

Migraciones y políticas de salud en Chile: cronología de los principales hitos 2000-2018¹

Migrations and health policies in Chile: chronology of the main milestones

Marcela Correa Betancour.

Resumen

Aun cuando la movilidad humana es una práctica antigua, diversos elementos del contexto actual complejizan su análisis. En Chile la inmigración ha aumentado sostenidamente desde el año 2000 trayendo desafíos a la sociedad, al Estado y al sistema de salud. El objetivo de este documento es describir los principales hitos que han ocurrido en el país en relación con las políticas de salud y las migraciones entre los años 2000 y 2018. Para ello se realizó una revisión bibliográfica narrativa descriptiva entre noviembre de 2017 y junio de 2018, utilizando las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y Cochrane; así como una revisión cronológica de las normativas emanadas de distintas instancias de gobierno (leyes, decretos, normas y circulares) publicadas entre 2000 y 2018 relativas a la temática migración y salud. Se seleccionaron para análisis 35 documentos. Como resultado se evidencia que, si bien el Estado de Chile ha asegurado derechos específicos en relación con el acceso a la salud de las personas migrantes, independiente de su condición migratoria, aun se deben trabajar temas de inclusión, enfoque de derechos y capacitación del personal sanitario en el desarrollo de competencia cultural para entregar una atención de calidad y culturalmente significativa.

Palabras clave: migración, salud, salud del migrante, política de salud.

Abstract

¹ Marcela Correa Betancour, Enfermera, Master of Education Policy Melbourne University, Australia
Profesor Asistente Facultad de Medicina Universidad de Chile. Grupo de Trabajo Migración y Salud Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Although human mobility is an old practice, many elements of the current context complicate its analysis. In Chile, immigration has increased steadily since 2000, bringing challenges to the society, the state and the health system. The objective of this document is to describe the main milestones that have occurred in the country in relation to health policies and migration between 2000 and 2018.

For this purpose, a descriptive narrative bibliographic review was conducted between November 2017 and June 2018, using the Pubmed, Web of Science, Scopus and Cochrane databases, as well as a chronological review of the regulations issued by different government bodies (laws, decrees, norms and circulars) issued between 2000 and 2018 related to migration and health. 35 documents were selected for analysis. The results showed that the Chilean state has guaranteed specific rights in relation to access to health for migrants regardless of their migratory status, however areas such as inclusion, human rights perspective and development of cultural competence in health professionals, should still be addressed, in order to deliver a quality and culturally meaningful health attention.

Key words: migration, health, immigrant health, health policy.

Introducción.

Desde los orígenes, los grupos humanos se han movilizadado de un lugar a otro en busca de mejores condiciones de vida; se puede asumir entonces que la migración se constituye como un proceso dinámico y constante. Sin embargo, las últimas décadas han sido testigos de un movimiento poblacional creciente, complejizado por la aparición de factores asociados a la globalización como son la facilidad para desplazarse de un territorio a otro o el desarrollo de internet y las redes sociales. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estima que en 2015 habían alrededor de 244 millones de migrantes en el mundo (OIM, 2017), cifra que, según la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), sumaría en promedio 4 millones de nuevos migrantes permanentes cada año a los países pertenecientes a dicha organización (OCDE, 2016).

En Chile, el fenómeno migratorio no ha tenido un comportamiento estable a lo largo de su historia, experimentando fluctuaciones asociadas, por ejemplo, a la cantidad de inmigrantes, los países de origen de éstos y las motivaciones identificadas para iniciar el proceso de migración (Stefoni, 2011). A fines de la década de los noventa Chile comienza a posicionarse como un destino de elección en la región, especialmente facilitado por factores como: la recuperación de la democracia, la estabilización de la economía y el cierre de fronteras de países tradicionalmente receptores de migrantes como USA y España, entre otros (Rojas & Silva, 2016). La mejora general de las condiciones de vida, seguridad, salud y educación que el país ha experimentado en los últimos 20 años lo han popularizado como país de destino, especialmente entre comunidades de Latinoamérica y del Caribe. Según datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica en 2015 se registraron 465.319 personas migrantes viviendo en el territorio, correspondientes al 2,7% del total de la población. Actualmente, según cifras del Censo 2017, el número de inmigrantes llegaría a 746 mil personas, lo que equivale un 4,35% de la población; y de ellos un 66,7% llegó después del año 2010. Los países que lideran la inmigración siguen siendo suramericanos (Perú 25,2%, Colombia 14,1%, Venezuela 11,1%, Bolivia 9,9%), a lo que se agrega en el último tiempo un creciente número de personas provenientes de Haití (8,4%) (Canales, 2016 Silva & Ballesteros, 2017). La región metropolitana concentra la mayor cantidad de migrantes (Silva & Ballesteros, 2017) y su distribución territorial reproduce las inequidades presentes en nuestra sociedad;

