

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 10.	237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
CAPÍTULO 11.	255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
AUTORAS Y AUTORES	285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

CAPÍTULO 11.

LA MIGRACIÓN Y LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: APRENDIZAJES Y DESAFÍOS¹

Báltica Cabieses

Introducción

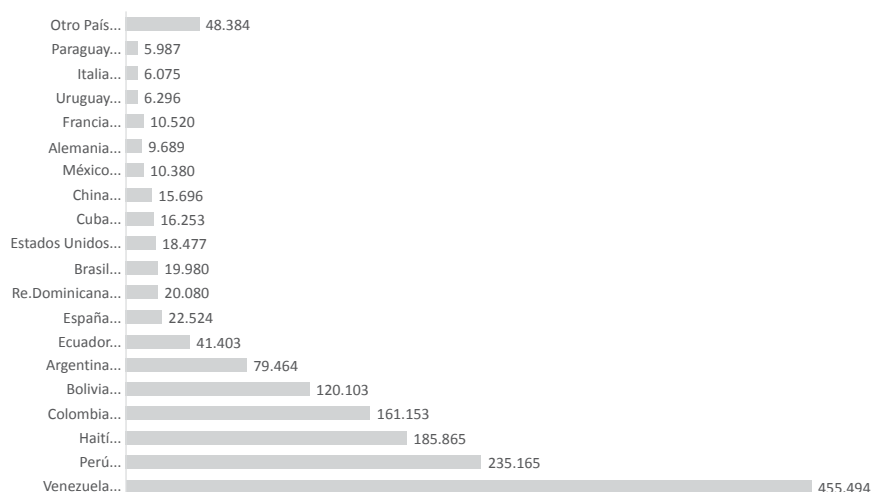
El desplazamiento humano es parte de la existencia y evolución de nuestra especie en este planeta. Es un fenómeno tan antiguo como el hombre/mujer y es en la actualidad un fenómeno de creciente importancia en materia de salud pública. Las Naciones Unidas hacen referencia a la movilidad humana como concepto amplio y general referido al desplazamiento de personas, familias y comunidades en algún territorio, por diversas razones y variados tiempos (OIM, 2019a). Con ello, este marco conceptual incluye múltiples categorías de persona migrante que no son necesariamente excluyentes, pero dan profundidad en las causas y posibles experiencias y riesgos asociados al proceso migratorio. Una de estas categorías es la de migrante internacional, que se caracteriza por cruzar frontera política entre países y con intención de asentamiento en el país receptor temporal o permanente (Segal, 2019). En la literatura internacional se identifican también migrantes generales, llamados a veces como sinónimos de migrantes económicos, con amplio debate sobre la voluntariedad de esas experiencias migratorias, así como de la necesidad de trabajo como una causa “natural” y no forzada de la migración. También de interés para la salud pública, están los migrantes refugiados o asilados, que habitualmente enfrentan conflicto, persecución y violencia en el país de origen, el tránsito y el destino. Una proporción importante de quienes se autodefinen como refugiados o asilados documentan experiencias de trauma y abuso, estimados en hasta un 50% en algunos países. Otra categoría relevante de análisis para la salud es el de estatus migratorio, sea este regular o irregular. La irregularidad (no tener papeles administrativos vigentes en el país receptor por cualquier razón) se asocia a menor acceso y uso efectivo de

¹ Financiamiento: Fondecyt Regular 1201461 ANID, Gobierno de Chile; FONIS SA19I0066 ANID, Gobierno de Chile.

servicios de salud, a mayores barreras de acceso y a mayor reporte de experiencias de discriminación por parte de trabajadores de salud. Con todo, la migración es un proceso –no una categoría estática– que cumple con las etapas mínimas pre-migratoria, tránsito, llegada, asentamiento y retorno o desplazamiento a un nuevo lugar. La migración a estaca poblacional es excepcionalmente dinámica, compleja, difícil de predecir y de gran importancia en salud global y salud poblacional.

