

POLÍTICA DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES

Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes
MINISTERIO DE SALUD - FONASA - SUPERINTENDENCIA DE SALUD



PARTICIPANTES

Forman parte del equipo realizador de este documento los participantes de los Pilotos de Salud de Inmigrantes tanto en la Mesas Regionales de Salud y Migración, como de las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Santiago y Recoleta, tantos funcionarios como sociedad civil. También los funcionarios de salud que participaron en las Jornadas Nacionales de Salud y Migración y los participantes de los 10 diálogos ciudadanos de la Política de Salud de Migrantes Internacionales.

Editoras/es

- Tito Pizarro Quevedo, DIPOL
- Jossette Iribarne Wiff, DIPOL
- Andrea Fernández Benítez, DIPOL
- Violeta Rojas Bagnara, DIPOL
- Claudia Padilla Rubio, DIVAP
- Josselin Novoa Carrasco, División de Asesoría Jurídica

Equipo Asesor Sectorial de Salud Inmigrantes

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Andrea Fernández Benítez, DIPOL• Claudia Padilla Rubio, DIVAP• Edgardo Vera Miranda, DIPRECE• Guillermo Zavala Urzúa, GABIMIN• Irene Escribano Veloso, DIPRECE• José Luis Durán, OCAI• Josselin Novoa Carrasco, División de Asesoría Jurídica• Jossette Iribarne Wiff, DIPOL• Julia Jorquera Rodríguez, FONASA• Lidice Tobar Quezada, Gabinete de Redes | <ul style="list-style-type: none">• Ligia Gallardo Astudillo, Hospital Padre Hurtado• Orlando Soto Conejeros, FONASA• Marcela Cameratti Lara, FONASA• Marcela Pezoa González, Superintendencia de Salud• Marcela Sandoval Negrete, PRAIS• Margarita Pereira Córdova, DIGERA• Mónica Bascolis Flores, DIGEDEP• Violeta Rojas Bagnara, DIPOL• Viviana Reyes Ortiz, DEIS• Yamileth Granizo Román, DIPRECE |
|--|---|

Colaboradores/as MINSAL

Barbara Bustos Barrera, DIPOL
Irma Caceres Orellana, DIPOL
Isolina Burgos Loyola, DIPRECE/DIPOL
Rodrigo Faúndez Vergara, DIPOL
Sebastián Godoy Rivas, DIPOL

Revisores/as Externos

Alex Alarcón Hein, OIM
Báltica Cabieses Valdes, UDD/OIM
Carlos Vander Laat, OIM
Cesar Infante Xibille, INSP México
René Leyva Flores, INSP México

PRESENTACIÓN

Abordar el fenómeno de la migración, desde el Estado, es una urgencia a nivel nacional y mundial, considerando los riesgos a los que están expuestas las personas migrantes en todo el proceso migratorio; por esta razón, los organismos internacionales han impulsado la priorización de este grupo de personas y el desarrollo de instrumentos de protección de sus derechos. En la última década, Chile se ha convertido en un país de destino para miles de personas que buscan una mejor oportunidad de vida. Hoy los migrantes internacionales representan el 2,7% de la población total del país, en esta nueva realidad es un desafío para el país, particularmente para nuestro sistema de salud.

El Ministerio de Salud, desde el 2003 que está preocupado de este tema, tomando medidas especiales de protección para esta población, específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas, entre otras. Durante ambos gobiernos de la presidenta Dr. Michelle Bachelet Jeria se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55.º Consejo Directivo de la Organización y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, ratificados por Chile. También, la Estrategia Nacional de Salud 2010–2020 por su parte, plantea este tema desde la perspectiva de superación de las inequidades en salud como parte del Objetivo Estratégico 5, donde apunta al mejoramiento del acceso a salud de las personas migrantes.

La conformación del equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes en septiembre del 2014 con representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud nació con el objetivo de desarrollar procesos que culminan con la elaboración de la Política de Salud de Inmigrantes. Esta tarea se ha elaborado con amplia participación de expertos en salud y migración nacionales e internacionales, además de la sociedad civil migrante y nacional. Es así como se impulsa desde el Ministerio de Salud el Piloto de Salud de Inmigrantes en las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago que contaron con diagnósticos participativo y mesas de trabajo regionales, diálogos ciudadanos, jornadas de trabajo con los funcionarios de salud, donde la experiencia sistematizada en términos de definiciones operaciones y productos estratégicos están en la base de la Política.

El documento de Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile que se presenta al sector salud, al intersector, a las organizaciones de migrantes, la academia y la comunidad, en general, se enmarca en el Instructivo N°5 sobre lineamientos e instrucciones para la política nacional migratoria, que entiende la migración como un aporte a la sociedad, promoviendo una mirada inclusiva, desde el enfoque de derechos humanos, y plantea homologar progresivamente los derechos entre chilenos y extranjeros. Significa, sin lugar a duda, un avance en equidad, primero respecto de los derechos de salud a todas las personas habitantes del territorio nacional de acuerdo con la normativa vigente, y particularmente, respecto al grupo en situación de mayor vulnerabilidad. Como también respecto a mejorar el acceso, promoviendo un sistema más sensible con las personas migrantes a través de acciones que disminuyan barreras culturales, administrativas, de género y otras.

Hoy con mucha satisfacción ante la tarea cumplida podemos reafirmar nuestro compromiso por la salud de toda la población que habita nuestro país, que se basa en un enfoque fundamental como son los Derechos Humanos trabajo desafiante y colectivo que se plasma en el presente documento denominado la "Política de Salud de Migrantes Internacionales".

ÍNDICE

Presentación	3
1. Introducción	5
2. Antecedentes	6
3. Migración y Salud en Chile	9
4. El Proceso de Construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales	12
5. Base Normativa del Derecho a la Protección de la Salud	17
6. Marco Conceptual	22
7. Principios Rectores	30
8. Propósito	35
9. Objetivos Específicos	36
10. Lineamientos Estratégicos	37

1. Introducción

La migración internacional se ha visto incrementada desde la década de los 90 en Chile. Entre las causas de este aumento están los logros sociales, la disminución de la pobreza y la estabilidad económica y política de nuestro país. Estos factores han incidido en que Chile se transforme en un país de destino, principalmente de personas migrantes latinoamericanas (INE, 2015).

A partir del 2003, y particularmente durante el primer Gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, el Ministerio de Salud dispuso medidas de protección especial en salud para esta población, focalizadas en ese momento en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes. Actualmente, en el segundo Gobierno de la presidenta Bachelet, se logró construir la Política de Migrantes Internacionales en Salud que es fruto de un proceso participativo, realizado en etapas, donde se abordó la urgencia de disminuir las barreras de acceso de esta población y la necesidad de garantizar sus derechos en salud en igualdad de condiciones a la población chilena, en concordancia con el maco internacional de Derechos Humanos suscrito por Chile.

El documento que se presenta recoge la experiencia del trabajo sectorial e intersectorial en la temática de salud de migrantes internacionales, desarrollado desde el 2014 y de carácter participativo e inclusivo. Se estructura en secciones, en primer lugar, el contexto internacional y nacional; en segundo lugar, la migración y salud en Chile; y, en tercer lugar, se relata el proceso de construcción de la Política en los territorios con sus características particulares.

A continuación, se presentan los enfoques y principios que orientan la política, producto del trabajo local basado en las prácticas y aprendizajes del Piloto de Salud de Inmigrantes desarrollados en cinco comunas del país, así como el aporte de otras comunas que se sumaron a esta iniciativa. Los objetivos definidos se elaboraron partiendo de una reflexión de cada uno de los principios, que fueron debatidos en las Jornadas Nacionales de salud y migración internacional que se desarrollaron para este fin.

Por último, durante los diálogos ciudadanos se establecieron los lineamientos estratégicos para la implementación progresiva de la Política de Salud de Migrantes Internacionales.

2. Antecedentes

La migración internacional no es nueva. La movilidad humana está presente desde la antigüedad, sin embargo, nos encontramos en presencia de un aumento y diversificación sin precedente. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas, ONU, el año 2015 se reportaron 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, un 41% más que en el año 2000. En América Latina y el Caribe cerca de 28 millones de personas son emigrantes internacionales y alrededor de 7,6 millones de personas residentes en Latino América son migrantes internacionales (CEPAL, 2015). Estos flujos migratorios encuentran sus causas en la globalización económica, en desastres naturales, inseguridad, conflictos, entre otras.

La migración internacional comprende una diversidad de movimientos de población de un territorio a otro, que implica el cruce de fronteras administrativas de otro Estado; incluye la migración por razones económicas, las personas refugiados, aquellas que se encuentran como víctimas de trata de personas y otras condiciones de vulnerabilidad implícitas al migrar. Con relación a la temporalidad, los migrantes internacionales pueden permanecer en el país de destino un tiempo breve o permanente, y desde un punto de vista jurídico su situación puede ser regular o irregular (OIM). La migración internacional ha sido definida por diversos organismos internacionales y expertos. Sin embargo, los dos componentes esenciales de la definición de migrante internacional son el cruce de una frontera política -de un país a otro- y la intención de asentamiento. Con esto, se excluyen de la definición de migrante internacional otros tipos de movimientos humanos como la migración interna y el turismo.

La importancia que ha adquirido la población migrante internacional y las dificultades a las que se enfrentan durante todo el ciclo migratorio: origen, tránsito, destino y retorno, ha impulsado su inclusión en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos del Sistema de Naciones Unidas.

La evidencia nacional e internacional muestra que, a pesar de que los derechos humanos consagra-

dos en la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, incluido el derecho a la salud, corresponden a todas las personas, muchos migrantes, particularmente los que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, frecuentemente tiene problemas para acceder a la atención de salud², y en general, a los servicios básicos³. Por otro lado, están expuestos a todo tipo de violencia, inseguridad, abusos laborales y discriminación; empeorado si la migración se hace en condición migratoria irregular.

Esta realidad es un desafío enorme para la salud pública. En primer lugar, por las implicancias éticas respecto a la necesidad de garantizar la salud como un derecho bajo cualquier circunstancia. En segundo lugar, porque la salud es una construcción colectiva con gran influencia de determinantes sociales como el trabajo, la familia, el barrio y la cohesión social. Avanzar en la cobertura universal de manera inclusiva, para todos los grupos de la población, incluyendo a los migrantes, es estratégico y contribuye a mejorar los resultados de salud y proteger la salud de toda la población.

La Organización Mundial de la Salud a partir de la resolución A61/17 de 2008, está preocupada de esta materia y apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes independiente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal, y ha establecido una serie de recomendaciones³ de salud pública entre las que destacan:

- Promover el acceso equitativo en la promoción y la atención de la salud para las personas migrantes.
- Promover cooperación bilateral y multilateral con relación a la salud de las personas migrantes “entre todos los países que participan en el proceso de la migración”.
- No establecer restricciones arbitrarias a la circulación, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a las personas migrantes basadas en las condiciones de salud que estos experimentan.

A partir de los años noventa Chile ha presentado un fuerte incremento de la migración internacional, con ciertas particularidades como un aumento de la migración femenina, migración indígena en las regiones del norte y diversificación de los países de origen, agregando a los tradicionales países fronterizos, otros latinoamericanos, incluyendo algunos de la Región del Caribe.⁴

Desde un punto de vista normativo, los asuntos migratorios se rigen por el Decreto Ley N° 1094 de 1975, dicha normativa es anterior a la ratificación por parte de Chile de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares en el año 2005.

El Instructivo Presidencial N.º 005 sobre Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria de 2015, establece como parte de los ejes de la Política el enfoque de derechos humanos, género y el principio de no discriminación, planteando una política basada en la promoción y apli-

¹ Resolución 217 (III), Asamblea General de Naciones Unidas, diciembre 1948.

³ Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. (2012) Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants and the Chilean-born. A repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J equity in health care*, 11(1):68.

² Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Castejón Bolea, R., & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*, 20(5), 523-541. <http://doi.org/10.1080/13557858.2014.946473>.

³ Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud de Salud de inmigrantes A61/17 de 2008, A69/27 de 2016, A70/24 de 2017.

⁴ Roja N, Silva C, La Migración en Chile: Breve Reporte y caracterización, BIDIM, 2016.

cación de los convenios internacionales suscritos por Chile en esta materia⁵. En dicho documento, el Gobierno de Chile ha reconocido la migración como un aporte en el desarrollo económico, político, social y cultural, y se ha comprometido a abordar este fenómeno, desde una mirada inclusiva. Finalmente, es importante señalar que existen otras dos áreas relacionadas con la migración, que cuentan con normativas nacionales, y que corresponde a la Ley N.º 20.403 que establece disposiciones sobre protección de refugiados (2010) y la Ley N.º 20.507, que tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas (2011), respectivamente.