vale decir, inserta a aquellos inmigrantes con un nivel socioeconómico medio o medio alto y alta escolaridad, en el área oriente, mientras que los migrantes de nivel socioeconómico bajo, con baja escolaridad, tienen una inserción laboral precaria y segmentada y se localizan en el centro y norte de la capital.

Como antecedente adicional, es importante recordar que, si bien la migración en sí misma no constituye un riesgo para la salud, es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un determinante social, pues existen condiciones asociadas al proceso de migrar (tránsito, llegada, instalación) que pueden exponer a las personas a condiciones de vulnerabilidad de tipo biológico, social, económico, psicológico, legal y/o cultural que finalmente pueden afectar su estado de salud (Cabieses, 2014) (OMS, versión online).

El sistema de salud chileno se ha visto en la necesidad de abrir sus puertas a las personas migrantes y asumir los desafíos que su atención de salud conlleva. Si bien se han evidenciado avances, especialmente en los últimos 4 años, aún se identifican barreras, especialmente asociadas al acceso y a la atención de salud culturalmente pertinente. Dentro de estos avances destacan, por ejemplo, el piloto de salud del inmigrante y la Política de Salud de Migrantes Internacionales del año 2017, las que han sido un avance en garantizar el derecho a la salud, especialmente de aquellos grupos más vulnerables cuya condición migratoria constituía una barrera para el acceso al sistema de salud.

El objetivo de este documento es describir los principales hitos que han ocurrido en el país en relación con las políticas de salud y las migraciones en los últimos 18 años, para luego entregar algunas reflexiones y plantear desafíos respecto al tema. A modo de hipótesis se plantea que, a pesar de la existencia de avances en materia legislativa que buscan garantizar el acceso a la salud de los inmigrantes, subsisten prácticas por parte de profesionales, técnicos y personal administrativo de los centros de salud, que tienden a perpetuar una barrera de acceso a este derecho. Por tanto, el siguiente paso para lograr un avance debe ir necesariamente en la línea de la capacitación del capital humano de modo que comprendan el real sentido de las medidas adoptadas.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica narrativa descriptiva, utilizando las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y Cochrane entre noviembre de 2017 y junio de 2018. Como estrategia de búsqueda se usaron las palabras clave: salud, migración,

inmigración y políticas de salud. La búsqueda se centró en la obtención de documentos que informaran acerca de políticas de salud e inmigración en Chile, así como evaluaciones cualitativas y cuantitativas a dichas políticas. La selección de los artículos se realizó en función de los siguientes criterios de inclusión: investigaciones originales y revisiones bibliográficas, en idioma español e inglés. La información se organizó y analizó de la siguiente forma: revisión de artículos originales nacionales, análisis crítico de publicaciones de organizaciones internacionales según el objetivo de este trabajo y revisión cronológica de las normativas emanadas de distintas instancias de gobierno (leyes, decretos, normas y circulares) entre el 2000 y 2018, relativas a la temática migración y salud. Del total de referencias encontradas, 35 documentos se seleccionaron para análisis.

Salud del inmigrante en Chile: principales hitos.