Se estimaba el 2017 que el número de migrantes internacionales en el mundo superaba los 258 millones (aproximadamente un 3,5% de la población mundial), lo que representa un aumento del 49% con respecto al año 2000. La mayoría de ellos en América del norte, Asia, Europa y Oceanía. Ese mismo año se estimó que el 65% de los migrantes internacionales estaban en solo 5 países del planeta, siendo Estados Unidos el primer país. Latinoamérica proyecta menos de 10 millones de migrantes internacionales en la escala global, con patrones migratorios que han ido variando a lo largo del tiempo. Por otro lado, el mundo está presenciando también los niveles más elevados de desplazamientos forzados de las últimas décadas, debido a la inseguridad y los conflictos. El número mundial de refugiados superaba a finales de 2015 los 21 millones y el de solicitantes de asilo, los 3 millones (ACNUR, 2016). En Chile, se estima cerca de un millón y medio de migrantes internacionales, de acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas a través de su más reciente Censo abreviado. La Figura 1 describe los principales países de origen de dicha población en nuestro país, con un marcado aumento de población venezolana en los últimos 5 años.

Figura 1.
Estimación de población migrante internacional en Chile 2019 por país de origen.
INE 2020 (n=1.492.522)



A nivel mundial se ha reconocido a la migración internacional como un determinante social de la salud (Cabieses, Bernaldes & McIntyre, 2016). Sobre la perspectiva de determinantes sociales de la salud y su relación con la migración internacional se acepta, por una parte, que la decisión de migrar es resultado de los determinantes sociales a los cuales se ve expuesto el individuo en su fase pre-migración. Y por otra parte, la migración representa en sí misma un determinante social de salud (Castañeda et al., 2015). En este sentido, si bien la migración puede incidir en los resultados de salud, esta no implica un riesgo para la salud (Davies, Basten & Frattini, 2009). Son las circunstancias en las cuales la migración internacional tiene lugar, en particular experiencias de riesgos y vulneraciones sociales y de salud, las que pueden influenciar en forma negativa la salud (Davies et al., 2009). Se ha propuesto, por ejemplo, que algunos grupos de migrantes internacionales experimentan vulnerabilidad estructural al limitarse su acceso a la atención de salud cuando es requerido, tanto en el tránsito como en la llegada al país receptor. Esto es especialmente frecuente en el caso de migrantes internacionales en situación irregular, refugiados y aquellos migrantes en situación de pobreza (Thomas, 2016). La vulnerabilidad puede agravarse en mujeres, minorías étnicas, diversidades sexuales, personas con condiciones crónicas o enfermedades infecciosas, entre otros.

Sobre lo anterior, existe abundante evidencia que permite afirmar que el proceso migratorio se relaciona con condiciones que pueden dejar a grupos de la población que migra en una situación de mayor concentración de vulnerabilidad social e impactar en su salud. La salud de las personas migrantes internacionales está determinada por las diversas experiencias que enfrentan durante las diversas etapas del proceso migratorio, es decir, en el lugar de origen, en el tránsito, en el lugar de destino y en el retorno (OIM, 2007). En específico, las personas migrantes internacionales se ven expuestas a factores de riesgo para su salud y enfrentan situaciones tales como dificultades en el acceso a vivienda, alimentación y agua, condiciones climáticas y geográficas riesgosas, amenazas de redes de trata y tráfico de personas, ausencia de políticas integradoras, discriminación y carencia de redes de apoyo, todo lo cual terminan por impactar tanto en su bienestar físico, mental y social (OIM, 2016). Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado un Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023, con el objetivo de generar una respuesta internacional coordinada e integral a las necesidades de salud de migrantes y refugiados (OMS, 2017).

De acuerdo con el más reciente informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019b), en las últimas décadas las migraciones

internacionales en la región *“han sufrido variaciones respecto de la dirección, intensidad y composición de los flujos migratorios, así como del papel que asumen algunos países en el sistema migratorio internacional”*. En este marco, las migraciones internacionales contemporáneas que involucran a las poblaciones de sudamericanos adoptan dos patrones claramente definidos: intrarregionales y extrarregionales. Entre los primeros figuran los movimientos que se orientan desde países de la región hacia otros países comprendidos por la misma, en tanto que las migraciones extrarregionales son las que se producen entre los países de la región y los países de fuera de la misma, ya sea en sentido hacia Sudamérica o hacia otras regiones del mundo. En la actualidad, la OIM y otros expertos internacionales declaran que las migraciones en la región muestran un aumento de los movimientos intrarregionales, facilitados por la difusión de las tecnologías de comunicación, abaratamiento de los costos de transporte y, esencialmente, por las condiciones políticas que rigen en la región, a partir de la implementación y puesta en funcionamiento de los mecanismos de integración regionales (la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, la Unión de Naciones Suramericanas, la Comunidad Andina y el Mercado Común del Sur). A su vez, los países de destino tradicionales de las migraciones desde América del Sur, particularmente los más desarrollados, levantan crecientes barreras impidiendo los flujos de entrada y salida, así como la residencia, en los mismos (OIM, 2019b). Estos movimientos intrarregionales tienen por destino, principalmente, los países del Cono Sur. Entre estos, Argentina, Chile y Brasil son los que atraen a los números más significativos de migrantes de la región, procedentes la mayoría de estos de los países andinos y Paraguay. Las disparidades en las oportunidades económicas y laborales continúan siendo los factores que motorizan estos procesos migratorios. Sumado a esto, los desafíos de la reciente y aún vigente pandemia por SARS-CoV-2 y la enfermedad aguda de COVID-19 han propiciado el cierre masivo de fronteras en casi todos los países del mundo, generando nuevos y profundos desafíos para el cruce formal e informal entre fronteras.