El Ministerio de Salud aborda este tema en la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020 desde las perspectivas de las inequidades en salud como parte del Objetivo Estratégico 5, Inequidades y Otros Grupos, y cuyo resultado esperado es el Diseñado y adopción de una Política de Salud de Migrantes que permita mejorar la salud de la población migrante en Chile.

En el marco de estos procesos, se requiere el desarrollo de una Política de Salud de Migrantes Internacionales que responda a las necesidades de las personas migrantes, tanto provenientes de flujos voluntarios, como forzados, alineada con los instrumentos señalados anteriormente y que avance en garantizar su derecho a la salud en iguales condiciones que la población nacional, reconociéndolos como sujetos de derecho, avanzando en un abordaje desde la promoción y prevención de salud con una mirada integral.

⁵ Los ejes de la Política de Migraciones establecidos en el Instructivo Presidencial N° 005 son: 1) Enfoque Transversal de Derechos Humanos. 2) Enfoque Transversal de Género. 3) Principio de No Discriminación y de los Grupos Vulnerables. 4) Acceso a la justicia en condiciones de igualdad. 5) Chile país intercultural. 6) Regularidad migratoria. 7) El empleo como mecanismo de inserción social. 8) Facilitación de la movilidad de las personas, del conocimiento para el desarrollo y la innovación. 9) Integralidad de la Política y Gestión Migratoria. 10) Vinculación y asociatividad para con los nacionales residentes en el exterior. 11) Responsabilidad compartida. 12) Participación en las políticas públicas migratorias. 13) Chile país de asilo y refugio. 14) Migración Segura. 15) Registro e información como soporte de la política migratoria.

3. Migración y Salud en Chile

En la Política de Salud de Migrantes internacionales es importante contar con una caracterización que se tiene de esta población, que incluye su dimensión social, las problemáticas a las que se enfrentan y la información de salud con la que se cuenta.

Caracterización Socioeconómica

De acuerdo con la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2015, la población migrante internacional en Chile se estima en 465.319 personas, correspondiendo a un 2,7% del total de la población nacional. Se concentran principalmente en la Región Metropolitana (69%) y en las regiones de Tarapacá (6,6%) y Antofagasta (6,6%).

Es una migración con mayor presencia de mujeres, lo que refleja la feminización del fenómeno migratorio⁶ alcanzando el 55,1% del total de migrantes del país, en comparación al 52,6% en el caso de las mujeres chilenas, en algunas regiones esta diferencia es mayor.

Respecto a la distribución etaria, es una población joven, propia del tipo de migración que prima en nuestro país, principalmente de carácter laboral⁷, el 67,3 % del total de migrantes se encuentra en el tramo etario de 15 a 44 años. Es una población económicamente activa, por ello en comparación con la población total, también presentan una mejor situación respecto al ingreso autónomo por persona y por quintil.

Esto también se refleja en el nivel de educación. El 27,11% de ellos tienen educación técnica superior completa. Respecto a los años de escolaridad, ésta también es superior a la de los nacidos en Chile, siendo 12,6 años para los inmigrantes y 11 años para los nacidos en Chile. Si bien, según la CASEN existe una brecha de acceso a la educación de cerca de 7 puntos porcentuales en menores de 18 años, hijos de mujeres migrantes comparados con hijos de chilenos.

Sin embargo, respecto al indicador de pobreza multidimensional existen brechas entre nacidos en

⁶ Stefani, Carolina. (2011). Perfil Migratorio de Chile. Argentina: OIM, Organización Internacional para las Migraciones.

⁷ Ídem 5.

Chile y nacidos en otros países, que llegan a una diferencia de 11 puntos para el grupo etario de 0 a 17 años (23% y 34% respectivamente), y de 15,5 puntos en comparación con la zona norte (19,5% y 35% respectivamente).

Por otro lado, existen algunas condiciones de riesgo sanitario específico como el hacinamiento que es superior a la población total, tanto para hacinamiento bajo, medio, como crítico, representando en conjunto el 21,4% en el caso de los migrantes y un 6,7% en el caso de los nacidos en Chile. Esta realidad también se ve reflejada en el alto porcentaje de migrantes en viviendas arrendadas sin contrato, un 24% (2013), situación que se visibiliza en el norte del país en los campamentos que tienen una fuerte presencia de migrantes y en la Región Metropolitana en arriendos de piezas o subdivisiones que no cuentan con condiciones de seguridad, y que tienen dificultades de acceso a agua potable, alcantarillado, disposición de residuos sólidos y condiciones sanitarias básicas.

Es importante también señalar la vinculación existente entre pueblos indígenas y migración, sobre todo en el norte del país. Según la encuesta CASEN, al consultar sobre pertenencia a un pueblo indígena en la región de Arica y Parinacota, un 57% (2013) de los migrantes declaran pertenecer al pueblo Aymará. Hay que agregar además que esta migración se da en el contexto de frontera con alta migración circular.

En relación a la discriminación, vemos también una importante brecha entre extranjeros y chilenos. La CASEN 2015 indica que el porcentaje de hogares en que algún miembro ha sido discriminado es un 28,4% para los migrantes comparado con un 14,7% de los nacidos en Chile. La discriminación es mayor en el norte del país y en hogares de países con población afrodescendiente.

Acceso a la atención de salud y uso del sistema de salud

La población migrante presenta una desigual representación en el sistema público respecto a los chilenos. Mientras el 77,7% de estos últimos pertenece al sector público FONASA, en el caso de los migrantes, corresponde al 62%. (CASEN 2015)

Respecto al acceso a la salud, utilizando un indicador grueso como persona no adscrita a ningún sistema de salud, existe una importante diferencia. En el caso de nacidos en Chile se encuentran en esta situación un 2,5% de la población, en el caso de migrantes es de 15,7% (2015). Esta cifra llega a un 26,6% (2015) en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, hijos de mujeres migrantes, en el contexto de un sistema de salud que tiene cobertura universal para niños y niñas menores de 9 años. Esto significa que algunos de estos niños hijos de migrantes internacionales no estarían accediendo a programas como inmunización, infancia, PNAC y al Sistema Chile Crece Contigo.

Respecto del acceso tardío al control de embarazo, si bien no existe información a nivel nacional, el 63.1% de las mujeres en control en atención primaria pública en la comuna de Recoleta (4 CESFAM) presentan un ingreso tardío, comparado con el 33,4% de las chilenas. Respecto a la planificación de embarazo existe una diferencia de 5,2 puntos porcentuales entre mujeres chilenas y migrantes, respecto a no planificación de embarazo, siendo las migrantes las que presentan la mayor proporción (66,5%)⁸.

Por otro lado, hay también brechas en el uso efectivo de servicios de salud entre chilenos y migrantes internacionales entre quienes reportan enfermedades con cobertura por el AUGE-GES. De esta forma, un 25% de migrantes no accedió a este beneficio comparado con un 14,7% de los nacidos en

⁸ Cabieses, B., Bernaldes, M., & McIntyer, A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.

Chile. El no uso de AUGE-GES en migrantes internacionales con necesidad llegó incluso a un 42% en la región de Antofagasta, que como se señaló corresponde a una de las regiones con mayor porcentaje de pobreza y de no adscripción al sistema de salud en migrantes internacionales.

La encuesta CASEN (2013), muestra también diferencias respecto a la dificultad de acceder a la atención de salud en el caso de presentar una enfermedad o accidente. Llama la atención la razón aducida de no acceder a la atención por no conseguir hora, que corresponde a la respuesta de 22,5% de migrantes en comparación con el 3,3% de los nacidos en Chile.

La encuesta CASEN 2015 es en general consistente con el patrón descrito de menor uso del sistema de salud por parte de la población migrante internacional. Esta situación es corroborada por las estadísticas de Egresos Hospitalarios (DEIS, MINSAL, 2014) que dan cuenta de la baja representación de la población migrante en el total de hospitalizaciones, correspondiendo sólo al 0,8% del total de los egresos.

De las estadísticas de morbilidad hospitalarias (DEIS, MINSAL, 2014) llama la atención que en la población migrante presenta después del grupo de causas de hospitalización de embarazo, parto y puerperio, el más alto porcentaje en el grupo de causas de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Esta mayor presencia respecto a la población nacional se repite también en niños y niñas en todos los tramos etarios, que podría estar relacionada con las condiciones de vivienda u otras determinantes sociales de la salud señaladas anteriormente.

Es importante también destacar las necesidades de salud mental de esta población, las encuestas CASEN 2006 y 2009 dan cuenta de uso de atención de salud mental, que, si bien es similar o ligeramente superior a los nacidos en Chile, a diferencia de esto últimos es relativamente alto en todos los estratos socio económicos⁹.

Finalmente, es importante señalar que se han documentado situaciones de trato discriminatorio y racismo, lo que muchas veces desincentiva la concurrencia de los extranjeros a los establecimientos de salud; desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos y deberes y de cómo funciona el sistema de salud; y falta de protocolos o reglamentación más explícita sobre los derechos asegurados, que se ha traducido en algunos casos, en interpretaciones restrictivas que vulneran los derechos de los migrantes¹⁰¹¹¹².

En la misma línea de los estudios señalados anteriormente, el informe anual de derechos humanos de 2015 de la Universidad Diego Portales, en el capítulo de acceso a la salud de las personas migrantes en Chile, reconoce avances importantes en el sector, valorando algunas de las acciones del Piloto de Salud de Inmigrantes, pero señala que se han detectado casos, de denegación de acceso a los Servicios de Salud a migrantes en situación irregular por no contar con su cédula de identidad vigente o RUN, además de casos de discriminación, malos tratos y otras barreras de acceso.

⁹ Cabieses, B., Bernal, M., & McIntyer, A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.

¹⁰ Scozia, C., Leiva C, Garrido N., Álvarez, A. (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas, Santiago: Revista Sociedad y Equidad.

¹¹ Compañía de Jesús Chile, (2013). Mesas Hurtadianas: Documento Sobre Migrantes, Santiago.

¹² Liberona Concha, N. P. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. Revista Ciencias Sociales, 28.

4. El Proceso de Construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales

El proceso de construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales se inicia en septiembre del 2014 con la constitución del Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes,¹³ cuyo objetivo es asesorar a la Ministra de Salud respecto al enfoque que debe darse al tema de inmigrantes y refugiados y sus derechos en salud.

Desde un inicio, y respondiendo a la función de analizar y proponer políticas, procedimientos, normas y acciones en materia de protección y promoción de la salud de las personas inmigrantes y refugiados que tiene dicho grupo de trabajo, se planteó el objetivo de desarrollar una Política de Salud de Migrantes Internacionales que respondiera al contexto nacional de fuerte incremento de las migraciones.

Este proceso se concibió como participativo desde sus bases, fundando la política en el desarrollo del Piloto de Salud de Inmigrantes como el espacio participativo de identificación de necesidades de salud de las personas migrantes y búsqueda de soluciones pertinentes a las características locales. La etapa final de este proceso se fortaleció a través de diálogos ciudadanos de salud en 8 regiones que tuvo como objetivo levantar información relevante para la Política.

Durante todo este proceso, se contó con apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones y el Instituto Nacional de Derechos Humanos para fortalecerlo técnicamente.

Piloto de Salud de Inmigrantes

De acuerdo con lo que establecen las Orientaciones Técnicas del Piloto de Salud de Inmigrantes^{14 15} este corresponde a un conjunto de acciones articuladas del sector salud en conjunto con la sociedad

¹³ Está constituido por representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud.

¹⁴ Ordinario N° 1942 del 06/07/2015. Ministerio de Salud, 2015, Orientaciones Técnicas de Piloto de Salud de Inmigrantes.

¹⁵ El Piloto se traduce en un plan de acción que permite cumplir con el objetivo de disminuir las barreras de acceso y atención a salud de los inmigrantes. Incluye acciones coordinadas de FONASA, Superintendencia de Salud, Servicios de Salud (Hospitales y Atención Primaria), Municipios y SEREMI de Salud.

civil, que busca disminuir las barreras de acceso a la salud y a la atención de salud que tienen las personas migrantes. Este se desarrolló en 4 regiones, que presentan un alto componente de personas migrantes durante los años 2015 y 2016.