Como consecuencia de factores locales e internacionales, la migración en Chile ha experimentado un aumento exponencial especialmente desde el año 2002. Actualmente, podemos decir que en general se trata de personas jóvenes entre los 15 y los 45 años (67,3%), en su mayoría mujeres (51,9%), en edad fértil y laboralmente activas, con escolaridad en promedio 1,6 años mayor que la población nacida en Chile, con baja prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y expuestos mayoritariamente a riesgos laborales como accidentes y/o traumatismos (SEREMI Región Metropolitana, 2015) (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

En el año 2002 el número de personas migrantes era de 184.464, correspondientes al 1,22% de la población general (Stefoni, 2011); sin embargo, al ser un fenómeno incipiente, el debate público en torno al tema aún no era generalizado. En este periodo comienza a asomar la necesidad de regularizar la atención de salud de las personas migrantes, iniciando esfuerzos en la generación de marcos regulatorios que permitieran abordar las desigualdades y mejorar el acceso. Una de las primeras medidas adoptadas en esta área fue la atención de salud de la mujer embarazada. La literatura sostiene que las madres inmigrantes tendrían mayor riesgo de parto prematuro y control gestacional pobre (Vásquez, 2012). Así, en el año 2002 se inicia el “plan piloto de control y seguimiento en atención primaria de la mujer embarazada” (Departamento de Extranjería y Migración, 2003 a) (Departamento de Extranjería y Migración, 2003 b). Este plan estaba especialmente orientado hacia aquellas mujeres que se

encontraran en situación irregular pues muchas veces, debido a su condición migratoria, su primer contacto con el sistema de salud era al momento de parto, sin controles perinatales lo que ponía en riesgo eventual a la madre y/o al niño. Los hallazgos de Vásquez (2012) muestran que el número de controles considerados adecuados durante la gestación es similar entre madres migrantes y madres chilenas a 10 años de implementada esta política, lo que puede considerarse un éxito de esta.

Un siguiente paso en materia de salud y migración ocurre el año 2005 cuando Chile ratifica la *Convención de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Trabajadores Migrantes y sus Familias*. Aquí se declara que los “extranjeros y refugiados con situación *regularizada* en Chile, tienen atención y acceso a la salud en el país igual que los nacionales” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2005). A pesar de constituir un avance, este acuerdo no considera a los trabajadores migrantes en situación irregular, excluyéndolos del sistema de salud.

Para el año 2006, el número de migrantes en Chile representaba un 1% de la población del país (154.643 personas) (SEREMI Desarrollo Social Metropolitano, 2014). Al año siguiente, la Subsecretaria de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud de Chile, indica que “*el extranjero con algún permiso de residencia en Chile, tendría acceso a la salud según lo indica la ley por medio de la cotización del 7% del Fondo Nacional de Salud (FONASA) o de alguna institución privada de salud (ISAPRE u otro)*”. Mientras que los migrantes que se encuentren en situación irregular tendrían “acceso a la atención de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los Servicios de Salud y/o a atenderse de forma privada cancelando el valor de las prestaciones médicas u hospitalarias”. Se garantiza con esto la atención de toda persona migrante que esté cursando con una patología que constituyan una urgencia o emergencia con riesgo vital, igualando el derecho al acceso a atención en caso de riesgo vital, con la población chilena (MINSAL, 2007).

En octubre de 2007 los Ministerios de Salud e Interior firman un acuerdo de colaboración, abordando la atención de salud del inmigrante, especialmente de niños, niñas y adolescentes. Considerando la suscripción, ratificación y promulgación de la Convención de los Derechos del Niño (1990) que expresa el compromiso del Estado de Chile a respetar los derechos humanos básicos de todos los niños que viven en el territorio, en concordancia con las propuestas del Consejo Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia de 2006, se

declara que “se debe proporcionar a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años extranjeros, atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones que sus pares chilenos”, independiente de la condición migratoria propia, de sus padres, tutores o representantes legales. Además, se acuerda su inscripción en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio, lo que permitirá la emisión de un certificado por un médico tratante, para la obtención de un permiso de residencia temporaria (estudiante) en el país. Este permiso también puede ser obtenido al estar matriculado en algún establecimiento educacional (Ministerio del Interior, 2008) (MINSAL, 2008)