Con todo, existe creciente interés mundial, regional y nacional por comprender la compleja relación entre migración y salud pública. Los primeros estudios en esta temática datan principalmente de la década del 2000 en adelante, con un desarrollo exponencial en la última década. Este desarrollo ha dado la oportunidad, por un lado, de describir y avanzar en la comprensión de esta temática en el país, y por otro, de visibilizar tensiones, controversias y desafíos pendientes en materia de salud poblacional con foco en migrantes en Chile.

El objetivo de este capítulo es describir la relación entre migración y salud pública en Chile, visibilizando aprendizajes, tensiones y desafíos pendientes, desde una perspectiva general del sistema de salud. Para ello, el capítulo se estructura de la siguiente manera: (i) descripción general del sistema de salud chileno, (ii) avances en materia de salud de migrantes desde la autoridad sanitaria en Chile, (iii) evidencia de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, y (iv) avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2.

Descripción general del sistema de salud chileno

El Sistema de Salud de Chile es un sistema segmentado y fragmentado con participación público y privada. Es segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y provisión, especializados en distintos segmentos poblacionales, usualmente definidos a partir de su ingreso, capacidad de pago o posición social. Por otro lado, el sistema es fragmentado debido a que la red de provisión de servicios no está integrada. Esto ocurre tanto en el sector público como privado, donde los establecimientos (por ejemplo, centros de atención primaria y hospitales) no están coordinados entre ellos. Es decir, es el paciente quien navega entre la atención primaria y hospital, y no el sistema el que conduce al paciente. Esto alarga el manejo del paciente, duplica servicios, genera competencia entre los centros y hace ineficiente el uso de recursos, entre otros.

En términos generales se reconoce un sector público que accede a servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que cubre en torno al 75% de la población, especialmente a los más añosos, enfermos y pobres); un sector privado que accede a clínicas privadas (que cubre alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las fuerzas armadas que tiene sus propios hospitales y centros de salud (cubre alrededor del 5% de la población); y por último el seguro laboral de salud que también tiene sus propios hospitales y centros de salud y cubre a una proporción menor de la población.

La rectoría la ejerce el Ministerio de Salud, que a su vez divide su labor en dos subsecretarías, la de salud pública y la de redes asistenciales. La primera subsecretaría realiza labores de planificación sanitaria y generación de políticas de salud, mientras que la segunda subsecretaría cumple un rol fundamental en la gobernanza y coordinación de la red de prestadores públicos del país. Adicionalmente, el rector delega algunas de sus funciones reguladoras a otras instituciones. La superintendencia

de salud, institución autónoma encargada de regular y fiscalizar el desempeño de aseguradores y prestadores públicos y privados. El Instituto de Salud Pública, que ejerce la función de referente técnico (laboratorio de referencia, salud ocupacional y ambiental) y de agencia reguladora de medicamentos y dispositivos médicos. Finalmente, las Secretarías Regionales Ministeriales, que asumen varias labores regulatorias de la autoridad sanitaria en las respectivas regiones.