El mismo documento establece que la evaluación del piloto permitirá la construcción conjunta de una Política de Salud de Migrantes Internacionales. Esta intervención estuvo centrada en las acciones de Atención Primaria que son parte del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Resolución Exenta N.º 1266 del 12 de diciembre de 2014 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en 5 comunas que constituyen planes piloto de atención de salud (Recoleta, Santiago, Iquique, Antofagasta y Arica), cuyo objetivo es desarrollar estrategias participativas dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afectan a esta población, en especial la población en situación irregular.

El trabajo que se desarrolló en la Atención Primaria de Salud se inicia con diagnósticos participativos de salud realizados en conjunto con personas migrantes, situando e identificando las necesidades de esta población en territorios específicos y referido a migraciones con características propias.

El trabajo se articula y coordina desde una mesa regional de piloto liderada por la SEREMI de Salud donde existe participación del sector; FONASA, Superintendencia de Salud, Hospitales, APS y Servicios de Salud; intersector; y un fuerte componente de la sociedad civil. Este espacio también permitió levantar problemáticas y necesidades con una mirada más integral e intersectorial que también nutrió la Política.

Como parte e insumo del Piloto de Salud, y en el marco de las mesas específicas de trabajo del Equipo Asesor Sectorial, se hace una revisión de la normativa vigente respecto a la atención de personas migrantes, que va respondiendo a las necesidades planteadas en el nivel local; se promueve la capacitación y sensibilización de los funcionarios de Salud en el fenómeno de las Migraciones y Derechos Humanos, y se avanza en monitoreo e información de salud de esta población.

Jornadas Nacionales de Migración y Salud

Se realizaron tres jornadas nacionales de monitoreo y evaluación intermedia del Piloto de Salud de Inmigrantes, una por año desde el 2015. En estas jornadas se han intercambiado experiencias y buenas prácticas en torno a cómo acortar brechas de acceso en población migrante internacional comparado con población local, así como esfuerzos en el manejo de la discriminación y estigma, condiciones de vida y trabajo, entre otras.

La última jornada, de cierre de este piloto, tuvo lugar en Santiago en abril del 2017. A esta jornada asistieron y expusieron sus experiencias y logros representantes de distintos niveles de acción del piloto: organismos internacionales (Organización Internacional para las Migraciones), expertos latinoamericanos (Instituto Nacional de Salud Pública de México), autoridades nacionales (Ministerio de Salud de Chile), Seremis de Salud, Servicios de Salud, Hospitales y Centros de Atención Primaria. Cada uno de ellos entregó su perspectiva, grado de avance en esta materia y desafíos pendientes, y se propusieron a partir de la evaluación del piloto los enfoques y principios de la política.

Los organismos internacionales, expertos regionales y autoridad nacional enfatizan aspectos de equidad en salud, interculturalidad, participación social, integralidad e intersectorialidad, cohesión social y defender el principio de igualdad y no discriminación. En este sentido, este grupo de actores destaca cuatro ideas centrales: (i) se debe atender los determinantes sociales y vulnerabilidades sociales de grupos migrantes internacionales; (ii) se debe buscar activamente acortar brechas de

acceso y uso de servicios a salud en grupos específicos; brechas de trabajo educación e ingreso; brechas de vivienda; de género y de estigma/discriminación; (iii) se debe reconocer el derecho humano de acceso a atención en salud como un valor social ineludible del país; y (iv) los migrantes no son una amenaza, más bien el sistema debe acoger para prevenir problemas de salud pública a futuro.

El trabajo desarrollado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en el país da cuenta de estrategias concretas de intervención para cada una de las dimensiones señaladas en el grupo anterior. Este nivel destaca los esfuerzos realizados en actividades como diagnósticos regionales con enfoque de determinantes y vulnerabilidad social (ej.: Antofagasta, Arica, RM, etc.), identificación de barreras de acceso reales a la salud que producen brechas e identificación de brechas de resultados de salud cuando ha sido posible (ITS, infecciosas/parasitarias, reproductivas, accidentes laborales, etc.). Esto permitió conocer mejor la población migrante internacional en Chile y, al mismo tiempo, desmitificar algunas creencias en torno a ellos. Destacan esfuerzos en torno a la creación de mesas regionales intersectoriales, registro y resolución de casos graves de denuncia en conjunto, referentes de migración en la red pública de salud, y convenios con organismos civiles e internacionales.

En cuanto a los Servicios de Salud, se desarrollaron múltiples acciones dentro de las cuales sobresalen capacitaciones a migrantes y folletos y otros materiales informativos en idioma adecuado, programas, Manuales y Guías y Protocolos de atención directa a migrantes, facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales (Icónico Programa Babel que se desarrolló con anterioridad a los piloto y al funcionamiento del equipo asesor sectorial por parte del Servicio de Salud Metropolitano Central), y capacitaciones múltiples a trabajadores de salud en relación a la cosmovisión de distintos grupos migrantes.

En los hospitales se realizaron importantes esfuerzos por brindar una atención segura y no discriminatoria a la población migrante internacional. De este nivel de intervención se relevan innovaciones como la inscripción al sistema público de salud en los hospitales, Comité de Migrante y acciones dentro de la Estrategia Hospital Amigo, reuniones clínicas dedicadas a conocer mejor a los migrantes, celebración del día del migrante internacional en el hospital, clases de español, conversatorios, capacitaciones a funcionarios, y el desarrollo de protocolos de atención.

En la Atención Primaria de Salud, nivel base del piloto, las acciones en comunas seleccionadas fueron amplias y diversas, con estrecha colaboración de equipos de salud, municipalidades y otras entidades, además de grupos migrantes organizados. Sobresalen los diagnósticos participativos y la atención dirigida a personas "invisibles" zonas rurales, irregulares, etc.; múltiples capacitaciones a migrantes y a trabajadores de salud; programas radiales; diseño de Manuales, Guías de derechos y Protocolos de atención directa en salud a esta población; formación de monitores comunitarios y contratación de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales; identificación de líderes de colonias y grupos organizados migrantes y diversas actividades comunitarias y de participación; alianzas con gobiernos locales, academia y organismos internacionales, jardines infantiles, y la articulación efectiva de distintos sectores del sistema de salud; rondas de salud en postas rurales con pertinencia cultural para este grupo.

Por otra parte, es importante señalar que además del trabajo de las 5 comunas piloto del país que participaron de esta iniciativa, diversas comunas "no piloto", con y sin el Programa de acceso a la Atención a personas migrantes en Atención Primaria, se motivaron con este esfuerzo y realizaron sus propias innovaciones y actualizaciones en esta materia, dando enormes frutos de inclusión y protección social en salud. Esto sin duda ha sido un enorme aporte para la construcción de la Política y tendrá un significativo valor para su implementación en todo el territorio nacional.

Diálogos Ciudadanos

Los Diálogos Ciudadanos son espacios de encuentro entre representantes de la sociedad civil y la autoridad, en los que se dialoga sobre alguna temática de salud pública pertinente, definida de acuerdo con las prioridades de salud. “Son espacios de encuentro entre la ciudadanía y autoridades del Estado (gubernamentales y municipales) para el diálogo sobre materias de interés público. Es un proceso donde la ciudadanía canaliza inquietudes, propuestas y soluciones en materias específicas de políticas públicas”¹⁶.

Se desarrollaron 10 diálogos en 8 regiones del territorio y se reunieron las perspectivas de diversos actores, incluyendo organizaciones de gobierno, agrupaciones no gubernamentales, comunidades de migrantes, equipos de salud y sociedad civil nacional y migrante.

Se validaron los enfoques y principios rectores de la propuesta de Política de Salud de Migrantes que son definidos en los capítulos posteriores de este documento, se relevaron los temas más importantes respecto a la salud de los migrantes y se propusieron soluciones.

Del análisis de los diálogos se desprende 3 categorías de análisis principales: derechos humanos, determinantes sociales de la salud y diversidad cultural, desde los cuales se desprendieron categorías particulares.

Dentro de los temas más citados durante los diálogos relacionados se encuentran la vulneración de derechos de migrantes internacionales, especialmente en salud y trabajo, se planteó que existen deficiencias en la calidad de la atención a las personas migrantes, especialmente en urgencia y atención hospitalaria, generándose situaciones de malos tratos y atropellos a la dignidad. También se reitera el poco acceso a la información sobre el funcionamiento del sistema de salud, lo que ha llevado en algunos casos al pago por servicios que el Estado entrega gratuitamente.

Respecto a los derechos laborales, también se observó la falta de información sobre sus derechos, especialmente en casos de accidentes laborales y se repite la no entrega de implementos básicos de seguridad para llevar a cabo sus labores. Se hace especial mención a los abusos que sufren por parte de los empleadores y a la vulnerabilidad a la que están expuestos los migrante que son parte de la economía informal y que no cuentan con contrato de trabajo.

Los participantes coinciden que en Chile se observa una preocupante discriminación hacia los migrantes lo que genera un impacto importante en la salud mental, se identifican algunos grupos de migrantes que están más expuestos a ser discriminados tales como afrodescendientes, indígenas y trabajadoras sexuales. Plantean que la migración se asocia a una visión negativa, de amenaza, ya sea en el ámbito laboral o como un tema de seguridad pública. Al mismo tiempo se destaca que la discriminación también afecta a los niños en los establecimientos educacionales y a los profesionales de salud extranjeros.

Los participantes identificaron a grupos que presentan mayor vulnerabilidad dentro de los migrantes. Estos grupos son principalmente los niños, adultos mayores, las minorías sexuales, los indocumentados, personas que no hablan español, afrodescendientes e indígenas.

La vivienda es un tema central para entender la situación de los migrantes en Chile y cómo esto afecta su salud. Los relatos están asociados a la falta de acceso, la precariedad de las viviendas, el saneamiento básico, el hacinamiento, todo esto relacionado con el nivel socioeconómico.

¹⁶ Guía Metodológica Diálogos Participativos 2015. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, SUBDERE, División de Organizaciones Sociales. Chile, 2015. Pág 26.

Se le dio importancia al lugar donde residen las personas migrantes, ya que tienden a agruparse en medios de alto riesgo social, expuestos a consumo de alcohol y drogas, y se ven afectados por temas ambientales, donde destaca su dificultad para adaptarse al clima y particularmente al frío.

Lo observado en relación a la diversidad cultural de la población migrante se manifestó en que existe poco conocimiento acerca de quiénes son y qué necesitan los migrantes internacionales que viven en Chile para poder aportar a su integración y calidad de vida, desconocimiento de la cultura de salud de los migrantes, en especial la importancia de reconocer y comprender sus propias cosmovisiones, creencias y costumbres, la existencia de diversas barreras para el encuentro intercultural en el país y en el sector salud, la importancia de la integración social con respeto a la cultura como parte del encuentro entre chilenos y migrantes internacionales.

Con relación a las soluciones se destaca la responsabilidad que debe tener el Estado respecto de la protección de los derechos humanos de las personas migrantes, la necesidad de promover la igualdad de acceso y oportunidades a distintas acciones de protección social, para ello se consideran importantes los procesos de participación ciudadana y el trabajo intersectorial. Igualmente se considera la importancia de contar con mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos en centros de salud para la atención a migrantes que lleven poco tiempo en el país, mejorar la calidad de atención en general en salud, capacitar a los funcionarios de salud, abordar los riesgos a los que están expuestos y considerarlos en la planificación sanitaria.

En conclusión, los diálogos ciudadanos, realizados en diversas regiones del país, permitieron conocer las necesidades de esta población a partir de la visión de diversos actores: gobierno, organizaciones y sociedad civil y con esto ser una instancia más del proceso participativo de construcción de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, contribuyendo a la legitimación de la política y a la democratización de la toma de decisiones.

5. Base Normativa del Derecho a la Protección de la Salud

Norma Constitucional

La Constitución Política de la República, en su artículo 19, asegura a todas las personas, “9. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.”

Instrumentos internacionales

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas¹⁷.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, párrafo 1.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965, artículo 5, apartado e) inciso iv).
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, artículo 11 y el artículo 12, párrafo 1, apartado f).
- Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, artículo 24.
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (Art. 10).

¹⁷ En su artículo 12, dispone, “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

- Convenio N.º 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981).
- Convenio N.º 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

Fuentes legales nacionales

- La Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- El Código Sanitario contenido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 725 de 1968.
- La Ley 18.933, modificada por la Ley 19.381 y la Ley 20.015 de mayo de 2005 que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por las ISAPRES.
- La Ley 19.966 de 2004, establece un régimen general de garantías en prestaciones de salud, es decir, concibe el derecho a la salud desde la perspectiva de las prestaciones, dispone medidas para que respecto de determinadas prestaciones se garantice su acceso universal y sin discriminación, las cuales se amplían progresivamente, atendido el nivel de recursos disponibles por parte del Estado y asegurando la no regresividad en la materia.
Decreto Ley N° 3.500 de 1980 y Decreto Ley 3501 de 1980, regulan la cotización obligatoria.

