudiar los conflictos éticos y morales de los trabajadores sociales y los inmigrantes en salud primaria implica dar prioridad a una ética aplicada que valora el carácter normativo que se dan los sujetos en su convivencia común (Maliandi, 1998, 2000, 2003). De esta manera, la vida cotidiana, el carácter y las verdades prácticas representan una ética que parte desde los mundos de vida de los equipos de salud y los inmigrantes, lo cual les permite considerar las diversidades y complejidades interculturales que están presentes en la atención de salud primaria (Schutz y Luckmann, 2001).

2. Ética y moral en trabajo social

La relación entre trabajo social, ética y moral nos remite indefectiblemente al campo

de los derechos humanos. Tal vinculación ha sido materializada en las declaraciones de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Asociación de Trabajadores Sociales (Aites) en sus respectivas asambleas generales en Montreal, Canadá, en julio de 2000, y posteriormente adoptada como declaración conjunta en Copenhague en mayo de 2001. En estos documentos se señala que los principios de la profesión refieren a reconocer que todo ser humano posee un valor único como persona y que tiene derecho a su autorrealización. Los trabajadores sociales tienen un compromiso con los principios de la justicia social, la igualdad, el derecho a la vida y la dignidad humana; por lo mismo, tienen la responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnicas, de forma objetiva y disciplinada, a ayudar a los seres humanos en su desarrollo y en la manera de ser coherentes con estos principios (Bermejo, 1996; Fóscolo, 2007).

Sin embargo, como se ha planteado en numerosas investigaciones llevadas a cabo por colegios profesionales —entre ellos el Colegio de Asistentes Sociales de Cataluña (2009), el Colegio de Asistentes Sociales de Valencia y Barcelona en Aguayo, López y Quiroz (2007), trabajadores sociales de la ciudad de Mendoza (Fóscolo, 2007), Colegio de Asistentes Sociales de Chile en Aguayo, López y Quiroz (2007) y por la Federación Internacional de Trabajo Social de Estados Unidos (NASW)—, los trabajadores sociales hoy en día enfrentan múltiples tensiones entre los requerimientos institucionales y las necesidades de las personas con las que trabajamos; también escasez de recursos frente a necesidades crecientes, políticas sociales sectoriales frag-

mentadas y centralizadas, producto de un modelo económico capitalista sobre el modelo de desarrollo humano y social, entre otros (Aguayo, López y Quiroz, 2007).

Ahora bien, en la disciplina de Trabajo Social en Chile, no se ha sistematizado suficientemente el quehacer profesional con inmigrantes; falta explicitar y dimensionar una mirada compleja sobre la intervención que se desarrolla, los dispositivos estratégicos que se despliegan, o el quehacer político que las contiene. Todos estos temas son desarrollados por Matus (2003), Karsz, (2004), Vilbrod (2003), Morales (2012), Aguayo (2006, 2008, 2010, 2011, 2014), Dartiguenave y Garnier (2009, 1998) entre otros.

3. Los inmigrantes y sus flujos migratorios en Chile

Los principales flujos migratorios hacia Chile provienen de países latinoamericanos, encabezados por Perú (37%), Argentina (17,2%), Bolivia (6,8%), Ecuador (5,4%) y Colombia (3,1%). La sumatoria de estos cinco países alcanza un 70,2%, según estimaciones del Ministerio del Interior (2009). La población inmigrante crece día a día en Chile; en términos estadísticos, se observa que los índices migratorios han aumentado cuantitativamente en los últimos quince años. En 1992 fueron contabilizados 114.597 extranjeros residiendo en Chile, lo que representaba un acotado de 0,9% del total de la población. En 2002 vivían en Chile 184.464 personas extranjeras, lo que representaba un 1,22% del total de la población nacional (Censo 2002). En 2009, sin embargo, dicha cifra se elevó a 352.344 personas, es decir un 2,8% de la

población total (Ministerio del Interior, 2010). Como se advierte, fuera de la mayoritaria presencia de inmigrantes de la región, otro de los rasgos característicos de estos movimientos migratorios es su concentración masiva en la región metropolitana, la que alcanza al 64,8% del total de la población.

La feminización de la inmigración y la pobreza son aspectos fundamentales al momento de develar la situación de estos grupos en Chile. Por ejemplo, la comunidad de mujeres peruanas ha aumentado considerablemente en proporción a la población masculina “[...] es además una inmigración que se ha feminizado en la última década, con una tasa de masculinidad de 0.66. Esto sugiere un fuerte cambio, considerando que en 1992 el predominio era masculino” (Martínez, 2003, citado en Mora, 2011, p. 83; Martínez, 2003; Núñez, 2007; Stefoni, 2003a, 2003b, 2004; Stefoni y Núñez, 2004).