El financiamiento en el subsector general público está centralizado en un único pagador, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia a partir de la recaudación de impuestos generales (aproximadamente un 65%), y por contribuciones obligatoria de los trabajadores afiliados (aproximadamente un 35%). A pesar de que categoriza afiliados según su nivel de ingresos (categorías A, B, C y D), opera con un único fondo mancomunado que asegura transferencias entre sujetos con mayores y menores ingresos. En este sentido, es un fondo nacional de salud pública solidario. La prestación de servicios en este subsector, está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual está conformado por la red de centros de atención primaria de salud (Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Servicios de atención primaria de urgencia, Servicios de Alta Resolutividad, Consultorios de Salud Mental y Centros de Rehabilitación Comunal), los Centros de Referencia Secundaria (CRS) (nivel secundario) y los establecimientos hospitalarios (nivel terciario), que además de área de atención hospitalaria tienen un área ambulatoria denominados Centros de Atención terciaria o Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Cabe destacar que la atención primaria depende en su mayoría de la administración municipal, mientras que el resto del SNSS depende, en último término, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En el subsector privado existen múltiples aseguradores, llamados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), lo cuales tienen acceso a administrar las cotizaciones obligatorias de aquellos individuos que, cumpliendo ciertas condiciones como capacidad de pago y buena salud, decidan afiliarse a este sistema. Esta afiliación se hace mediante la compra de planes de salud que son ofertados por cada asegurador a precios que ellos mismos fijan libremente. En la práctica, las ISAPRES recaudan por las cotizaciones obligatorias y por aportes voluntarios que realizan las personas para optar a mejores planes. En términos de mancomunación cada ISAPRE opera con su propio fondo independiente, con la excepción de un fondo de compensación de riesgos para las coberturas asociadas al Régimen de Garantías Explícitas (GES). El subsector de las FF.AA. está financiado por impuestos generales vía partida presupuestaria al Ministerio de Defensa,

operando como un fondo único, pero separado para cada rama matriz. Cada rama matriz tiene entre uno y cuatro hospitales, donde habitualmente uno o dos son de referencia, dotados de todas las especialidades. Por su parte, el subsistema de salud laboral es un administrador del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, tarea que es delegada a instituciones privadas sin fines de lucro llamadas mutualidades y por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Desde la última reforma del sistema de salud chileno, cuya implementación se inició el año 2003, se ha reconocido que este requiere otra reforma más profunda que logre solucionar problemas estructurales y que datan de su génesis el año 1979. Probablemente el principal problema del sistema chileno actual es que, de manera reconocida, no es un modelo de sistema de salud solidario para su población (Bastías et al., 2019; Cid, Torche, Bastías, Herrera & Barrios, 2013).

Normativa general de salud a migrantes internacionales en Chile

Respecto de las oportunidades de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, el Ministerio de Salud de Chile comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas. Progresivamente se ha ido avanzando 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 en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa ha significado la ampliación gradual de derechos de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctima de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros.

En conciencia de estos procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N°5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando Salud Intercultural, Equidad de Género, Salud para Inmigrantes y Salud para Personas Privadas de Libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó el 2016 y 2017, para luego ser

evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales lanzado en octubre del 2017 y que hasta el día de hoy se encuentra redactando su Plan de Acción. Solo cuando este plan se materialice, con metas e indicadores de resultado concretos y horizonte real de tiempo, entonces la política podrá implementarse y evaluarse en su verdadera extensión y profundidad para la salud de migrantes en Chile.

La Política de Salud de Migrantes en Chile tiene ocho objetivos específicos, a saber:

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.

La Tabla 1 da cuenta de los esfuerzos de la autoridad sanitaria, en orden cronológico, para responder a las necesidades de salud de migrantes internacionales de cualquier categoría y país de origen en Chile. Esta tabla describe la amplitud de respuestas generales desarrolladas, y su fuerte avance en especial en las últimas décadas. Se destaca de manera especial la Política de Salud de Migrantes Internacionales desarrollada el 2017 y lanzada oficialmente el 2018, cuyo foco está en acortar brechas de acceso y uso efectivo de servicios entre migrantes internacionales y nacionales en el país.

Tabla 1.
Normativas desarrolladas en Chile para responder a las necesidades de salud de poblaciones migrantes internacionales.