Base Legal del sistema de salud nacional

De acuerdo con el artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República, a través de la ley, en Chile se ha configurado un sistema estatal y un sistema privado de salud.

El **sistema estatal** está integrado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya operación está vinculada con el Fondo Nacional de Salud (FONASA), según el cual se financian las diversas prestaciones de salud en los respectivos servicios públicos.

El Decreto Ley N° 2.763 de agosto de 1979 regula el Sistema Nacional de Servicios de Salud, integrados por organismos públicos, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que realizan las acciones de salud y brindan las prestaciones médicas. Estos son los hospitales públicos y los diversos centros de atención primaria de salud.

Los trabajadores/as adscritos a FONASA tienen dos modalidades de atención; la modalidad institucional, donde las prestaciones se otorgan en hospitales públicos o centros de atención primaria; y la modalidad de libre elección, donde las atenciones de salud se reciben de parte de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

La Ley 18.469 de 1985, en el artículo 3° determina que, "Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones de salud que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República". Además, determina que los beneficiarios del régimen de prestaciones de salud que otorga el Estado a través de sus servicios son los afiliados que cotizan en dicho sistema, pero, además, un conjunto de personas en situación de vulnerabilidad social, como es el caso de "e) Las personas carentes de recursos o indigentes" (Artículo 6°).

Por su parte, el **sistema privado** está configurado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y por Proveedores de Salud particulares. Las ISAPRES están definidas en la Ley 18.933, como entidades privadas, encargadas, de acuerdo con el artículo 21, de otorgar las prestaciones y beneficios de salud "con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida". Es

decir, operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales, en el que los beneficios otorgados obedecen directamente al plan contratado.

Los Proveedores Privados de Salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes de FONASA.

Normas e instrucciones en materia de protección de la salud de los migrantes internacionales

En Chile la regulación legal de la migración se encuentra fundamentalmente en el Decreto Ley N° 1.094 de 1975, conocida como ley de extranjería, y el decreto supremo N° 597 de 1984, del Ministerio del Interior. Adicionalmente, existe una dispersión de normas de rango infralegal -instructivos presidenciales, instrucciones generales, oficios, circulares, resoluciones exentas, convenios de colaboración interministerial, entre otros- mediante los cuales se ha intentado realizar el reconocimiento de determinados derechos sociales para la población migrante, como es la protección del acceso a salud.

El derecho a la protección de la salud de las personas migrantes internacionales se fundamenta primeramente en las normas constitucionales y legales antes mencionadas, reforzado por los instrumentos internacionales que propenden al goce efectivo de este derecho.

En cumplimiento con la garantía contenida en el artículo 19 numeral 2° de nuestra Constitución Política, debemos entender que el derecho a la protección de salud, -según los términos del artículo 19 N°9 de la Carta Fundamental-, está garantizado para todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, pues todas son iguales ante la ley; de tal manera lo refrenda el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, ratificado por nuestro país el año 1989, y que en su artículo 26 dispone, "Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley".

Por tanto, el marco normativo nacional general incluye a toda la población, nacional y extranjera. No obstante, a fin de resguardar el adecuado ejercicio del derecho de las personas inmigrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad es que se han realizado cambios normativos, y se han adoptado medidas administrativas pertinentes a ese fin.

Al respecto, y siguiendo el orden de las disposiciones legales antes expuestas, resalta el Decreto Supremo N.º 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes - Tramo A de FONASA -, dando fórmulas de cálculo para ello. Esta norma fue modificada por el decreto supremo N° 67 de 2015, del Ministerio de Salud, el que incorporó una cuarta circunstancia de carencia de recursos consistente en: "(4º) *Tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos*", permitiendo así que las personas en dicha circunstancia, puedan ser considerados beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 136, letra e) del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Es decir, si un inmigrante carece de residencia regular o visa, su situación irregular ante la Administración no constituye un obstáculo para acceder a FONASA en calidad de indigente o carente de recursos, de la misma forma como un(a) chileno(a). Esta modificación, además de tratarse de un importante avance en materia de equidad en salud, al equiparar los derechos de personas migrantes y nacionales en iguales condiciones, constituye una importante medida de salud pública y de inclusión social de la que se beneficia todo el país.

Otras acciones concretas en el ámbito de la Administración, tendientes a hacer efectivo el derecho de protección y acceso a la salud de los inmigrantes han sido las siguientes:

- Oficio Circular N°1179, de 28 de enero de 2003, del Departamento de Extranjería e Inmigración, se instruye a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo.
- Oficio Circular N.º 6232, de 26 de mayo de 2003, del Departamento de Extranjería e Inmigración, cuyo propósito es precisar el sentido y alcance de la circular N° 1.179, amplía el beneficio mencionado para las mujeres extranjeras que, habiendo tenido residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar tanto su condición de irregularidad, como que son atendidas en los consultorios públicos correspondientes a su domicilio.
- Resolución Exenta N.º 3972 del 16 de junio 2007, Aprueba Convenio de Colaboración Técnica entre Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud. Tratándose de Las personas migrantes que se encuentran en calidad de refugiados, en virtud del Convenio celebrado entre el FONASA y la Subsecretaría del Interior, aprobado por la R. E. N° 2453 de 2007, se les asegura la entrega de completa cobertura de salud en la red pública
- Resolución Exenta N°1914, de 10 de marzo de 2008, se aprobó el convenio de colaboración entre Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Mediante dicho instrumento los ministerios acordaron generar los procedimientos necesarios para proporcionar atención en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones de sus pares chilenos a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años migrantes, con independencia de su situación migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales; e inscribir a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentren en condición migratoria irregular, en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio, pudiendo además solicitar un permiso de residencia temporaria con el certificado que acredite esta inscripción.
- Oficio ordinario N° 3.229, de 11 de junio de 2008, del Ministerio de Salud, a propósito del convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, se instruyó que las personas extranjeras que se encuentren en Chile en condición migratoria irregular tienen derecho a atención médica de urgencia.
- Oficio Circular A 15 N° 06, de 06 de junio de 2015, del Ministerio de Salud, sobre "Atención de salud de personas inmigrantes" desvincula la atención de salud de la situación migratoria y establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años; a casos de urgencia donde se establece que sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas. Complementa el Ordinario A 14 N°3229 que no especificaba los aspectos del cobro de la prestación, y reafirma el derecho a los bienes públicos de salud en los casos como la anticoncepción de emergencia, las vacunas, las enfermedades transmisión sexual y cuando sea necesaria la educación sanitaria.
- Circular A 15 N°4, de 13 de junio de 2016, imparte instrucciones para la implementación del Decreto Supremo N° 67, -que agrega la circunstancia de calificación de carencia N°4- y establece todas las vías de acceso al Sistema Público de Salud de las personas migrantes internacionales.
- Resolución Exenta 4 E N°1439, de 28 de marzo de 2016 del Fondo Nacional de Salud, que "Aprueba procedimiento de acreditación para inmigrantes sin documentos o permisos de re-

sidencia" y reitera la normativa más relevante de acceso a la atención de salud para esta población.

Finalmente, teniendo en consideración todo lo señalado anteriormente y que todas las personas tienen el derecho a la protección de salud, es importante destacar que:

Las y los extranjeros que cuenten con un permiso vigente para permanecer en el país, ya sea en calidad de titulares o dependientes, tienen derecho al acceso a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales.

Las personas extranjeras que carezcan de documentos o permisos vigentes para permanecer en el país y que suscriban un documento declarando su carencia de recursos, serán beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud según lo estipulado en el artículo 6° letra e) de la ley 18.469

Asimismo, las y los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública contenidas en el artículo 10 de la ley 18.469 y cualquier otra de análoga naturaleza incluida la atención del virus de inmunodeficiencia humana, de infecciones de transmisión sexual y demás acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

La mujer embarazada y el niño recién nacido, hasta los nueve años, tendrán derecho la protección y control de salud del Estado, de conformidad al artículo 9° de la ley 18.469.

Además, las y los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a atención de salud en caso de urgencia vital, sea en establecimientos públicos o privados, de conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la ley 18.469.

6. Marco Conceptual

Enfoque de Derechos Humanos

El enfoque de derechos humanos es un marco conceptual para el desarrollo humano, basado en la dignidad intrínseca de todos los seres humanos. Se encuentra consagrado en normas internacionales que gozan de protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes y obligados de: respetar, absteniéndose de intervenir en el disfrute del derecho, proteger, adoptando medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho y cumplir, incorporándolos en su legislación y adoptando medidas positivas para dar plena efectividad del derecho. El principio de progresividad y no regresividad de los derechos humanos reconoce la obligación del Estado respecto a la ampliación del reconocimiento de derechos y a la no regresión de derechos adquiridos y situaciones jurídicas establecidas, este principio prohíbe la adopción de medidas que empeoren la situación que gozaba la población previamente a su adopción.¹⁸

El desarrollo de la Política de Salud de Migrantes Internacionales está orientado por este enfoque, cuyo objeto, es propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias, que se traducen en barreras de acceso para que las personas migrantes y sus familias puedan ejercer efectivamente el derecho a la salud.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por Chile en el año 1989, en el artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De acuerdo con la Observación General N.º 14 de la ONU sobre el derecho a la salud *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*. En dicha observación se señala que la implementación del derecho a la salud abarca los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas las personas.

En el marco de la presente Política de Salud destacan algunos aspectos que es importante abordar.

¹⁸ Rossi, J., & Abramovich, V. (2007). La tutela de los derechos económicos, sociales y culturales en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Rev Estudios Socio-Jurídicos*, 9, 34-53

Respecto a la **Disponibilidad**, los Estados tienen la obligación de contar con suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud que incluyen los determinantes de la salud y programas para asegurar este derecho. También incluye contar con funcionarios capacitados para poder responder a las necesidades de salud de la población.

La **Accesibilidad** por otro lado, establece la obligación del Estado de entregar los bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física y económica. La información es una dimensión relevante y comprende el derecho a obtener información sobre los servicios, bienes, funcionamiento del sistema de salud, como también otros aspectos específicos sobre salud. La **Aceptabilidad**, refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida. Finalmente, los bienes y servicios deben ser de una **Calidad** apropiada.

La implementación del derecho a la salud y la incorporación de estos elementos debe hacerse de manera equitativa, considerando especialmente las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad. Por otro lado, existen una serie de instrumentos normativos internacionales que buscan proteger los derechos de grupos específicos que han sido discriminados históricamente y aplican a las personas migrantes internacionales:

La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990; la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966; el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979; La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada en 1984; la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989; Protocolo Adicional para prevenir, suprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, Anexo II, 2000, Protocolo Adicional contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, Anexo III, 2000 y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD, adoptada en 2006).

Sobre la salud de migrantes específicamente es importante destacar otros mecanismos más recientes, relacionados con el derecho a la salud y que sus recomendaciones han sido incorporadas en la presente Política, como la resolución de la OMS N° WHA61.17 de Salud de migrantes del 2008, la Declaración del Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo de octubre de 2013 (resolución A/RES/68/4) de la ONU, el marco operación de referencia Consulta Global en Salud de Migrantes de Madrid, basada en la resolución WHA61.7 de 2010, y lo más reciente el Informe de Promoción de Salud de Migrantes de la OMS (A69/27) de 2016, la resolución CD55/11, de OPS la Salud de los Migrantes de 2016, la Declaración de Colombo de la Reunión Global sobre Salud de los Migrantes, de OIM y OMS de 2017.

Todos estos instrumentos destacan la importancia de promover la salud de los migrantes, avanzando desde una mirada humanitaria a un entendimiento de su incorporación como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud y la implementación de la cobertura de salud universal, y exhortan a los países a tratar este tema con un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de salud pública, y acceso equitativo a la atención de salud, no importando la situación migratoria y de manera integral e inclusiva.

La discriminación constituye otra importante determinante de la vulnerabilidad social de las personas, es una de las barreras difíciles de abordar para el cumplimiento del derecho a la salud y otros derechos relacionados, respecto de grupos en situación de vulnerabilidad como los migrantes. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, ha definido el concepto de discriminación como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas”¹⁹.

Desde el año 2012, el país, dispone además de un instrumento legislativo en esta materia, que regula la Discriminación Arbitraria²⁰, por motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, opción sexual, entre otros.

La incorporación del enfoque de Derechos Humanos es un marco central de esta política, ya que el núcleo de este enfoque es la eliminación de toda forma de discriminación, entendiendo a los migrantes como sujetos de derechos y al Estado y sus funcionarios como sujetos de obligación.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

Las determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, y estas están definidas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiendo además de los sistemas políticos adoptados por los países²¹.