En este marco, la atención primaria se ubica como la puerta de entrada al sistema público de salud para los inmigrantes, con miras al abordaje de sus necesidades en materia de salud, acceso que en la actualidad depende de la situación legal en la que se encuentren (Clavero y Puertas, 2009; Salas, 2004). De acuerdo con el convenio establecido entre los Ministerios de Salud e Interior en 2007, en la actualidad se atiende en igualdad de condiciones a los extranjeros menores de 18 años, como también se controla la salud de las gestantes y puerperio hasta los seis meses. Las condiciones laborales de los inmigrantes que llegan a Chile, particularmente de países vecinos y de origen afro/indígena, han sido ampliamente documentadas

por la literatura (Mora, 2011; Martínez, 2003; Stefoni, 2002; Thayer, 2013). En el ámbito de la salud, Demoscópica (2009) ha estudiado las condiciones de exclusión de la población migrante en salud pública, documentando el desconocimiento de sus derechos y deberes, precariedad en la atención a sus necesidades, diferencias culturales no incorporadas en sus tratamientos sanitarios, entre otros. Así mismo, los equipos de salud manifiestan reticencias ante “una población inmigrante no regular que genera gastos y no conlleva financiamiento, una población migrante que afecta la estadística nacional de salud, desincentivo por parte del personal de salud para la atención primaria a inmigrantes en situación irregular, dificultad de considerar las particularidades de la población inmigrante” (Demoscópica, 2009, p. 15).

4. Conflictos ético-morales en la acción profesional con inmigrantes

Los principales conflictos ético-morales entre usuarios de atención y sujetos de derecho son los siguientes:

1. El inmigrante es incluido en cuanto cumple con las normativas establecidas institucionalmente para ser atendido (contexto legal) *versus* un sujeto de derecho que requiere ser reconocido y legitimado como tal (Lévinas, 1977; Honneth, 1997, 2010; Thayer, 2013).
2. La igualdad legal del inmigrante garantiza su atención, pues responde a las normas jurídicas vigentes *versus* una igualdad dialógica y procedimental que trasciende a un mero estatus legal (Habermas, 2008, 2010; Apel, 1985, 1995).
3. El énfasis está puesto en el mero cumplimiento de las metas sanitarias (ética utilitarista J. S. Mill, 1981) *versus* una atención individualizada, integral y de calidad (Kant, 1991, 1980; Gracia, 1991).
4. El sistema de salud busca homogenizar las necesidades de los inmigrantes *versus* el respeto y promoción de su diversidad cultural (Roig, 2002; Fornet-Betancourt, 2001; Estermann, 2006).

Ciertamente, los aludidos conflictos remiten a ciertas perspectivas teórico-referenciales desde las cuales entendemos que es posible visualizarlos, comprenderlos y abordarlos. Destacan así tres perspectivas que se encuentran a la base de la reflexión. Por una parte, la teoría del reconocimiento que ha trabajado y nutrido Axel Honneth (2010) a partir de los originarios planteamientos de Hegel. Por otra, la tradición de la denominada ética del discurso que han desarrollado Karl-Otto Apel (1995) y Jürgen Habermas (2008). Junto con ello, emerge también la mirada de la ética intercultural, que pone el acento en la atención individualizada, integral y de calidad, cuyas bases se desprenden de reconocer al ser humano como un fin en sí mismo (Kant), desde donde se fundamentan algunos principios del trabajo social. En este sentido, el respeto y la promoción de la diversidad buscan dar cuenta de una ética intercultural que respete los procesos identitarios de los inmigrantes.

4.1. La perspectiva del reconocimiento

Como se conoce, las reflexiones de Honneth (1997) sobre la teoría hegeliana del reconocimiento, así como sus propias ela-

boraciones a partir de aquella, brindan hoy en día elementos fundamentales para el análisis de procesos de exclusión y discriminación de grupos minoritarios o bien tratados como tales. En esta dirección, las reflexiones honnethianas cobran pleno sentido al calor de la situación de los inmigrantes en los servicios de atención primaria de salud.

Lo que se pone de manifiesto —y que en el caso de los inmigrantes queda en entredicho— es el surgimiento de un concepto de persona intersubjetivo, en cuyo seno se elucida la posibilidad de una autorrelación no distorsionada, que deviene de las tres formas de reconocimiento identificadas originariamente por Hegel, a saber: 1) amor; 2) derecho, y 3) solidaridad (o eticidad). A cada una de estas, dirá Honneth (1997), le es propia una manifestación específica de menosprecio o denegación de reconocimiento, cuya vivencia puede ser generadora de conflictos sociales. Tales modos de desprecio serían correlativamente: 1) violencia o violación; 2) desposesión, y 3) deshonra. Lo que se requiere es una distinción sistemática entre dichas expresiones, dado que “las formas de menosprecio deben ser distinguidas mediante el criterio de qué estadios de la autorrelación intersubjetivamente lograda de una persona ocasionalmente lesionan o destruyen” (Honneth, 1997, p. 116).

Igualmente, es relevante la vinculación que plantea el autor entre la realidad del menosprecio y las vivencias afectivas de los sujetos, pues ciertamente experiencias como las enunciadas impactan no solo a nivel cognitivo, sino que también —quizás primeramente— a nivel de los sentimien-

tos personales que pueden llegar a transformarse en motores para la acción con miras a la superación de situaciones de no reconocimiento.