En el año 2008 en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, se establecen ámbitos de acción prioritarios en relación con la salud de los migrantes: vigilancia de la salud, adopción de leyes y prácticas que respeten el derecho a la salud de acuerdo con la normativa internacional, promoción de igualdad de acceso a los servicios de salud, extensión de la protección social sanitaria y mejora de la seguridad social. Además, se promueve que los sistemas de salud consideren e incluyan a los migrantes, aceptando su cultura, superando eventuales barreras de comunicación (asociadas al idioma), sensibilización y capacitación al personal acerca de problemas y condiciones de salud vinculados a la migración, involucrando a la población migrante de forma integral, coordinada y económicamente sostenible (OIM et al, 2013). Ese año, mientras el DEM cifra el número de personas migrantes en 290 mil, ya se evidencia la intención de abordar de forma más integral el tema migratorio por parte del Estado a través de la publicación del Instructivo Presidencial 009, en que se reconoce a Chile como país receptor de migrantes y se insta a los organismos gubernamentales a incorporar esta visión en su gestión. Esto marca un hito al establecer compromisos claros y específicos en el reconocimiento, protección y respeto de los Derechos Humanos, independientemente de la condición migratoria. Se asegura además que el estado tomará un rol activo frente a esta temática con el objetivo de regularlo, cuantificarlo y conducirlo hacia la integración de las personas migrantes. En relación con el ejercicio del derecho a la salud, se explicita la necesidad de integración y protección social de los inmigrantes, con el Estado de Chile como garante del ejercicio de este derecho. Se determina que: *“no se podrá negar atención a los extranjeros que lo requieran de acuerdo con su situación previsional”*. Al respecto destaca que el ejercicio del derecho a la salud cuando no constituye riesgo vital, aún se considera

sujeto a la previsión del usuario, dejando fuera a aquellos que no tengan previsión por no tener un contrato de trabajo o se encuentren en situación de irregularidad.

En 2009, la población migrante representaba un 1,3% del total de la población chilena (208.722 personas). Según su sistema de previsión se distingue que un 59,1% está afiliado al Fondo Nacional de Salud (FONASA), particularmente en los tramos con mayor subvención del estado (A y B); un 21,6% está afiliado a ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional privadas sin subvención estatal; esta cifra es un 8,6% mayor en comparación con la población chilena que cotiza en este sistema. Así mismo, un 14,4% de las personas declaró no tener previsión, cifra que es especialmente importante de considerar, pues supera ampliamente al porcentaje de población nativa en dicha condición (3,4%) (Casen, 2013). En junio de 2009 el Ministerio de Salud, instruye respecto de la atención de salud de las personas migrantes y especialmente de aquellas que tengan su documento de identidad caducado, no pudiendo ser atendido en la red pública y solo tengan posibilidad de atención en el sistema privado. Así se establece que aquellos inmigrantes ya registrados en FONASA como beneficiarios y que estén en proceso de renovación de su permiso de residencia, ya sea temporal o definitivo, mantendrán los beneficios correspondientes a su calificación previa. Para hacer efectivo el beneficio, se debe presentar el documento acreditando proceso de visa en trámite (MINSAL, 2009).

Para el año 2010, la población migrante en Chile representaba un 2,08% de la población total (Stefoni, 2011). Si bien ya había compromisos asumidos en relación con su integración, la tragedia ocurrida en nuestro país a raíz del terremoto y tsunami, dejó la reconstrucción de hospitales y centros de salud como tema prioritario, postergando mayores avances en esta materia.

Debieron transcurrir cuatro años para retomar acciones en este tema. Es así como en el año 2014 se constituye el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes con la tarea de desarrollar la Política de Salud de Inmigrantes, cuyo primer paso lo constituyó el inicio del Piloto de Salud de Inmigrantes en 5 comunas del país con alta concentración de población inmigrante (Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago). Este programa buscaba reducir especialmente las barreras en el acceso a la salud, además de promover la capacitación y sensibilización de funcionarios y profesionales en materias como salud,

migración y derechos humanos; además, sería el principio de un monitoreo del estado de salud de este grupo de personas con el fin de conocer sus necesidades específicas de salud. Finalmente esta medida se consolida por medio del lanzamiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del MINSAL en el año 2017 (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