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud reúne los siguientes objetivos: (i) aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en la salud; (ii) establecer las formas en que diferentes factores determinantes se relacionan; (iii) establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas; y (iv) generar un mapa identificando claramente los lugares y niveles de acción e intervención en una población.

Dos conceptos relacionados al modelo de determinantes social de la salud son desigualdad y equidad social en salud. Desigualdad social en salud se define como las diferencias sistemáticas y estructurales entre y dentro de grupos sociales que cuentan con algún grado de jerarquía o estructura social vertical. Inequidad social en salud se define como las desigualdades sociales que se consideran injustas, prevenibles y modificables.

Por lo tanto, los resultados en salud son determinados por una serie de condiciones sociales, económicas, culturales y medio ambientales, que interactúan con los factores personales como la edad, el sexo, la educación, el trabajo y los factores hereditarios, donde el sistema de salud es solo un determinante, teniendo mayor relevancia las condiciones de vida y trabajo, la vivienda, la alimentación, el agua y el saneamiento entre otros. Quienes viven en las peores condiciones, o aquellos grupos que sufren discriminación sistemática tienen los peores resultados en salud. Por tanto, las inequidades en salud se interpretan como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales^{22 23}

¹⁹ Comité DD.HH, OG Nº 18, “No Discriminación”, de 10 de noviembre de 1989, párrafo 7.

²⁰ Ley 20609 del 2012, establece medidas contra la discriminación (Ley Zamudio), Biblioteca Congreso Nacional.

²¹ Irwin, A., & Scali, E. (2005). De la Salud : Aprender de las experiencias anteriores. Documento de Información Para La Comisión Sobre Determinantes Sociales de La Salud. Organización Mundial de La Salud, 1-72.

²² Notas Poblacionales nº 89, CEPAL, 2009, Santiago.

²³ Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: 2008.

La situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante social de la salud, dependiendo de las condiciones en las que ésta se realice, aumenta el riesgo de afectar la salud, estas condiciones dependen del tipo de migración que se trate, si es voluntaria o forzada, si es en contexto de frontera, la etnicidad, el género, el país de origen y destino.

Los migrantes en mayor situación de vulnerabilidad social están expuestos a riesgos muchas veces desde el lugar de origen, durante el tránsito y en el lugar de destino, enfrentándose a barreras de acceso a la atención de salud, pudiendo contraer enfermedades infecciosas y estar expuestos a mayor riesgo de accidentes laborales, abuso sexual, sexo transaccional, violencia y abuso de drogas. Además, enfrentan las consecuencias de la pérdida de vínculos familiares, la discriminación y xenofobia, que puede afectar su salud mental, y en algunos grupos sufren un limitado acceso a la alimentación, agua potable, vivienda digna, educación y justicia. De esta forma, la migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo y en Chile.

Algunos estudios internacionales y nacionales también dan cuenta de la paradoja del migrante sano, que señala que durante los primeros años de residencia presentan mejores resultados de salud, al ser población joven que emigra para buscar oportunidades laborales; sin embargo, con el paso del tiempo estos comienzan a empeorar. En Chile, se ha reportado el efecto del “migrante sano”; esto se evidencia en una población que en promedio reporta mejores resultados de salud que la población nacida en Chile. Sin embargo, este efecto desaparece en migrantes en vulnerabilidad social y en quienes llevan más de 20 años viviendo en Chile. Se observan también diferencias según sexo y país de origen que requieren de mayor consideración en programas y políticas dedicadas a proteger y recuperar la salud de población migrante internacional en nuestro país²⁴.

Enfoque de Género

La pertinencia del enfoque de género en la Política de salud de Migrantes Internacionales obedece por una parte al proceso de feminización que experimentan las migraciones en la región y en el país²⁵, por otra parte, porque permite comprender cómo el género intercepta otros determinantes sociales de la salud como estratificación social y étnico en la migración y de esta forma definir intervenciones adecuadas. En Chile, la migración es ligeramente femenina, lo que coincide con los patrones de la migración sur-sur en la región. Sin embargo, esto varía en los colectivos, como el haitiano, que es mayoritariamente masculino.

El concepto de género se instala en salud pública desde el análisis y la búsqueda de explicaciones para diferenciar los resultados de salud entre hombres y mujeres. Desde esta perspectiva gran parte de las distinciones que se registran están ancladas en desigualdades, no de origen biológico sino social, y no son producto del azar, sino de lo que socialmente se construye en torno al hecho de ser hombres y mujeres en una sociedad y un momento histórico determinado.

Género, en su conceptualización actual, se resume en un conjunto de prescripciones sociales que construyen un orden de, para y entre lo masculino y lo femenino. Se dice entonces que el género es la construcción social del sexo, pues de acuerdo con este último, socialmente se determina un modo de ser y estar en el mundo, distinto para hombres y mujeres.

La migración es un fenómeno dinámico que genera impacto social, local, familiar e individual en todo el ciclo migratorio. El desafío entonces al momento de analizar la migración es ir más allá de

²⁴ Cabieses B, Tunstall H & Pickett KE. (2013) Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista Médica de Chile* 141(10):1255-65

²⁵ Martínez Jorge (2007) Feminización de las migraciones en América latina: discusiones y significados para políticas

la motivación económica, incluir dentro de ella la motivación de violencia de género, motivaciones familiares, las redes sociales y familiares que se desarrollan en el marco de la migración, etc.

Una parte significativa de la población migrante son mujeres que buscan mejorar el nivel de vida de sus familias, huyen de situaciones de violencia de distinto tipo como la violencia hacia las mujeres transexuales, violencia intrafamiliar, violencia cultural; además muchas veces dejan a sus hijos en sus países de origen, donde habitualmente son cuidados por otras mujeres. Son parte de la cadena global de cuidados, trabajando como asesoras del hogar, labores de limpieza, siendo además parte de circuitos globales de subsistencia, lo que también se visibiliza en las estadísticas nacionales^{26 27}.

Las razones de la migración se pueden encontrar en sus países de origen, muchas veces sufren privación de derechos y oportunidades, por otra parte, la migración muchas veces es un proyecto familiar y las mujeres son consideradas las más aptas para retribuir a la familia. Se espera de ellas que privilegien el interés familiar por sobre el propio, “trabajarán esforzadamente, aceptarán peores condiciones de vida y remesarán una más alta proporción de sus ingresos”²⁸. Las mujeres sufren muchas veces el estereotipo de la mujer sacrificada en pos de la familia, lo que se traduce un estrés permanente y un impacto negativo en el estado de salud.

También las razones de la migración influyen en el tránsito y en las condiciones en que éste se realiza, generalmente más expuesto a riesgos que los hombres, y en las condiciones en que terminan viviendo, pueden verse implicadas en trata y tráfico de personas, maltrato, abuso laboral y vulneraciones en sus derechos sexuales y reproductivos.

Otro tema relevante para la salud de las personas migrantes son las nuevas comunidades a nivel transnacional. Los migrantes generan y sostienen relaciones sociales transnacionales tanto en el ámbito familiar, económico, social, que configura un tejido donde se enlaza a la sociedad de origen con la de acogida en un nuevo espacio.

La familia transnacional crea vínculos que posibilitan que sus integrantes se sientan parte de una unidad y perciban su bienestar desde una dimensión colectiva, no obstante, la distancia física²⁹. Este tipo de familias configuran nuevas dinámicas como la crianza transnacional. Este nuevo reordenamiento de interacciones requiere de ajustes que impactan en la vida cotidiana tanto de quienes migran, como en quienes permanecen en los lugares de origen, generando impactos en la salud, especialmente en la salud mental.

Enfoque de interculturalidad

La Observación General N.º 14 de la ONU sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, establece como elemento fundamental para el ejercicio del derecho a la salud la aceptabilidad. Sobre este elemento señala: “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades”.

Desde esta mirada, los servicios culturalmente apropiados son un elemento indispensable para el ejercicio al derecho a la salud. La migración internacional pone en tensión al sistema de salud requi-

²⁶ Godoy Lorena (2007) Fenómenos Migratorios y Género.

²⁷ ONU Mujeres (2013): Género en marcha. Trabajando el nexo migración-desarrollo desde una Perspectiva de género. República Dominicana.

²⁸ INSTRAW (2007): Gender, Remittances and Development. Feminization and Migration. Working Paper 1. Santo Domingo.

²⁹ González Torralbo, H. (2016). Las familias transnacionales ¿una tautología? Más allá de la dicotomía “distancia/proximidad geográfica” Polis (Santiago), 15(43), 511-532. <http://doi.org/10.4067/S0718-65682016000100024>.

riendo una visibilidad de estas poblaciones y sus necesidades, incluyendo la dimensión cultural de la salud. La presente política incorpora el enfoque de interculturalidad para responder a este desafío.

El primer paso para comprender la interculturalidad es reconocer que existen variadas formas de definir este concepto. El enfoque intercultural ha sido objeto de actualizaciones y redefiniciones conceptuales. Por lo tanto, lo que hace 20 años entendíamos por interculturalidad, difiere mucho de los enfoques actuales y hoy día no necesariamente es materia de consenso entre los distintos actores sociales.

Hoy día entendemos que este enfoque requiere ser ampliado, fundamentalmente si consideramos la configuración social del Chile actual, en particular, los procesos migratorios y las transformaciones sociales y culturales, lo que sin lugar a duda nos coloca una serie de exigencias en materia de adecuación de los servicios de salud.

Una definición que recoge de mejor forma estas cuestiones es aquella que entiende la interculturalidad como “una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a la hora de desarrollar acciones en relación con otro, indígena o extranjero en este caso, que tiene sus propias particularidades, como un espacio de aprendizaje común”³⁰. Este enfoque plantea una valoración del diálogo entre las culturas, pero no desconoce las desiguales relaciones de poder existentes y requiere de un cuestionamiento de estas condiciones.

Asimismo, el enfoque intercultural, en su versión más actualizada, exige ampliar la mirada y entender que la interculturalidad requiere del involucramiento de todos, más allá de las personas migrantes. En este sentido, la participación de quienes son parte del sector salud, funcionarios, profesionales, administrativos, equipos de salud en general, etc., es fundamental. Este involucramiento se entiende como una relación donde todos y todas aportan a la construcción de relaciones respetuosas, y donde el personal de salud se transforma en un sujeto de aprendizaje en la relación con un otro diverso en sus concepciones de salud, enfermedad, autocuidado y procesos de atención.

La aplicación de este enfoque requiere, sin lugar a duda, un cambio en la cultura institucional del sector salud, lo que implica cuestionar el modelo de salud convencional desde el cual se ejerce la medicina occidental. Esto implica “trascender el paradigma biomédico y reconocer que existen otros paradigmas, otros sistemas de salud, otros modelos de conocimientos y un conjunto organizado de prácticas con sus respectivas formas de entender y resolver los problemas de salud”³¹.

En este sentido, trabajar desde un enfoque intercultural conlleva necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las personas usuarias del sistema salud. Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo en salud permanentes.

En síntesis, la interculturalidad en salud se propone como un enfoque de vinculación, en el que la diferencia debe ser considerada como una forma de enriquecer la sociedad, en que no se considere que un grupo social está por sobre otro y que permita favorecer el respeto, la inclusión y la buena convivencia.

³⁰ MINSAL. (2015). Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes, 9-10.

³¹ MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, S. de R. A. (2016). Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un enfoque intercultural, p 22.

Enfoque de curso de vida

Giele y Elder definen curso de vida como “secuencia de eventos y roles socialmente definidos, por lo que, un individuo transcurre a través del tiempo”³². Este modelo plantea que los resultados de salud para los individuos dependen de la interacción de factores protectores y de riesgo a lo largo de su vida y que se relacionan con determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, incluyendo el acceso a los servicios de salud.

El enfoque de curso de vida interpreta fundamentalmente cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones³³.

En salud, el enfoque de curso de vida permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida, durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta, y entre generaciones para producir resultados en salud³⁴.

Este modelo “(...) reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida, “en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida”³⁵, impactando en las trayectorias de vida de los sujetos. En este enfoque entonces se identifican momentos: las trayectorias, transición, momentos significativos o sucesos vitales, ventana de oportunidad y efectos acumulativos.