Así, en sus diversas manifestaciones, es posible sostener que el no reconocimiento es también un atropello a los derechos humanos; por cierto, a unos derechos humanos entendidos como exigencias morales, no reducidos a normas jurídicas. En efecto, muchas de las expresiones de denegación de reconocimiento adoptan la forma de atropello a prerrogativas reconocidas como derechos humanos. Más aún, como se refleja a partir del análisis honnethiano, no se trata de casos aislados de discriminación, sino mayoritariamente de formas sistemáticas, incluso muchas veces institucionalizadas, de desprecio social y de negación de reconocimiento, lo cual puede visualizarse más gráficamente a partir de las manifestaciones que identifica en cada uno de los estadios del reconocimiento. El contexto de la salud, especialmente en su nivel primario como puerta de entrada al sistema de salud público, es un ejemplo nítido en cuanto a la expresión de formas de reconocimiento escatimado o de menosprecio que a su amparo son visibles.

4.2. La ética del discurso

Desde el punto de vista de la proximidad histórica, la ética del discurso emerge como la tradición ético-filosófica más contemporánea. Nace en la década de los setenta de la mano de los trabajos de dos filósofos de reconocida trayectoria: Karl-Otto Apel y Jürgen Habermas. Sus antecedentes los encontramos en la tradición inmediatamente anterior, la kantiana. En efecto, es Kant quien en la Modernidad realiza un

planteamiento radical acerca de la dignidad humana, al afirmar que solo los hombres tienen dignidad, pues “el hombre, y en general todo ser racional, *existe como fin en sí mismo, no sólo como medio* para usos cualesquiera de esta o aquella voluntad; debe en todas sus acciones, no sólo las dirigidas a sí mismo, sino las dirigidas a los demás seres racionales, ser considerado siempre *al mismo tiempo como fin*” (Kant, 1980, p. 83). Se trata de un planteamiento nuclear respecto de la no instrumentalización del ser humano, comprensión que se ha vuelto canónica dada su relevancia para la reflexión ética. Su impronta en el campo de la salud pública, entre otros, se torna patente dada la multiplicidad de consideraciones que hace surgir.

Siguiendo esta senda, desde la ética del discurso Apel (1995) y Habermas (2008) pondrán el acento en algunas nociones fundamentales, a saber:

1. La necesidad de establecer diálogos o discursos públicos en los cuales poder intercambiar argumentos racionales acerca de determinadas normas. Las normativas a las que se adecua la conducta humana, en consecuencia, no pueden ser impuestas, sino que deben ser fruto de una fundamentación compartida, porque se aspira a su universalización, es decir, no pueden ser el mero reflejo de intereses de grupos dominantes.
2. La inclusión de todos los afectados por ciertas normativas, a fin de que sean estos quienes puedan participar en procesos dialógicos. Esto significa una posición contraria al denominado paternalismo de los expertos. Los seres humanos pueden y deben participar de

procesos dialógicos porque también tienen un acervo de saber ya por el solo hecho de estar en el mundo. Son, entonces, interlocutores válidos. Los inmigrantes en salud, en este caso, deben ser incorporados también a los procesos de decisiones en materia de salud, porque no son meros objetos pasivos esperando atención.

3. La participación de los afectados debe darse desde ciertas condiciones cautelares que permitan concretar su condición de interlocutores válidos. Entre ellas la simetría y la no coerción, dado que todos los participantes deberán asumir el igual derecho a intervenir de cada uno, y la vez solo podrán recurrir a la calidad de los argumentos como elemento decisivo, no a medidas de fuerza o de restricción de la libertad de cada uno. Esto implica, en el caso de los inmigrantes, una especial preocupación por reconocer y poner en juego sus propios saberes, sus cosmovisiones y su igualdad radical en cuanto seres humanos.
4. La corresponsabilidad solidaria que cada uno asume al participar en procesos dialógicos, pues no se trata de discutir acerca de lo que cada uno pueda querer de manera egoísta, sino de pensar en lo que todos podamos querer y acordar para nuestra sociedad. Llevado esto al terreno de la salud pública, implica la consideración de los inmigrantes como sujetos de derechos que asumen también sus deberes como usuarios del sistema de salud, porque son parte él.

Como resulta posible advertir, desde el prisma de la ética del discurso también la noción de derechos humanos moderna se sitúa a la base. La concepción kantiana de

dignidad es ahora re-visitada desde una mirada dialógica, de forma que de las experiencias de atropello a la dignidad humana se conciben como generadores de dinámicas de indignación moral y como motores a la acción con miras a la concreción de los derechos humanos a escala mundial. Como bien se sostiene, la dignidad humana “constituye la ‘fuente’ moral de la que todos los derechos fundamentales obtienen su sustancia” (Habermas, 2012, p. 16). Las experiencias de discriminación o trato indigno hacia los inmigrantes en el ámbito de la salud pública se vuelven por tanto inaceptables, a la vez que demandan una discusión pública en términos de las posibilidades de abordaje y superación.