Ese mismo año 2014 se firma además un convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y FONASA. En este convenio, el Estado entrega directrices para la atención de salud del inmigrante que haya solicitado: permiso de residencia definitiva por primera vez, prórroga o una nueva visa. Además, se incluye a quienes estén tramitando el cambio de visa temporal a permanente. Estas medidas son un avance en la integración al sistema de salud de aquellas personas en situación migratoria irregular. Con la firma de este convenio, FONASA deberá acreditar como beneficiarios en los tramos definidos a todos los solicitantes de visa de residencia, asignándoles un número de identificación interno que se liga a un número de identificación provisoria entregado por el DEM. Con esto las personas, independientemente de su situación migratoria, tendrían acceso al sistema público de salud y a la modalidad libre elección, sentando las bases para garantizar el derecho a la salud. En términos prácticos, la asignación del número provisorio se hacía efectiva de lunes a viernes de 9 am a 18 horas, demorando la asignación para los usuarios que consultaban durante la noche, días festivos o fines de semana. Así, en caso de una urgencia o necesidad de hospitalización, se debía esperar a la asignación de este número provisorio para poder ingresar al usuario al sistema, pudiendo demorar hasta 5 días para ser trasladado o ser atendido. Otro vacío asociado a la asignación del número se relaciona con los costos derivados de la atención, pues no se estipulaba claramente si el costo asociado a la prestación lo debía asumir el recinto hospitalario o FONASA.

Paralelamente, el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet ratifica, por medio de la circular A1506 de junio de 2015, directrices claras en relación a la atención de salud del inmigrante, reafirmando que su atención de salud será independiente de permisos de residencia o permanencia en el país. Este mismo documento resalta la importancia de la migración para nuestro país y propone impulsar el desarrollo de una política y cultura migratoria que esté alineada con los convenios e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las personas migrantes ratificados por Chile. Este documento mandata la

atención de salud específicamente en casos de mujeres embarazadas y hasta los 12 meses de edad de su hijo, atención integral de niños/as y adolescentes hasta los 18 años, casos de urgencia médica y prestaciones de salud pública como: vacunas, tratamiento de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/sida, ITS) educación sanitaria, anticoncepción de emergencia y fertilidad. Se indica además que se asumirá la carencia de recursos en caso de inmigrantes irregulares, con lo que pasarían a ser considerados parte del Fondo Nacional de Salud en su tramo A. Esto está en sintonía con lo expresado en el instructivo presidencial número 005 de noviembre de 2015 sobre los lineamientos e instrucciones para la política nacional migratoria.

Parte de la problemática descrita anteriormente, se aborda mediante la publicación de la circular A15 04 del 13 de junio de 2016, que explicita la imposibilidad de negar o condicionar la atención de salud (en atención primaria, secundaria o terciaria) de una persona, aunque se encuentre en situación migratoria irregular. En caso de urgencia vital, toda persona tiene garantizado el derecho de atención de salud en establecimientos públicos o privados en igualdad de condiciones que los nacionales (MINSAL, 2005). Para hacer efectiva la incorporación a FONASA sin necesidad del número provisorio emitido por el DEM, se hace una modificación al decreto supremo n°110 del 2004 del Ministerio de Salud que determina la asignación a los tramos de cobertura de FONASA. Con esta modificación, se asume que el inmigrante que no tiene previsión y que requiere atención de salud, estaría en el tramo A de FONASA, declarándose carente de recursos. Para hacer efectiva su incorporación, un funcionario “calificador de derechos” entrevista a la persona, completa los formularios correspondientes y envía el requerimiento vía correo electrónico. El plazo para asignar el Numero Provisorio de Identificación es de 24 horas máximo desde que se recibe la solicitud. La incorporación al tramo A de FONASA tiene un año de duración. Con esto se buscaba resolver la demora en la atención especializada de salud; sin embargo, al ser una medida reciente su efectividad aún debe ser evaluada.

En este sentido, la literatura avala la existencia de escaso cumplimiento de esta normativa y pone especial énfasis en la barrera que implica el criterio del personal en el acceso a la atención de salud, destacando la existencia de procedimientos engorrosos, a veces desconocidos por los equipos, lo que dificulta la implementación de las normativas y por

ende del acceso a este derecho (Becerra & Altimir, 2012) (Galaz, Becerra, Alvarez, & Hedrera, 2016)(Vásquez-De Kartzow, 2018). Liberona y Mansilla (2017) destacan la existencia de una predisposición por parte de los funcionarios de salud (independiente de su nivel educacional o jerárquico) de percibir negativamente a los inmigrantes, con percepciones tales como que serían *un problema epidemiológico de salud pública* o que *son una carga económica para el sistema de salud*. Estas ideas se constituyen como una barrera de acceso aun mayor para las personas en situación migratoria irregular, incumpliendo con ello la normativa nacional, tratados internacionales que Chile adscribe y acuerdos interministeriales firmados en esta línea. Su investigación culmina con una frase lapidaria: “Concluimos que, en Chile, los inmigrantes en general e indocumentados, en particular, son considerados pacientes ilegítimos”.