Desde este punto de vista, la migración entendida como un cambio de situación o transición de un individuo en una trayectoria, es un hito que marca el curso de vida de las personas, particularmente durante el embarazo, la infancia y adolescencia. En estas distintas situaciones, se pueden vivenciar oportunidades que impacten positivamente, y/o dificultades, tales como la exposición a importantes riesgos que determinan la vida a futuro, la salud y el bienestar de las personas. Estos resultados dependerán en las condiciones que se desarrolla la migración en todas sus etapas, y cómo el sistema de salud incluye a esta población considerando sus necesidades particulares.

Utilizar el enfoque de curso de vida para abordar la migración, permite integrar en el análisis los riesgos biológicos y sociales, el enfoque de determinantes sociales, que en este caso explican una exposición al riesgo diferencial para esta población y las estrategias de respuesta individuales.

Enfoque territorial

La Política de Salud de Migrantes Internacionales, debe considerar un enfoque basado en la territorialidad, dado que la migración es un fenómeno que se evidencia en los territorios (región, provincia, comuna y barrio), con migraciones diferenciadas y con características particulares, lo cual se expresa en acceso a la atención de salud y condiciones de salud diferenciadas.

El territorio es una construcción histórica de apropiación de un espacio dotado de recursos, donde se cimienta la base para la construcción de redes comunitarias, sociodemográficas e institucionales particulares. En este proceso de construcción del territorio se establecen culturas y tradiciones, las cuales son el soporte de la identidad y territorialidad, y es en este espacio donde interactúan dimen-

³² Janet Z. Giele, G. H. E. (1998). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*.

³³ Blanco, M. M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.

³⁴ Tamara K. Hareven, K. J. A. (1982). *Ageing and Life Course Transitions: An Interdisciplinary Perspective*.

³⁵ Barker, D. J. P. (1998). *Mothers, Babies and Health in Later Life*.

siones de la vida social³⁶. La OCDE ha destacado las grandes desigualdades territoriales presentes en el país, en el nivel de desarrollo, pobreza y educación, superiores a la de sus países miembros³⁷. Esta inequidad territorial también se refleja en el fenómeno migratorio, con consecuencias de segregación y exclusión social, lo que se agudiza en las regiones del norte (CASEN 2015), sumándose vulnerabilidades, como la pertenencia a pueblos indígenas de la población migrante tanto en región de Arica y Parinacota, como en la región de Tarapacá.

El territorio define identidades, nacionalidades, localidades y globalidades. Las personas son parte de un territorio, donde existe un número de población que habita en él, con una estructura etaria, en una superficie específica, condiciones ambientales y climáticas, grandes urbes pavimentadas y verticalmente pobladas, pequeñas localidades rurales con dificultades en la cobertura de servicios básicos. El orden del territorio tiene un proceso histórico de desarrollo³⁸, el cual evidentemente se relaciona con las condiciones de vida y salud de las poblaciones y comunidades. En este espacio físico y simbólico que es el territorio, la población cuenta con determinadas condiciones de salud, donde las características físicas de su entorno forman parte de los elementos que intervienen.

La relación entre salud poblacional, migración y territorio, debe ser analizada y tratada con especial cuidado en las intervenciones y en la transversalización de esta temática en los programas de salud. La realidad de salud en la frontera norte del país, donde la circulación de población migrante es constante y su composición es principalmente indígena, cuenta con características distintas a la situación que se presenta con los Migrantes en la zona central del país. Por ejemplo, la mayor población de migrantes internacionales se encuentra en la Región Metropolitana, con características específicas, determinantes sociales que se presentan en esta región. Y evidentemente, es distinto a los fenómenos de migración y salud de las zonas australes del país. En este sentido, el enfoque de territorialidad de la Política de Salud y Migrantes permitirá adaptar acciones programáticas y asistenciales en salud según la realidad del territorio en donde se implemente, asociándose virtualmente al Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), a los componentes de participación ciudadana de la Autoridad Sanitaria y de los Servicios y equipos locales de salud, junto con importantes vínculos con los Gobiernos Regionales y Locales.

³⁶ Fuster Farfán, X. (n.d.). La histórica deuda de las políticas sociales: pertinencia territorial. El caso del Programa Habitabilidad, Chile, (May 2016), 61-88.

³⁷ OECD. (2009). OECD Territorial Reviews: Chile.

³⁸ Arenas V., Federico, Cáceres, G. (2001). Ordenamiento del territorio en Chile: desafíos y urgencias para el tercer milenio. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

7. Principios Rectores

La Política de Salud de Migrantes Internacionales se funda en principios rectores que buscan orientar las acciones del sector salud con el objetivo de contribuir a mejorar la salud de las personas migrantes.

Principio de Participación Ciudadana

El derecho a la participación se encuentra reconocido como un derecho humano en las principales convenciones, declaraciones y pactos del derecho internacional, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención de los Derechos del Niño; entre otros.

A nivel nacional, la Constitución Política en su artículo 1º asegura “el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional”³⁹, sin efectuar distinciones entre personas nacionales o extranjeras, por lo que debemos entender que se refiere a todas.

En términos específicos, este derecho está plasmado en las leyes N°20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública y N°20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, el Instructivo Presidencial N.º 7 para la Participación Ciudadana en la gestión pública y la Norma General de participación ciudadana en la gestión pública de salud Res. Exenta N.º 31 de 2015.

De acuerdo con el Instructivo Presidencial N.º 7 la Participación debe llevarse adelante con un enfoque de derechos y de manera transversal, sin ningún tipo de discriminación arbitraria, respetando la diversidad social y cultural; reconociendo e integrando las particularidades, características y necesidades de los distintos grupos que conforman nuestra sociedad, incluyendo a los migrantes.

La participación es la base para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y de creación de capital social. Se orienta a conseguir el bienestar y la inclusión social, mediante el em-

³⁹ El texto completo de la Constitución Política de la República está disponible en internet en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302> (Visitado el 10-05-2017).

poderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades a través de la incorporación de sus visiones, necesidades y opiniones en la gestión y en las políticas públicas de salud.

Cuando participamos, hacemos o convertimos algo en propio; al mismo tiempo que nos hacemos parte de ello y permitimos que otros también formen parte de ello. En esta definición advertimos el carácter individual y comunitario de la participación⁴⁰.

Principio de Equidad

El principio de equidad busca orientar las acciones de salud desde una óptica de justicia distributiva. La equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales como la nacionalidad o la situación migratoria⁴¹, complementando el enfoque de determinantes sociales de la salud.

El principio de equidad se orienta a la identificación y reducción de diferencias injustas, modificables y prevenibles entre grupos sociales, que habitualmente se describen como brechas (diferencias absolutas o relativas entre grupos extremos, por ejemplo quintiles extremos de ingreso, grupos sin educación versus los más educados, género, etc). También la equidad en salud se describe como gradiente, vale decir la distribución desigual de acceso o resultados de salud en una población según alguna variable social de interés, como por ejemplo ingreso del hogar.

En el caso de los migrantes, como otros grupos que históricamente han experimentado la discriminación, la equidad implica tomar medidas afirmativas que equiparen su situación con la población nacional en el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Principio de Ética y Bioética

La bioética como disciplina nos viene a recordar el valor del respeto a todo ser humano, a sus derechos y su dignidad intrínseca. Desde el año 2012 Chile cuenta con la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En este contexto, el "objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes, pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud - paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud"⁴².

En la población migrante internacional, así como otros grupos considerados con mayores factores de vulnerabilidad, es donde se hace imprescindible utilizar la deliberación ética y actuar en consecuencia con los principios de: Autonomía, No Maleficencia, Beneficencia y Justicia, tanto en las situaciones individuales, como en todo orden de decisiones en salud.

En este contexto, tanto la bioética como la fundamentación complementaria de los principios éticos deben ser extendidos a los migrantes. Fundamentalmente, a aquellas personas que se encuentran

⁴⁰ Hernández Arístu, J. (2010). Participación ciudadana y mediación social. Una reflexión desde la práctica del asesoramiento social Citizen Participation and Social Mediation. A Reflection Based on Social Consulting Practice, 113-142.

⁴¹ Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud. Europe, 1-35. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>

⁴² León Correa, F. J. (2009). Fundamentos Y Principios De Bioética Clínica, Institucional Y Social. Acta Bioethica, 15(1), 70-78. <http://doi.org/10.4067/s1726-569x2009000100009>

en situación irregular de manera de resguardar su dignidad, mayor susceptibilidad en el ámbito sanitario y vulnerabilidad a través de la protección de salud como un derecho justo, sin estigma ni discriminación.

Principio Igualdad y no discriminación

La Observación General N.º 18 de la ONU sobre no discriminación señala que no puede existir una distinción, exclusión, restricción o preferencia que menoscabe el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas basado en motivos como por ejemplo la raza, el color, el idioma, el origen nacional y otros⁴³. Este principio rector establece que en el caso de las personas migrantes se debe respetar y asegurar sus derechos en igualdad de condiciones que los nacionales.

Principio de integralidad

La migración es un determinante social de la salud. La consideración de todas las etapas del proceso migratorio y el impacto que estas tienen en la salud de las personas migrantes hace necesario abordar este tema desde una mirada integral e intersectorial. Aspectos tales como el acceso a la vivienda, educación y trabajo son relevantes y tienen importantes efectos en la salud de las poblaciones. “El abordaje de la integralidad encuentra sus posibilidades en el concepto de intersectorialidad, al convocar variadas instituciones de distintos sectores y áreas de conocimientos, que permiten responder a la multicausalidad de los complejos problemas sociales”⁴⁴ de manera más adecuada, como los asociados a la migración y a sus complejos procesos de exclusión, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas migrantes.

El principio de integralidad puede considerarse desde dos niveles, uno macro que busca la vinculación efectiva desde el intersector (ministerios, distintos organismos públicos y privados, academia, etc.) y que puede comprenderse desde el enfoque de Salud en Todas las Políticas. También hay un nivel micro del sector salud en su interior y que dice relación con la vinculación e integración entre niveles de atención y gobernanza de estructuras y procesos del sistema en su conjunto; este nivel puede comprenderse desde el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS).

Intersectorialidad

La migración internacional es un fenómeno de naturaleza multidimensional, complejo y dinámico, cuyo abordaje exige del Estado una respuesta integral, coordinada y necesariamente intersectorial. El concepto de Salud en Todas las Políticas es un enfoque con potencial de facilitar el abordaje de problemas complejos que requieren coordinación intersectorial a través de proporcionar soluciones prácticas a tomadores de decisiones para mejorar la salud y equidad.

El enfoque de Salud en Todas las Políticas ha sido definido por la OMS como un enfoque a las políticas públicas que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, y enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud. Desde esta mirada se aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles. Tal como se desprende de la definición de la OMS, esta es una

⁴³ ONU, (1989), Observación General No. 18, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, No discriminación, 37º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 168

⁴⁴ Isabel, M. (2016). Contenido, integralidad y coherencia en las políticas de primera infancia: aportes desde el currículo; Current and critical issues in the curriculum and learning; Vol.:7; 2016

herramienta aplicable a la gran mayoría de los desafíos de la promoción de la salud y no únicamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Siguiendo lo propuesto por Leppo y colaboradores, se destacan cuatro aspectos claves para aplicar este enfoque en el desarrollo de una política, ventana de oportunidades, voluntad política, estructuras y procesos intersectoriales, y conflictos, planteando la posibilidad u oportunidad de poner los temas en agenda alineando el interés ciudadano, el apoyo político y la factibilidad técnica⁴⁵.

Integralidad en Salud

Por otra parte, el concepto de integralidad en salud incluye la consideración de la persona como centro de la atención; la persona como parte de un grupo concebido en su totalidad; la integralidad y continuidad de la atención en los distintos niveles; equidad en la atención, como también la consideración de las condiciones de vida y la pertenencia a las características de las comunidades.

El Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, desarrollado por OPS/OMS a partir de 2010, está orientado a combatir la fragmentación y avanzar en la integración de establecimientos y estrategias en los distintos niveles de la Red, para actuar como un todo cohesionado, que entregan respuestas uniformes y coherentes de acuerdo con las necesidades y preferencias de las personas en forma efectiva, oportuna y de calidad a lo largo de todo su curso de vida. La OPS (2010) define las RISS como *“una red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*.

Uno de los supuestos del modelo RISS, es que, a menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Diversas estrategias se articulan en la implementación del modelo RISS en el caso chileno, tales como: procesos integrados de referencia y contra referencia, modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), red de urgencia en RISS, telemedicina, salud mental en red, Escuela de Gobierno en Salud, Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA), compromisos de gestión de los Servicios de Salud en RISS, Planes Anuales de Capacitación en RISS, plan de inversiones, entre otros. El modelo RISS considera 4 ámbitos y 14 atributos esenciales. Los ámbitos son: Modelo asistencial, Gobernanza y estrategia. Organización y Gestión, y Asignación de recursos e incentivos.