4.3. La ética intercultural y el respeto a la dignidad del inmigrante

Algunos filósofos latinoamericanos (Roig, 2002; Maduro, 1992; Fornet-Betancourt y Sidekum, 2013; Fóscolo, 2007; Maliandi, 2000; Picotti, 1996, entre otros) han desarrollado una ética intercultural, que si bien incorpora ciertos aspectos de la ética del discurso y del reconocimiento, busca dar cuenta de una ética contextual e histórica, en cuanto reconocen los procesos míticos, culturales y narrativos que han caracterizado los *ethos* de los pueblos y sus tradiciones (Salas, 2006). Aún más, es la aceptación de que los pueblos están cruzados por múltiples conflictos, entre individuos, grupos, clases sociales, instituciones y Estados. Una ética latinoamericana explícita la tensión entre los derechos universales y las pertenencias y opciones singulares, afirmando la dignidad humana. Es una reflexión cruzada actualmente por una tensión do-

minante entre lo global y lo local, entre la tendencia a la homogeneización según parámetros de mercado y las prácticas heterogéneas de resistencia y afirmación de la igualdad.

El historiador argentino Arturo Andrés Roig, estudioso de la historia de las ideas en América Latina, reflexiona en torno a una moral del conflicto rescatando la función de la filosofía crítica; “lo que se busca es una concepción del ser y de la vida como fuerzas emergentes enfrentadas a estructuras de civilización organizada sobre valores opresivos, expresados en códigos. De ahí el inmoralismo” (Roig, 2002, p. 18). Así mismo, el carácter universalista de la ética eurocéntrica ha logrado una relación de dominación entre ética y moral, dando como resultado subsumir la moral del pueblo. En este sentido, el historiador señala que “se debe rescatar al sujeto-al ser humano como sujeto de la moral, tanto subjetiva como objetivamente” (Roig, 2002, p. 9).

Los innumerables textos de Roig tratan la noción del a priori antropológico, que le permiten articular su teoría de la moral de la protesta en contra de las eticidades dominantes “en esta línea vital de pensamiento y acción, estamos ante una doble tensión: una necesaria afirmación de subjetividad y, a su vez y necesariamente, una no menos ineludible construcción de ese sujeto como sujeto de enunciación de un discurso crítico y fundamentalmente autocrítico” (Roig, 2002, pp. 19 y 20).

La acción profesional con inmigrantes, no solo en Chile, requiere dar cuenta de estas eticidades de resistencia, que permiten explicitar los conflictos y valores que componen los mundos de vida de los sujetos y los

grupos sociales. Una ética que se articule en torno a las necesidades de las personas y sus derechos de carácter universal. En definitiva, una ética del conflicto, que en su carácter de criticidad despliegue los derechos y deberes para una sociedad más justa y solidaria.

4.4. Las tensiones y conflictos ético-morales desde el trabajo social en la atención a inmigrantes en salud primaria

4.4.1. En el sistema de salud en cuanto usuario *versus* un sujeto de derecho reconocido y legitimado

Los trabajadores sociales dan cuenta de la dificultad para legitimar y reconocer al inmigrante como sujeto de derecho frente a una cultura organizacional y exigencias institucionales centradas en controles administrativos y burocráticos en relación con su condición de extranjeros (Seminario UTEM, 2013). Thayer (2013) señala:

[...] que el reconocimiento que los migrantes reciben por parte del Estado y la sociedad receptora es decisivo para definir el sentido de su trayectoria migratoria y moldear la imagen que se construye socialmente sobre la condición de migrante. Por su parte, la expectativa de reconocimiento que poseen los migrantes define el modo en que estos experimentan y enfrentan ese lugar y esa imagen (p. 23).

Ahora bien, si la sociedad chilena dificulta el reconocimiento y por tanto la legitimación de los derechos de los inmigrantes, las trayectorias migratorias estarán marcadas por procesos de invisibilidad, discriminación y dependencia. La sociedad chilena será percibida como una sociedad del desprecio (Honneth, 2011). La inclusión del

inmigrante al sistema de salud primaria no necesariamente representa una ética del reconocimiento, que como dice Lévinas es también una ética de la respuesta, que el yo da a la demanda, a la apelación de un otro frágil, vulnerable, un otro que no tiene poder (Lévinas, 1977; Mèlich, 2010). Por estas razones, la igualdad normativa y jurídica no es suficiente para una ética del reconocimiento.

Bien sabemos que por razones de salud pública dentro de la población inmigrante hay ciertos grupos que resultan prioritarios, mas ello no redundará en un reconocimiento como sujetos de derechos. Es una inscripción en el sistema que opera de manera formal, procedimental, pero muchas veces desligada de una connotación moral y de exigencias éticas consecuentes con dicho estatus.

Desde la concepción de Honneth sobre el reconocimiento, por el contrario, este implica una necesaria igualdad entre las dos partes que se reconocen recíprocamente como seres humanos. Desde la ética del discurso, así mismo, se apela a la imprescindible simetría de las relaciones dialógicas.