Actualmente, el porcentaje de inmigrantes sin previsión es de 15,7% versus el 2,7% de los nacidos en Chile (Casen, 2015). Esto es particularmente importante pues en caso de enfermedad o accidente se beneficiarán de las últimas medidas tomadas por el Estado en relación con el aseguramiento del derecho a la atención de salud y serían especialmente ellos quienes quedan más expuestos a esta vulneración de derechos que se ha discutido.

Conclusión.

Los derechos humanos, que buscan salvaguardar la dignidad de las personas, son universales e inherentes a la condición humana. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en su artículo 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Derecho a la Salud comprende libertades como consentimiento informado de acciones y decisiones en torno a su propia salud y derechos como aquellos relativos a la protección en salud provista por el Estado. Esto se refiere específicamente a la existencia de un sistema de prevención, tratamiento y control de enfermedades que opere en igualdad de condiciones para todas las personas, y el acceso a la información y educación acerca de la salud, medicamentos esenciales y servicios de salud sexual y reproductiva (Vásquez, 2018). Así, para cumplir con los derechos y libertades mencionadas el Estado debe asegurar la existencia de establecimientos, bienes y servicios de salud, accesibles, aceptables, de calidad garantizada y aplicables a todos los sectores de la población, incluidos los migrantes

Como se expone en la revisión y análisis de la literatura, la llegada creciente de inmigrantes a nuestro país ha traído desafíos a todas las instituciones locales, pero especialmente al sistema de salud, el que se ha tenido que adaptar y modificar paulatinamente para responder a las necesidades que la atención de salud multicultural trae. Los colectivos migrantes se han asentado en diferentes partes del país; sin embargo, es posible identificar focos de concentración territorial asociados por ejemplo a nacionalidades, como ocurre en el área norte de Santiago, donde encontramos personas de Perú, Colombia y Haití, o en el área oriente en donde se ubican mayoritariamente personas de Europa o Estados Unidos. La concentración territorial ha tenido un fuerte impacto en los servicios públicos y especialmente en el sistema de salud (Liberona Concha & Mansilla, 2017), lo que se ha traducido en un cambio en el perfil del usuario, enfrentando al personal a una población más diversa, con características socioculturales y necesidades de salud diferentes, evidenciando necesidades como capacitación en relación al desarrollo de competencias culturales que permitan dar una atención de salud culturalmente pertinente y con ello que impacte de forma positiva la salud de las personas migrantes.

En Chile es posible reconocer avances en materia de salud del inmigrante; por ejemplo, en el control del embarazo, atención universal de salud para menores de 18 años independiente de su condición migratoria, atención de urgencia y acceso a prestaciones de salud pública como vacunas, tratamiento de enfermedades infecciosas, entre otras. Así mismo, lo es el garantizar la atención de esta población en situación irregular y garantizar su inclusión en el tramo A del Fondo Nacional de Salud en caso de carencia de recursos. Por otro lado, el inicio en el año 2017 del Programa de Salud de Inmigrantes Internacionales está en la línea con medidas que buscan mejorar el acceso a la salud de esta población, entendiendo la migración como una instancia de crecimiento para nuestra sociedad.

Chile debiera avanzar progresivamente en la homologación de derechos para todos quienes viven en su territorio, ya sea nacionales o extranjeros, orientando las políticas hacia la inclusión social de los y las migrantes y sus familias, quienes serán parte de nuestra sociedad, haciéndoles sentir acogidos e integrándoles a la construcción colectiva de esta nueva sociedad y cultura chilena. La integración social a través de la incorporación a los sistemas de salud, educación y a la vivienda, sentarán las bases para una inclusión “sana”, teniendo en

cuenta las nefastas experiencias de integración fallida ocurridas en algunos países de Europa o USA (Bertossi, 2012, Bloemraad, 2002).