Principio de Cohesión Social

La salud es una construcción colectiva, las condiciones de exclusión y fragmentación social tienen impactos negativos en los resultados en salud de toda la población. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008) señala que para alcanzar una equidad sanitaria es importante que existan comunidades y barrios que tengan acceso a bienes básicos, gocen de cohesión social y se promueva el bienestar físico y psicológico.

Se entiende la cohesión social como el grado de consenso de los miembros de un grupo sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común. La cohesión social se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad⁴⁶, bajo el supuesto que en el caso de los migrantes internacionales esto significa valoración y respeto, no integración con asimilación.

⁴⁵ Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Health in All Policies. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

⁴⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2007). Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cohesión+social:+inclusión+y+sentido+de+pertenencia+en+América+Latina+y+el+Caribe#0>

La cohesión es esencial para el bienestar y salud de cualquier sociedad. Una de las formas de medir la cohesión es el capital social, que ha demostrado estrecha relación con resultados de salud en distintos países del mundo. Basados en autores clásicos y contemporáneos de disciplinas como la sociología, economía política y antropología, el capital social incluye indicadores de relaciones interpersonales cercanas y horizontales, tales como confianza en la familia y el barrio, tener amigos, tener a quien pedir dinero y participar en grupos civiles de todo tipo. También incluye indicadores de relaciones más distantes y verticales, como por ejemplo pertenecer a un partido político, votar, o tener representantes civiles que participen de procesos de decisión política.

Estudios internacionales sugieren que grupos sociales con alto capital social reportan mejores resultados de salud que grupos con menor capital social⁴⁷. Esta evidencia es de enorme importancia a la hora de diseñar una política de salud de migrantes internacionales, que orienten a la integración e inclusión social y en salud de esta población como medida crítica para la protección social en salud de nuestra población en su conjunto.

Principio de Calidad

La atención de salud de las personas migrantes internacionales se enmarca en la atención general de salud de la población, con sus características que les son propias, de competencia técnica, seguridad, eficacia, eficiencia, e infraestructura adecuada y, además, con especial énfasis, en el acceso a las prestaciones, en la oportunidad y en la continuidad en la atención, con procesos de evaluación permanentes y en un contexto de mejoramiento continuo. Lo anterior, hacia resultados sanitarios esperados, y logrando la satisfacción usuaria.

Principio de Universalidad

Este principio emerge desde el enfoque de protección social en salud, que es parte fundamental de los derechos humanos en salud (revisar enfoque de derechos humanos en sección anterior). Todas las personas deben participar de los beneficios del sistema de salud, en la mirada de avanzar progresivamente en el acceso universal y cobertura universal de salud. Este principio no reduce la salud a un bien de consumo que sólo algunos pueden acceder, discriminando por clases sociales. Lo plantea como parte de la seguridad social, que es proteger al ser humano, dentro de una determinada colectividad social, constituyéndose en un derecho público.

⁴⁷ Dahl, E. and Malmberg-Heimonen, I. (2010), Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*, 32: 1102-1119. doi:10.1111/j.1467-9566.2010.01270.x

8. Propósito

Contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos.



9. Objetivos Específicos

1. Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren.
2. Garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales.
3. Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales.
4. Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración.
5. Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales.
6. Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.
7. Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales.
8. Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.

10. Lineamientos Estratégicos

Considerando los objetivos planteados anteriormente, la Política de Salud de Migrantes Internacionales se plantea los siguientes lineamientos estratégicos para su cumplimiento.

1. Armonización y adecuación del marco normativo

Si bien el Ministerio de Salud ha realizado una serie de adecuaciones a la normativa con el objetivo de que los migrantes puedan hacer uso efectivo de su derecho a la salud como el Decreto N° 67 que los incorpora explícitamente como sujetos de derecho, lo que administrativamente permite el acceso a FONASA, es necesario hacer una revisión y adecuación en otras normativas que fueron desarrolladas en otro contexto social y demográfico donde la migración internacional no tenía la importancia que hoy tiene en nuestro país.

a. Revisión de normas, reglamentos y medidas administrativas

Se incorporarán adecuaciones a las normas, reglamentos y otros instrumentos que generan como resultado barreras de acceso, ya sea por establecer requisito que no son aplicables a esta población, particularmente aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad, o que la incluyan de manera explícita como medida afirmativa cuando sea necesario.

Este eje de acción busca además avanzar en la armonización respecto al marco jurídico internacional de derechos humanos frente a la posible colisión de normativas y que al aplicar la norma por parte de los funcionarios de salud puede provocar una interpretación que menoscaba o impida el ejercicio de un derecho. Esto es aplicable en el caso de nuestro país a lo que establece la Constitución Política de la República respecto al derecho a la salud.

b. Auditorías a Establecimientos de Salud y SEREMI.

Como parte de esta línea estratégica se incorporará como eje de acción en los planes de auditoría a los establecimientos de salud y a las SEREMI de Salud respecto a las normativas que involucren a la población migrantes como por ejemplo, la implementación del Decreto N°67, Ley de Urgencia o Norma Técnica N° 820 de Estándares de Información referida al registro desagregado de nacionalidad y país de origen, dándole una intencionalidad para verificar el cumplimiento de las regulaciones existentes y con ello un plan de mejora en base a los hallazgos encontrados.

2. Sistema sensible a las personas migrantes: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud

Para cumplir con garantizar el ejercicio al derecho a la salud se hace necesario desarrollar estrategias que respondan adecuadamente a las dificultades que enfrentan los migrantes para acceder a la salud y que fueron levantadas en el proceso de construcción de la presente política.

a. Accesibilidad:

Los aspectos más importantes en el eje de acción de accesibilidad están asociados a las dimensiones de información y no discriminación:

a.1 Difusión de derechos y educación sobre el sistema de salud

Esta línea de acción busca disminuir brechas de información de la población migrante. La evidencia señalada anteriormente y el diagnóstico levantado durante todo el proceso participativo de construcción de la política demuestran que la falta de información oportuna y adecuada, es una barrera de acceso a la atención, el desconocimiento por parte de los migrantes respecto a los derechos que tienen en salud, sobre el sistema de salud y su funcionamiento, los que incluye desde los horarios de atención, requisitos, trámites, tipo de atenciones, programas y prestaciones existentes, servicios sanitarios que abarcan desde lo preventivo, promocional, curativo y rehabilitación.

Se desarrollará una línea acción que incluya difusión de derechos y educación para la salud incorporando estrategias de participación social y comunitaria, centrado principalmente en Atención Primaria, pero articulado con los otros niveles e instituciones del sistema de salud. Esta línea de acción incorporará estrategias adecuadas para enfrentar las barreras idiomáticas como traducción de materiales.

a.2 Formación sobre Migración y Salud

La implementación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales requiere, como condición indispensable, contar con un conjunto de funcionarios de la salud, formados sobre el marco que regula la atención de esta población, como conocimientos sobre derechos humanos, interculturalidad, salud y migración. El desarrollo de competencias culturales también debe ser abordado en la línea de acción de formación, de manera de poder tener las herramientas para responder a las necesidades de esta población.

Como parte de esta línea de acción y con una mirada en el largo plazo, se promoverá con las Universidades y Centros de formación técnica la incorporación en las mallas curriculares de materias y competencias referidas a migración y salud que incluyan interculturalidad, derechos humanos, determinantes sociales de la salud y género entre otras materias.

Por otro lado, se impulsarán acciones de difusión, capacitación o sensibilización destinadas a los funcionarios de salud tanto de los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención, como en FONASA, SEREMI de Salud y otros organismos, para disminuir las brechas de información, como también disminuir la discriminación que se relevó durante los diálogos ciudadanos. Estas acciones permitirán orientar de manera más completa a esta población, mejorar la calidad de la atención, y con ello avanzar en garantizar su acceso a la atención y a otras prestaciones de salud.

b. Aceptabilidad

Las acciones para avanzar en aceptabilidad en el derecho a la salud de los migrantes están orientadas principalmente a los servicios y prestaciones de salud, en este contexto a la consideración de aspectos culturales y a la relación que se establece entre las personas migrantes y el sistema de salud.

El diseño e implementación de políticas públicas requieren reconocer las concepciones culturales relacionadas con elementos que inciden en el proceso salud-enfermedad, tales como el concepto de atención de la salud, de autocuidado, alimentación, pautas de crianza, relación con el cuerpo, la sexualidad y la reproducción para que las acciones propuestas sean culturalmente pertinentes y se incremente la efectividad de las políticas públicas.

Esta línea de acción busca avanzar en estrategias interculturales específicas como estrategias de comunicación intercultural que contribuyan a disminuir barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, focalizando el trabajo en los aspectos del proceso de comunicación y diálogo, “el mejorar los procesos de comunicación y dialogo promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico”⁴⁸

Las acciones propuestas deben formar parte de un plan de acogida que busca integrar a la población migrante al sistema de salud y minimizar las dificultades que tienen en su proceso de adaptación a los sistemas, esto es parte del desarrollo de competencias culturales del sistema de salud frente a una realidad multicultural. La consideración de aspectos culturales en este eje de acción incluye el desarrollo de servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural.

Dentro de la facilitación lingüística se desarrollarán estrategias para disminuir las barreras idiomáticas como traductores presenciales, traducción o intermediación lingüística remota, y otras estrategias digitales.

Las acciones de mediación intercultural que se desarrollarán en el ámbito de salud tienen como objetivo disminuir barreras que se generan en la interacción con diversas instituciones del sector salud, funcionarios de salud y actores sociales, generando un diálogo intercultural que facilite la comunicación y comprensión mutua, la resolución de conflictos, la transformación de prácticas relacionales, la adecuación institucional, y la convivencia intercultural.

c. Desarrollo e implementación de un instrumento de estándar de equidad en salud con enfoque intercultural para los establecimientos e instituciones de salud.

Esta es una herramienta de autovaloración que permitirá avanzar en la implementación de accesibilidad y aceptabilidad⁴⁹, permitiendo a los funcionarios de salud cuestionarse respecto a las prácticas laborales, identificar brechas y espacios de mejora.

A partir de la aplicación de este instrumento se podrán desarrollar planes de acción y comparar pares institucionales, dando de esta forma medición y monitoreo a la implementación de las dimensiones del derecho a la salud de accesibilidad y aceptabilidad para personas migrantes.

⁴⁸ Alarcón A., Vidal A., Neira J, (2003), Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, Santiago: Revista Médica Chile.

⁴⁹ La idea se basa en el instrumento “Estándares de Equidad en Salud para Inmigrantes y otros Grupos Vulnerables, Herramienta de Autovaloración para la Implementación del Pilotaje” (2014), Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care, Antonio Chiarenza, Italia.

3. Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial

La complejidad de la migración hace necesario un abordaje integral que considere el ciclo migratorio, los determinantes sociales de la salud y el sistema de salud como parte importante de estos últimos. El abordaje de la integralidad debe hacerse desde el enfoque territorial que permite relevar las particularidades de migración a nivel local y su impacto en la salud. En los diálogos se reafirma todo lo mencionado, por ello la importancia de desarrollar los siguientes ejes de acción.

a. Intersectorialidad

Se propone abordar este eje de acción desde el enfoque territorial y el principio de intersectorialidad con la incorporación de salud en todas las políticas. La migración es un determinante social de la salud; las condiciones de vida de estas personas a lo largo de todo el proceso migratorio determinan sus resultados de salud, por ello es importante trabajar intersectorialmente, pero también plurinacionalmente, desarrollando un trabajo con los países que son parte del proceso migratorio, origen, destino y tránsito.

Se establecerán una serie de alianzas intersectoriales y coordinaciones, entre ellas con el Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Social, SENAME, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Derechos Humanos, OIM, ACNUR (Agencia de la ONU para refugiados) y OPS.

Se fortalecerá el trabajo intersectorial a través del Consejo de Política Migratoria (Ministerio del Interior y Seguridad Pública), este Consejo tiene dentro de sus objetivos mantener una coordinación y trabajo con los demás ministerios.

El trabajo sectorial seguirá contando con el apoyo de organismos internacionales como OIM y OPS para el desarrollo de distintas iniciativas que apoyen este abordaje.