4.4.2. Inmigrante en el sistema de salud *versus* una igualdad normativa de tipo dialógica e histórica

La razón humana es una razón en diálogo; como consecuencia, una norma o un principio es correcto si todos los afectados por esa norma se encuentran involucrados en su definición como tal. La condición básica de validez es celebrar el diálogo en condiciones de simetría, corresponsabilidad y no coerción. Esta ética es la base de una ética democrática en la que el diálogo es

fundamento de una ética cívica desde la vida cotidiana (Cortina, 2007). La búsqueda de una ética procedimental y dialógica de Apel y Habermas consiste en fundamentar una ética de la responsabilidad solidaria.

En este punto, la ética discursiva busca afirmar la postulación de la “comunidad de comunicación” como presupuesto trascendental y ético de todo lenguaje, argumentación o discurso posible. Apel (1985) —siguiendo a Kant— reconoce el primado sustancial de las normas del mundo de la vida (*lebenswelt*). Esta racionalidad dialógica se funda en la defensa kantiana de la dignidad del hombre, fundamento a su vez de los derechos humanos y de la civilización occidental. En este sentido, se reconoce que las personas tienen capacidad comunicativa (Apel, 1985, 1995), lo cual sumado a su racionalidad las define como tales.

Por ello, la fundamentación de las normas requiere argumentos consensuados en una comunidad comunicativa real fácticamente existente, que resguarda las situaciones de convivencia históricas de los hombres (Apel, 1995). En este sentido, quien argumenta se hace responsable de las transformaciones reales de la existencia. Por estas mismas razones apelianas, el convivir juntos en instituciones justas debería ser, a la manera de Cortina (2007) y Conill (2006), el establecer una hermenéutica crítica de la responsabilidad convencida.

Junto con esto, es preciso considerar las diferenciaciones, a la vez que las interrelaciones y tensiones que se producen entre los planos de lo descriptivo o fáctico y de lo normativo. Así, lo primero nos remite a las estructuras y regulaciones institucionales

vigentes, que no son fruto de la deliberación o el diálogo compartido. Lo segundo, en cambio, refiere a una expectativa normativa, en este caso respecto del funcionamiento de las instituciones de salud pública primaria. Se trata de dos órdenes o niveles diferentes. Lo descriptivo asociado a lo que es de facto (de hecho, dijérase) y lo normativo a cómo se esperaría que fuera. Subyace a este planteamiento una tensión irresuelta entre “ser” y “deber ser”.

4.4.3. Metas sanitarias (principio de utilidad) *versus* una atención individualizada, integral y de calidad

Los trabajadores sociales señalan² que en las comunas del centro de Santiago, el 60% de las mujeres embarazadas inmigrantes que acuden a los consultorios tiene embarazos no deseados. La mayoría de estas mujeres presentan algún problema psicológico, duelos, separaciones de la familia de origen, desarraigo cultural, problemas identitarios, entre otros (Siurana y Hortelano, 2009; Demoscópica, 2009). Sin embargo, estos profesionales declaran sentirse colapsados, sin recursos y sin apoyos técnicos, mientras tratan de lograr las metas institucionales sin tiempo para una atención más integral y de calidad. Por estas razones, podemos decir que el principio de atención prevaleciente en los centros de salud primaria apunta a la maximización de la utilidad por medio del cumplimiento de metas de gestión asociadas a la salud de la población; de igual manera, es calculador en función de lograr el control de la enfermedad y cumplir las metas señaladas por

2 Seminario Migraciones y Trabajo social, realizado por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana, Santiago de Chile, 2013.

las instituciones olvidando al inmigrante en su calidad de ser humano y su singularidad en cuanto individuo. La primera es una ética que —como señala Weber— llevará irremediablemente a los profesionales o instituciones a una “jaula de hierro”, al desencantamiento del mundo.

Es una ética calculadora que tendrá que prever siempre las consecuencias de sus acciones y, por tanto, su control (Weber, 1994). La ética de la responsabilidad es aquella que se preocupa por la eficacia, y la eficiencia se define por la elección de los medios adaptados a los fines que se busca alcanzar. La ética de la responsabilidad está definida por la búsqueda de los medios adaptada a los fines (Weber, 1994); sin embargo, su extrapolación la convertirá en una ética instrumental y racionalista. El ser humano, en este caso, ya no es un fin en sí mismo (Kant, 1980), sino un medio para el logro de metas y controles administrativos.

4.4.4. Homogeneización de las necesidades de los inmigrantes versus el respeto y promoción de su diversidad cultural

Otro problema ético mencionado por los trabajadores sociales se relaciona con las diferencias culturales y valóricas que dificultan la comunicación entre los inmigrantes y el personal de salud chileno. Por ejemplo, las formas de alimentación para los niños recomendadas de acuerdo con las guías alimentarias del sistema de salud chileno versus las prácticas o costumbres de los inmigrantes (Clavero y Puertas, 2009). También afloran obstáculos en relación con los tratamientos propuestos por el personal de salud, muchas veces lejanos a las creencias religiosas de los inmigran-

tes (Siurana, 2006; Siurana y Hortelano, 2009). El respeto por la diversidad cultural requiere “potenciar los valores aprendidos por los sujetos en los mundos de vida, como soportes simbólicos y narrativos con que debe contar una argumentación valórica que responda a los contextos y sus exigencias” (Roig A, 2002, p. 223; Fornet-Betancourt, 2013).