La existencia de una nueva política de salud para la atención de las personas migrantes sin duda es un avance en lograr acceso y equidad en salud, especialmente de los grupos más vulnerables; sin embargo esto se debe conducir necesariamente con una sensibilización, acompañamiento y capacitación del personal administrativo y de profesionales de la salud, con el fin de entregar una atención culturalmente pertinente, significativa y eficiente, que se constituya y sea entendida efectivamente como un derecho, eliminando preconcepciones que asocien este derecho a caridad o asistencialismo.

Como se menciona anteriormente, pese a la existencia de un marco regulatorio nacional claro respecto al tema del acceso a la salud de los inmigrantes, aún persisten situaciones de discriminación, y vulneración de derechos. La principal causa de esto, se relacionaría con la escasa divulgación entre el personal de salud y administrativo de las normativas establecidas a nivel central, además de la ausencia de una planificación clara para la implementación adecuada de las medidas tomadas por el Estado (Liberona Concha & Mansilla, 2017). De no modificarse esta situación, se podría entender como una *discriminación institucional* según lo indican Liberona y Mansilla (2017), pues al no existir recursos adicionales programados para asegurar la adecuada difusión de la información, capacitación y sensibilización de los funcionarios de salud, que se sumaría a las preconcepciones negativas de ellos en relación a la población usuaria inmigrante, se estaría perpetuando la existencia de barreras de acceso a la salud de este grupo de personas (Becerra & Altimir, 2012) (Liberona Concha & Mansilla, 2017). Además, es necesario seguir trabajando en informar a los colectivos y organizaciones migrantes, en relación a sus derechos en salud, pues aún se evidencia desinformación, burocracia y discriminación al momento de hacerlos efectivos, lo que se sumaría a eventuales barreras de orden económico, idiomático y cultural, especialmente de aquellos que por diferentes razones son más vulnerables (Becerra & Altimir, 2012) (Liberona- Concha, 2012)(Liberona & Mansilla, 2017).

En resumen, la implementación de programas de capacitación que promuevan el desarrollo de la competencia cultural en los equipos de salud es una estrategia crucial, así como la incorporación de estos contenidos en los planes de formación de pregrado y post grado de las universidades del país. De igual modo, resultaría relevante fomentar el desarrollo de

investigación en temáticas asociadas a la salud del inmigrante, levantando información que permita conocer sus necesidades específicas y con ello elaborar políticas de salud locales y nacionales orientadas a dar respuesta a dichas necesidades.

Naturalmente aún quedan por delante importantes desafíos en esta materia, especialmente aquellas que desarrollen acciones tendientes al fomento, la protección y recuperación de la salud, así como la rehabilitación y los cuidados paliativos de todos quienes habitan el territorio nacional, en un contexto de respeto a la diversidad. Para un abordaje integral, se requiere un análisis que considere aspectos sociales, políticos y económicos, así como un enfoque transversal de derechos humanos y de género, amparado en el principio de la no discriminación y promoviendo y asegurando una migración segura. Indudablemente, esto cobrará mayor relevancia con el paso del tiempo, al hacerse cada día más evidente que la migración se ha convertido en una característica de las sociedades en la era de la globalización.

Referencias bibliográficas

- Becerra, M., & Altimir, L. (2008). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. *Los Derechos de Los Niños, Niñas y Adolescentes Migrantes, Refugiados y Víctimas de Trata Internacional En Chile: Avances y Desafíos*, 191–216.
- Bertossi, C. (2012) The performativity of colour blindness: race politics and immigrant integration in France, 1980–2012, *Patterns of Prejudice*, 46:5, 427-444, DOI: [10.1080/0031322X.2012.718163](https://doi.org/10.1080/0031322X.2012.718163)
- Bloemraad, I. (2002). The north american naturalization gap: An institutional approach to citizenship acquisition in the united states and Canada. *The International Migration Review*, 36(1), 193-228. Retrieved from <http://ezproxy.puc.cl/docview/215274653?accountid=16788>
- Cabieses, B. 2014. La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud, *Value in Health Reagional Issues* volumen 5 (2014) 1 – 6.
- Canales, A. 2016. “Inmigración en Chile. Tendencias históricas y dinámicas actuales”. Ponencia presentada en el *Workshop Inserción social y transnacionalismo. Inmigrantes mexicanos y colombianos en Chile*. Departamento de Antropología, Universidad de Chile.
- DEM a) (Departamento de Extranjería y Migración) Ministerio del Interior, (28 enero 2003) Circular 1179, Santiago de Chile.
- DEM b) (Departamento de Extranjería y Migración) Ministerio del Interior, (26 mayo 2003) Circular 6232, Santiago de Chile.
- Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social, versión 2013 recuperado 26 de diciembre de 2017 http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_01_marzo.pdf

- Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social, versión 2015 recuperado 26 de diciembre de 2017 http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/casen_nmigrantes_2015.pdf
- Galaz, C., Becerra, M. M., Alvarez, C., & Hedrera, L. (2016). Intervención social con mujeres inmigradas en Chile: ¿Asistencialismo y/o promoción social?, *14*(Vid), 55–75.
- Liberona- Concha, N. P. (2012). De la alterisación a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos de interés a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, *28*(CI), 19–38. <https://doi.org/10.5944/educxx1.17.1.10708>
- Liberona, N. & Mansilla, M. A. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, *13*(3), 507. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Ministerio del Interior (13 marzo de 2008), Resolución Exenta 1914, Santiago de Chile.
- Ministerio de Relaciones Exteriores (2005) Decreto Supremo 84, Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2005) Decreto Fuerza de Ley 1, Artículo 141, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) Subsecretaria de Redes Asistenciales (20 de agosto de 2007) Circular 2284, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (1 de septiembre de 2008) Resolución Exenta 542, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2008) Ordinario 3229, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2009) Ordinario A 14 n° 2551, Santiago de Chile.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (09 de junio 2015), Circular N°A 15/06, Santiago de Chile
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (13 de junio 2016), Circular N°A 15/04, Santiago de Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2018). POLÍTICA DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE 2017. *Politica De Salud De Migrantes Internacionales*. Retrieved from <http://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/01/Politica-de-Salud-de-Migrantes-310-1750.pdf>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2016) International Migration Outlook 2016.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones), OMS (Organización Mundial de la Salud), ONU (Organización de Naciones Unidas), 2013 Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos, Organización Internacional para las Migraciones, Ginebra, Suiza.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones, World Migration Report 2018, versión online Recuperado el 26/12/2017 http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud), Determinante Sociales de la Salud Recuperado el 26/12/2017 http://www.who.int/social_determinants/es/
- Presidencia de la República, 2 de septiembre de 2008, Instructivo Presidencial 009, Santiago de Chile.
- Presidencia de la República, 6 de noviembre de 2015, Instructivo Presidencial 005, Santiago de Chile.
- Rojas, N., Silva, C. 2016. La migración en Chile: breve reporte y caracterización. Observatorio Latinoamericano sobre movilidad humana, migraciones y desarrollo. Madrid, España. Recuperado 03/12/2017 de <http://www.comillas.edu/es/obimid>
- SEREMI (Secretaría Regional Ministerial) Desarrollo Social Región Metropolitana de Santiago (2014) Análisis exploratorio de la población inmigrante extranjera en la Región Metropolitana de Santiago, 2006-2011, recuperado 26 de diciembre de 2017 <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/DOCUMENTO%20POBLACION%20INMIGRANTE%20RMS%202006-2011.pdf>
- SEREMI (Secretaría Regional Ministerial) de Salud Región Metropolitana. (2015). Diagnóstico de salud de inmigrantes región metropolitana.

- Silva, C., & Ballesteros, V. (2017). *Población migrante en Chile*. Departamento de Extranjería y Migración recuperado 11 de junio de 2018 http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/09/RM_PoblacionMigranteChile.pdf
- Stefoni, C. 2011. *Perfil Migratorio de Chile*. Organización Internacional Migración.
- Vásquez, R. (2012) Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Pediatría* 2012; 83 (4): 366-370.
- Vásquez - De Kartzow, R. (2018). La nueva ola de inmigración en Chile. Oportunidad para crecer como país. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(ahead), 0-0. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000301>