Las distintas realidades de la migración en nuestro país, que se reflejan por ejemplo en indicadores de mayor vulnerabilidad en la zona norte y en algunas comunas de la región metropolitana, como la particularidad de las zonas fronterizas donde existen una alta composición de población indígena y una migración circular (ver caracterización de la población migrantes) hace necesario seguir avanzando en los territorios de manera progresiva en la conformación y fortalecimiento de instancias participativas e intersectoriales para la protección de la salud y el bienestar de esta población con mesas de trabajo desde las SEREMI de Salud donde participen los distintos servicios sectoriales e intersectoriales regionales y la sociedad civil. Esto permitirá reflejar las realidades locales, identificar necesidades y desarrollar respuestas pertinentes a través de planes de acción regionales.

En el tema de Trata de Personas seguiremos fortaleciendo el trabajo con la Mesa Intersectorial Sobre Trata de Personas y la implementación de los Planes de Acción Nacional, aprobado mediante la suscripción de un convenio intersectorial, que comprende cuatro ejes estratégicos: prevención y sensibilización, control y persecución del delito, protección y asistencia a víctimas y coordinación y cooperación interinstitucional.

Las emergencias humanitarias generan desplazamientos masivos de personas, estas pueden ser provocadas por conflictos bélicos, desastres naturales o provocados por el hombre. En materia específicamente de Refugio, que corresponde a una migración forzada, el Ministerio de Salud ha participado en algunos programas de reasentamiento en conjunto con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Respeto a acceso a la atención de salud, existe un convenio entre FONASA y el Ministerio

de Interior y Seguridad Pública que establece la calidad de beneficiarios del seguro público para las personas refugiadas en el tramo de gratuidad.

Los desafíos que se establecen en esta materia están relacionados por un lado con fortalecer el trabajo intersectorial, y en términos de salud ir más allá de la entrada al sistema, incorporando un enfoque psicosocial y comunitario. Se desarrollarán orientaciones, protocolos y/u otros instrumentos que incorporen una mirada de reparación con enfoque psicosocial, que tome en consideración la necesidad de dignificar y reconocer la situación que vive este grupo, fortaleciendo el empoderamiento y la acción sin daño.

b. Integralidad Sectorial: RISS y Modelo Integral de Salud

El Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), está orientado a combatir la fragmentación y avanzar en la integración de establecimientos y estrategias en los distintos niveles de la Red, para actuar como un todo cohesionado, que entregan respuestas uniformes y coherentes de acuerdo con las necesidades y preferencias de las personas en forma efectiva, oportuna y de calidad a lo largo de todo su curso de vida.

La dificultad que enfrentan los migrantes para ingresar al sistema de salud, y la necesidad de asegurar la continuidad de la atención de salud hace indispensable el fortalecimiento en las diversas estrategias donde se debe intencionar y priorizar a la población de migrantes para orientar su ingreso al sistema de salud, su derivación tanto a especialidades como a otros servicios en una mirada intersectorial, como también tomar en consideración su proceso migratorio. Estrategias integradas de referencia y contra referencia, la implementación local del modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), red de urgencia en RISS, telemedicina, salud mental en red, Escuela de Gobierno en Salud, Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA), compromisos de gestión de los Servicios de Salud en RISS, Planes Anuales de Capacitación en RISS, plan de inversiones y programas de reforzamiento, son parte de este eje de acción.

Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario:

El modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias con sus particularidades como es el caso de la población migrante. Para esta población en su mayoría sana, debemos poner mayor énfasis en la entrega de herramientas para su autocuidado y así prevenir antes que aparezca la enfermedad.

Para avanzar en el fortalecimiento del sistema público de salud, mejorar el nivel de bienestar de la población y disminuir las inequidades en el acceso y resultados de salud, considerando la pertinencia cultural, la participación social y comunitaria la equidad de género y el trabajo intersectorial, se hace necesario que estos modelos, tanto en su implementación como en su desarrollo, estén acorde con las necesidades de esta población en situación de vulnerabilidad a lo largo de su curso de vida.

4. Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud

Corresponde a la necesidad de adaptación y fortalecimiento de programas e intervenciones, desde la función rectora, para poder dar una respuesta integral a las necesidades de las personas migrantes, pero también desde una mirada de salud pública, considerándolas en el diseño de intervenciones, en la reducción de los riesgos para la salud a los que están expuestos, como parte de la implementación de la cobertura universal⁵⁰.

Transversalizar implica también implementar el enfoque intercultural considerando y reconociendo que la diversidad cultural es un valor y como tal constituye un recurso y no un obstáculo, frente a cualquier acción que se planifique e implemente, trátense de legislaciones, políticas, planes o programas en todas las áreas y a todos los niveles de la atención del sistema de salud.

Dado la caracterización de la población migrante que presenta nuestro país, y las barreras de acceso existente, descrita anteriormente, se abordará algunos grupos específicos y se hará un mayor énfasis en los programas preventivos de salud. Así, la migración entendida como un hito que marca el curso de vida de las personas, particularmente durante el embarazo, la infancia y adolescencia y las dificultades de acceso al sistema de salud, hace necesaria la consideración de estos grupos de manera especial.

Por otro lado, de acuerdo con los diálogos ciudadanos y a las condiciones de vida como el hacinamiento en las que viven un grupo importante de la población migrante se hace necesaria el énfasis en algunos programas de salud.

El proceso migratorio y el impacto que este tiene en la salud de los migrantes, el duelo que significa la migración y el estrés permanente hace que esta población tenga una mayor demanda de atención en salud mental, tal como da cuenta la evidencia (ver caracterización de la población migrantes).

Se incorporará a este grupo de la población a las estrategias de salud mental como un grupo en situación de vulnerabilidad con orientaciones específicas y el desarrollo de competencia culturales para atender adecuadamente a sus necesidades en salud.

Dadas las condiciones de vida y los determinantes sociales que los afectan, también se abordarán los programas de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas.

Este eje de acción se traducirá en la adecuación de normas técnicas, guías clínicas, protocolos, cartillas informativas y otros.

Finalmente, en esta temática existen vulnerabilidades que se suman y que hay que considerar en la transversalización como la trata de personas, refugiados y pueblos indígenas entre otras, a través de orientaciones técnicas específicas.

5. Monitoreo, seguimiento e información de salud

La información sobre la salud de los migrantes en Chile es escasa. No se cuenta con información sobre mortalidad, escasamente morbilidad y factores de riesgo, acceso a la atención de salud, determinantes de la salud como condiciones laborales, vivienda y acceso a servicios básicos.

⁵⁰ Se considera esta adaptación como universalismo proporcional, M. Marmot, R. Bell, (2012) Fair society, healthy lives, Public Health Elsevier.

Para abordar las desigualdades en salud en esta población es fundamental medir la magnitud de esta realidad, identificar brechas, evaluar las intervenciones e identificar las buenas prácticas/experiencias significativas, avanzar en investigación y capacitar al personal en materia de determinantes sociales de la salud.

Las acciones que se desarrollarán en esta línea estratégica son:

- Mejorar los sistemas de información, tanto registros administrativos como de vigilancia, con el objetivo de caracterizar la situación de salud de la población migrantes, evaluando y analizando las tendencias, desagregados por las variables necesarias para identificar los distintos grupos, particularmente los que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad en todos los niveles del sistema de salud.
- Capacitar a los equipos locales en el correcto registro de las variables y en análisis de determinantes sociales de la salud, específicamente sobre población migrante.
- Desarrollar diagnósticos de situación de salud migrantes regionales que den cuenta de los resultados en salud y el acceso a ésta, como también diagnósticos participativos con las comunidades.
- Evaluar y difundir buenas prácticas sanitarias con población migrante que permitan facilitar la disponibilidad de las mejores experiencias asociada a mejorar el acceso a la salud.
- Promover investigaciones de salud de migrantes para generar evidencia que contribuyan al desarrollo de políticas públicas.

6. Trabajo, salud y migración

El Ministerio de Salud promueve la prevención en materia de accidentes y enfermedades laborales que afecten la integridad, física, mental y social de los trabajadores y trabajadoras, y la promoción de una mejor calidad de vida en el trabajo, contemplando acciones en los niveles normativo-regulador, ejecutor, fiscalizador y en promoción de la salud. Lo cual está en la línea de trabajo del "Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los/as Trabajadores/as 2008- 2017", aprobado por la Asamblea Mundial de la OMS en el año 2007. En concordancia con el principio de integralidad y el concepto de Salud en Todas las Políticas y alineado con la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (PNSST).

a. Prevención de riesgos y difusión de derechos para las personas migrantes.

Este eje se alinea con la PNSST que plantea el compromiso de realizar las articulaciones y coordinaciones para la incorporación en materias de prevención de riesgos laborales de la población migrante como sujeto de derecho. Por lo que se adoptarán las medidas para contar con un sistema normativo coherente, armónico y acorde a los convenios de la OIT. Estos señalan que para los trabajadores migrantes se debe diseñar legislación y programas que tomen en cuenta sus derechos a ser tratados con los mismos criterios de trabajadores nacionales. En esta materia se fomentará como sector salud el mejorar el acceso a las personas migrantes a las prestaciones que otorga el seguro de la ley 16.744^a que es universal. El mecanismo para difundir los derechos de las personas migrantes se hará a través del diálogo social.

b. Vigilancia y Fiscalización

Para los sistemas de vigilancia con sus distintos protocolos que regula el Ministerio de Salud se implementará un trabajo coordinado para la incorporación de las características y los riesgos a los

que están expuestos las personas migrantes trabajadoras y trabajadores que se incorporan al ámbito laboral del país.

Para incorporar a los programas de salud ocupacional las particularidades de la población migrante y los puestos de trabajo a los cuales acceden se hace necesario una discusión intersectorial que apunte a la reestructuración del modelo de fiscalización en línea con lo que establece la PNSST, que dé cuenta de los cambios generados en las formas de trabajo, la población laboral y su origen, su organización, buscando un equilibrio entre las facultades sancionadoras y las actividades de prevención, conforme a las distintas realidades regionales y locales. Para ello se debe velar por una difusión continua de las normativas y de las Leyes de SST, así como de sus modificaciones, por parte del Estado, como a las empresas, los trabajadores, las asociaciones gremiales y los sindicatos.

7. Comunicación y desarrollo de acciones en contra la discriminación xenofobia y estigmatización de las personas migrantes

Respecto a la forma de abordar esta línea estratégica y de acuerdo con las recomendaciones internacionales, es fundamental incorporar a la sociedad civil y a los mismos migrantes en este proceso, fortaleciendo la cohesión a través de procesos participativos, redes sociales y enfoques positivos de la migración. La salud es una construcción colectiva y deben desarrollarse acciones que disminuyan la xenofobia y la estigmatización que generan vulnerabilidad, para aportar a la integración de esta población en sus comunidades.

Se desarrollarán los siguientes ejes de acción:

a. Promoción de la Salud, Participación Social y Empoderamiento en Salud

La Promoción de la Salud está orientada a potenciar el desarrollo humano, se centra en favorecer la equidad, participación comunitaria y trabajo intersectorial. En este marco, la Promoción de la Salud, es entendida como el desarrollo de procesos políticos y sociales que buscan incidir en las condiciones ambientales, sociales y económicas en que viven las personas.

Esta línea de acción se orienta a desarrollar la responsabilidad social de la salud, aumentar la capacidad de la comunidad y crear poder de los individuos (empoderamiento social).

Desde esta perspectiva, la Promoción de la Salud es vista como un conjunto de acciones que toman como base la idea de que el bienestar constituye la tarea social más importante, no sólo del individuo, sino de la sociedad en su conjunto.

El alto nivel de discriminación que sufren las personas migrantes (CASEN 2015) y la xenofobia que se planteó reiteradamente en los diálogos ciudadanos, hacen necesario abordar esta situación desde la promoción de la salud y la participación social.

Por tanto, se considerará la temática de migración como parte importante de las líneas de trabajo de las estrategias de Promoción de la Salud y Participación Social, particularmente las estrategias de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables; estrategias de educación como el Modelo de Gestión Intersectorial de Aulas del Bien Estar e Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud.

Se fortalecerá la participación de las personas migrantes en todas las instancias permanentes de participación del sector. En el marco del Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad, desde el sector salud se considera la participación social y empoderamiento en salud, otros mecanismos de Participación

como Diálogos Ciudadanos, Foros Regionales de Salud Pública, Parlamentos Escolares Saludables, Escuela de Gestores Sociales y Funcionarios Públicos, con el objetivo de impulsar la participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud a través de espacios para la interacción con actores representativos de la comunidad, formación de gestores sociales y fortalecimiento de la comunicación social.

b. Estrategias Comunicacionales

Se desarrollarán acciones de comunicación que difundan información de salud orientada a disminuir la estigmatización de esta población, aportando información fidedigna y oportuna respecto al impacto real de la migración en la salud, uso del sistema y aportes de las comunidades migrantes.