A partir de estos autores, podremos señalar que la intervención en salud intercultural con inmigrantes requiere incorporar categorías más atingentes a un contexto latinoamericano. Una razón de más se da cuando el 46 % de bolivianos residentes en Chile (Mideplan, 2011), por ejemplo, declaran pertenencia a algún pueblo indígena (www.extranjeria.gob.cl). Si esto es así, se precisa también pensar en incorporar una ética andina, partiendo mundos de vida que requieren asumir un espacio:

[...] para la filosofía andina, la realidad está presente en forma simbólica, y no tanto representativa o conceptual. El primer afán del *runa/jaqi* no es la adquisición de conocimiento teórico abstracto [...] sino mítico del mundo que le rodea [...] En lo celebrativo, la realidad se hace más intensa y concentrada. El símbolo es la representación de la realidad en forma muy densa, eficaz y sagrada; no es mera re-presentación cognitiva, sino una presencia vivencial en forma simbólica (Es-termann, 2006, pp. 104, 105; Maduro, 1992).

Conclusiones

Todas las tensiones y conflictos ético-morales antes señalados no pueden resolverse solo a través de una opción radical por el inmigrante (al estilo de una ética de la convicción), por cuanto la propia

organización de salud del Estado chileno se caracteriza por ser desigual, burocrática y carente de recursos, tanto para chilenos como inmigrantes (Aguayo, 2012, 2013; Cortina, 1998). Por lo mismo, debemos actuar responsablemente con las instituciones que cobijan los programas de salud primaria (ética de la responsabilidad), es decir, considerar críticamente el contexto y a la vez validar espacios para la expresión de la diversidad cultural, el diálogo entre chilenos e inmigrantes, el respeto a la historia de los sujetos en cuanto sujetos de derecho (Cortina, 1996; Cortina y Conill, 2006). Lo contrario nos llevará irremediablemente a lo que señala Thayer: “con esta situación (el malestar de los inmigrantes), el estado estaría contribuyendo a la formación de minorías étnicas [...] descontentas con su incorporación y excluidas [...] del acceso igualitario a derechos” (2013, p. 23) (véase también García-Canclini, 2004; Stefoni, 2002, 2004, 2008, 2012).

Las tensiones y conflictos éticos y morales que vivencian los inmigrantes muestran también una relación con los aspectos antes señalados, especialmente en cuanto a las dificultades para ser considerados sujetos de derecho, lo cual implica el respeto a su cultura e identidad y ser considerados como ciudadanos e interlocutores válidos respecto de las decisiones que comprometen su vida cotidiana. En este sentido, es posible hablar de un derecho al reconocimiento. Thayer (2013), siguiendo a Honneth, plantea que:

[...] el análisis del reconocimiento que ofrece actualmente la sociedad a los migrantes exige distinguir los tres planos [...] que enmarcan las relaciones del reconocimiento [...] Primero, el de las relaciones primarias y de los afectos básicos,

segundo, el acceso igualitario y legítimo al espacio público como sujetos políticos, y tercero, el de la valoración de la contribución que cada sujeto realiza, desde su singularidad a la reproducción material y simbólica de la sociedad (p. 23).

En concordancia con lo anterior, los inmigrantes en cuanto sujetos de derechos deben convertirse así en ciudadanos, puesto que es indispensable que se constituyan como actores sociales, partícipes activos de la vida social y capaces de adherir a un proyecto de democracia en el país que los acoge; “ciudadanos críticos y autónomos, dispuestos a enjuiciar las instituciones y prácticas en que viven, y a darlas por buenas sólo si favorecen el desarrollo de su autonomía, porque las instituciones y prácticas no son fines en sí mismas, sino medios al servicios de los hombres concretos” (Cortina, 2001, p. 47). La ciudadanía entonces es considerada también en su relación ética (Conill, 2006; Cortina, 1993, 2003; Pollini, 2011).

En este marco, el trabajo social es una profesión cuyo desafío es su *ethos* profesional (justicia social). Por lo mismo, deberá tener claridad respecto a que su accionar expresa un disenso a todo sistema injusto y desigual. La profesión, así considerada, es también la expresión de las minorías capaces de construir resistencia moral. Por esta misma razón, su *ethos* profesional refiere a una ética de la liberación que se inserta en el corazón de los mundos de vida de las comunidades. Allí es donde el trabajador social tensiona su quehacer funcional, normativo e institucionalizado, pero también desde donde puede desplegar un conjunto de posibilidades; como señala Roig (2002), “potenciar los valores aprendidos por los

sujetos en los mundos de vida, como soportes simbólicos y narrativos con que debe contar una argumentación valórica que responda a los contextos y sus exigencias” (p. 56).

El trabajo social, así entendido, no puede admitir que sus diagnósticos y acciones solo den cuenta de carencias y problemas sociales, sino también de las memorias, historias e identidades comunitarias. Por lo mismo, es necesario un profesional con capacidad de traducción lingüística de los mundos simbólicos culturales e históricos, que permita desarrollar la confianza como argumento moral, que incorpore una ética del diálogo en conflictividad y que pongan así en el centro un concepto de dignidad humana también histórica y contextualmente situado.

Referencias

- Aguayo, C. (2006). Profesión y profesionalización: hacia una perspectiva ética de las competencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 3, 47-74.
- Aguayo, C. (2008). *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Aguayo, C. (Comp.) (2010). *La acción profesional e interdisciplinaria: desafíos éticos e interculturales para América Latina*. Santiago de Chile: Universidad Tecnológica Metropolitana, Universidad de Santiago de Chile.
- Aguayo, C. (2011). El trabajo social y la acción social: entramados epistémicos y éticos de la acción profesional. *Servicio Sociales y Política Social*, (94), 173-182.
- Aguayo, C. (2012). La ética y el trabajo social: referentes filosóficos e interculturales para el ejercicio profesional. *Trabajo Social*, 81, 21-31.
- Aguayo, C. (2013). La acción profesional de los trabajadores sociales con migrantes en salud primaria en Chile: desafíos éticos y morales interculturales. En L. Rondón y M. Taboada, (Coords.), *Voces para la ética del trabajo social en tiempos trémulos*. Madrid: Paraninfo.
- Aguayo, C. (2014). *Ética y ejercicio profesional en tiempos de dictadura: el caso chileno*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Aguayo, C., López, T. y Quiroz, T. (2007). *Ética y trabajo social en las voces de sus actores: un estudio desde la práctica profesional*. Santiago: Colegio de Asistentes Sociales de Chile.
- Apel, K.-O. (1985). *La transformación de la filosofía. Tomo I: análisis del lenguaje, semiótica y hermenéutica. Tomo II: el a priori de la comunidad de comunicación* (Trad. de A. Cortina, J. Chamorro y J. Conill). Madrid: Taurus.
- Apel, K.-O. (1995). *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona: Paidós.
- Apel, K.-O., Dussel, E. y Fornet-Betancourt, R. (1992). *Fundamentación de la ética y filosofía de la liberación*. México: Siglo XXI.
- Aranguren, J. L. (1994). *Ética*. Madrid: Trotta.
- Bermejo, F. (1996). La ética profesional en el trabajo social. En F. Bermejo (Coord.), *Ética y trabajo social*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Clavero, P. y Puertas, J. (2009). *Estrategias de las familias inmigrantes peruanas para enfrentar al sistema de salud pública en Chile* (Tesis de maestría). Santiago de Chile, Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Colegio de Asistentes Sociales de Cataluña (2009). *El Consell assessor d'ètica professional del col·legi oficial de diplomats en treball social i assistent socials de Catalunya, 1984-2006*. Barcelona: autor.
- Conill, J. (2006). *Ética hermenéutica*. Madrid: Trotta.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades*. *Isegoría*, 13, 119-134.
- Cortina, A. (1998). *Hasta un pueblo de demonios: ética pública y sociedad*. Madrid: Taurus.
- Cortina, A. (2003). *Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza.
- Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel.

- Cortina, A. y Conill, J. (Eds.) (2000). *10 palabras clave en la ética de las profesiones*. Navarra: Verbo Divino.
- Dartiguenave, J.-Y. y Garnier, J.-F. (1998). *Travail social : La reconquete d'un sens*. Paris: Harmattan.
- Dartiguenave, J.-Y. y Garnier, J.-F. (2009). *L'homme oublie du travail social*. Paris: Harmattan.
- Demoscopia (2009). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: Organización Internacional para las Migraciones, Ministerio de Salud.
- Estermann, J. (2006). *Filosofía andina: sabiduría indígena para un mundo nuevo*. Bolivia: Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología.
- Fornet-Bettancourt, R. (2001). *Sobre el concepto de interculturalidad*. México, D. F.: Consorcio intercultural.
- Fornet-Bettancourt, R. y Sidekum, A. (2013). Ética, reconocimiento y discurso intercultural. *Utopía y praxis latinoamericana*. 18(60), 41-55.
- Fóscolo, N. (Coord.) (2007). *Desafíos éticos del trabajo social latinoamericano: paradigmas, necesidades, valores derechos*. Buenos Aires: Espacio
- Gracia, D. (1991). *Procedimiento de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- Habermas, J. (2008). *Facticidad y validez*. Madrid: Trotta.
- Habermas, J. (2010). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Trotta.
- Habermas, J. (2012). *La constitución de Europa*. Madrid: Trotta.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio: sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Buenos Aires: Katz.
- Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*. Madrid: Trotta.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2012). Censo 2002.
- Kant, I. (1980). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe.
- Kant, I. (1991). *Crítica de la razón práctica*. México: Porrúa.
- Kartz, S. (2004). *Problematizar el trabajo social*. Barcelona: Gedisa.
- Levinas, E. (1977). *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme.
- Maduro, O. (1992). *Mapas para la fiesta: reflexiones latinoamericanas sobre la crisis del conocimiento*. Río de Janeiro, Nueva York: Nueva Tierra.
- Maliandi, R. (1998). *La ética cuestionada*. Buenos Aires: Almagedo.
- Maliandi, R. (2000). La racionalidad bidimensional y la ética convergente. En G. Fernández (Comp.), *El otro puede tener la razón: estudios sobre racionalidad en filosofía y ciencia* (pp. 63-82). Mar del Plata: Suárez.
- Maliandi, R. (2003, enero-abril). Ética aplicada como lugar del diálogo entre ciencia y filosofía. *Diálogo Filosófico*, 545, 71-97.
- Martínez, J. (2003). *El encanto de los datos: socio-demografía de la inmigración en Chile según el Censo de 2002*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Matus, T. (2003). La modernización chilena o la revisitación de los dioses. En S. Cazaniga (Comp.), *Trabajo social y las nuevas configuraciones de lo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Melich, J.-C. (2010). *Ética de la compasión*. España: Herder.
- Mideplan. (2011). Encuesta CASEN.
- Mill, J. S. (1981). *Sobre la libertad*. Madrid: Hispamérica.
- Ministerio del Interior (2009). *Informe anual Departamento de Extranjería y Migraciones*. Chile: autor.
- Ministerio del Interior (2010). *Informe anual Departamento de Extranjería y Migraciones*. Chile: autor.
- Mora, C. (2011). Trayectorias laborales de los inmigrantes peruanos en Chile: estrategias de estructuración de la movilidad ocupacional ascendente. En B. Rehbein (Ed.), *Globalization and inequality in emerging Societies*. Gran Bretaña: Palgrave MacMillan.
- Morales, P. (2012). Hacia intervenciones sociales democratizantes: aportes desde el

- prisma discursivo de Jürgen Habermas. *Revista de Trabajo Social*, (83), 7-22. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Moreno, A. (2006). *El aro y la trama: episteme, modernidad y pueblo*. Santiago de Chile: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Núñez, N. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva: usuarias de consultorios de salud de la zona norte de la región metropolitana*. Santiago de Chile: Instituto de la Mujer, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Picotti, D. (1996). Sobre la filosofía intercultural. *Stromata*, 52, 289-298.
- Pollini, M. (2011). *Somos migrantes: experiencias de integración en la ciudad de Santiago*. Santiago de Chile: Fundación Ideas.
- Roig, A. (2002). *Ética del poder y moralidad de la protesta*. Mendoza: Ediunc.
- Salas, A. (2004). *Niños y niñas inmigrantes en Chile: derechos y realidades*. Santiago de Chile: Fundación Anide, Colectivo Sin Fronteras.
- Salas, R. (2006). *Ética intercultural (re)lecturas del pensamiento latinoamericano*. Quito: Abya-Yala.
- Schutz A. y Luckman, T. (2001). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Servicio de Salud Metropolitano del Norte, Chile (s. f.). *Atención primaria*. Recuperado de http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Siurana, J. C. (2006). *Justicia y responsabilidad en la atención sanitaria a inmigrantes y a personas mayores*. Recuperado de <http://www.uv.es/gibuv/SIURANAValencia2006.pdf>.
- Siurana, J. C. y Hortelano, E. (2009). Problemas éticos en la comunicación con pacientes emigrantes infecciosos de larga duración y con tratamientos paliativos. *Universitat de València, Hospital Doctor Moliner de Portacoeli de València*. Recuperado de <http://www.uv.es/gibuv/Grifols.pdf>
- Stefoni, C. (2002). Inmigración en Chile: nuevos desafíos. En *Chile 2001-2002: impactos y desafíos de las crisis internacionales*. Santiago: Flacso.
- Stefoni, C. (2003a). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración*. Santiago de Chile: Universitaria-Flacso.
- Stefoni, C. (2003b, julio-septiembre). Mujeres inmigrantes peruanas en Chile. *Papeles de Población*, 8, 33.
- Stefoni, C. (2004). Inmigración y ciudadanía: la formación de comunidades peruanas en Santiago y la emergencia de nuevos ciudadanos. *Política*, 43, 319-336.
- Stefoni, C. (2008). *Representaciones culturales y estereotipos de la migración peruana en Chile*. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar>
- Stefoni, C. (2012). *Inmigrantes transnacionales: la formación de comunidades y la transformación en ciudadanos*. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/chile/flacso/artstef.pdf>
- Stefoni, C. y Núñez, L. (2004). Migrantes andinos en Chile: ¿transnacionales o sobrevivientes? *Enfoques*, 3, 103-123.
- Thayer, L. (2013). Expectativas de reconocimiento y estrategias de incorporación: la construcción de trayectorias degradadas en migrantes latinoamericanos residentes en la región metropolitana. *Polis*, 35, 1-23.
- Vilbrod, A. (2003). *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*. París: Harmattan.
- Weber, M. (1994). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México, D. F.: Coyoacán.