Año	Normativa
1953	DFL N°69: Crea el departamento de inmigración y establece normas sobre la materia.
1953	DTO 521: Decreto Aprueba el reglamento para la aplicación del DFL1 N°69, de mayo de 1953, que creo el departamento de inmigración.
1975	DL 1.094: Establece normas sobre extranjeros en Chile.
2003	Oficio Circular N°1179: Informa sobre la suscripción de acuerdos tendientes a resolver situaciones migratorias de ciudadanos extranjeros.
2003	MININT Oficio N°6232: Precisa sentido y alcance de circular N°1179.
2005	MINREL Decreto N°84: Promulga la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.
2008	Resolución Exenta N°1914: Aprueba convenio de colaboración celebrado entre los Ministerios de salud y del Interior.
2008	MINSAL Oficio Ordinario A14 N°3229: Convenio de colaboración Ministerio del Interior y Ministerio de Salud
2008	Instructivo Presidencial N°9: Imparte instrucciones sobre la “Política nacional migratoria”.
2008	MINSAL Resolución Exenta N°542: Constituye grupo de trabajo.
2010	Ley 20.430: Establece disposiciones sobre protección de refugiados.
2011	Ley 20.507: Tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución criminal.
2013	Mesa Intersectorial sobre Trata de Personas.
2014	Decreto Exento 6410: Aprueba convenio de colaboración entre el Ministerio del interior y seguridad pública y el Fondo nacional de salud.
2015	MINSAL Circular A15 N°6: Atención de salud de personas inmigrantes.
2015	Instructivo Presidencial N°5: Lineamientos e Instrucciones para la Política Nacional Migratoria.
2015	Equipo Asesor Sectorial: Orientaciones Técnicas del Piloto de Salud de Inmigrantes.
2016	Decreto Supremo N° 67: Modifica Decreto N°110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes.
2016	MINSAL Circular A15 N°04: Imparte instrucciones para la aplicación de la circunstancia N°4 del Decreto Supremo N°110, de 2004, agregada por el Decreto Supremo N°67, de 2015, ambos del Ministerio de Salud.
2018	Política de Salud de Migrantes Internacionales.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se describen una a una las principales normativas, decretos y acciones de acercamiento del sistema de salud chileno a poblaciones migrantes internacionales en Chile, de acuerdo con un ordenamiento temático y cronológico general:

Atención a mujeres embarazadas: Circular N°1179 de 2003. Inscripción de las mujeres embarazadas migrantes en situación irregular en atención primaria para facilitar su acceso a atención, control y seguimiento de sus embarazos. Dichas mujeres tienen derecho a una visa de residencia temporaria.

Atención de urgencia: Decreto N°84 del Ministerio de Relaciones Exteriores de 2005. Los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir atención de urgencia en igualdad de condiciones que los nacionales, la cual no puede ser denegada por razones de situación irregular de permanencia o empleo.

Igualdad de trato: Decreto N°84 del Ministerio de Relaciones Exteriores de 2005. Los trabajadores migratorios y sus familiares gozan de igualdad de trato respecto de los nacionales en relación al acceso a servicios sociales y de salud.

Atención a niños, niñas y adolescentes: Resolución Exenta N°1914. Niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que no siendo chilenos residen en el país junto a sus representantes legales, tienen asegurada igualdad de condiciones relacionada a la atención brindada por el Estado.

Bienes públicos en salud: Oficio Ordinario A 14 N°3229 de 2008. Migrantes en situación irregular tienen derecho a bienes públicos en salud, lo que se refiere a acciones de promoción y protección de la salud, como la educación para la salud, las inmunizaciones y el control nutricional.

Atención de refugiados: Ley 20.430 de 2010. Los refugiados tienen derecho a acceder a la salud en igualdad de condiciones que los demás extranjeros

Atención a víctimas de tráfico y trata: Protocolo Intersectorial de Atención a Víctimas de Trata de Personas. Se debe brindar acceso a todas las prestaciones generales de salud a las víctimas. En caso de que la persona se encuentre en proceso de regularización de su situación migratoria, se facilita un mecanismo para permitir su acceso a atención en un centro de atención primaria.

Atención desligada de tramitación de permiso de residencia: Circular A15 N°6 de 2015. Se debe brindar atención a las personas migrantes, sin ser requisito la tramitación de un permiso de residencia.

Atención primaria en salud: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. En el contexto del Programa de Atención de Salud de Inmigrantes se debe implementar estrategias que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud, especialmente a la población en situación irregular; ampliar información sobre derechos y deberes en salud de la población migrante; mejorar el acceso y la calidad de la atención, con pertinencia y énfasis en grupos vulnerables; y adecuar servicios, modelos de atención y protocolos de forma de mejorar su acceso, calidad y efectividad.

Atención Hospitalaria: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. En el contexto del Programa de Atención de Salud de Inmigrantes se debe implementar estrategias que faciliten el acceso a la atención de salud en servicios de urgencia, atención de especialidad, hospitalización y unidades de apoyo, mejorando el impacto sanitario y la satisfacción usuaria; desarrollar acciones para transversalizar programas ministeriales (por ejemplo, hospital amigo, chile crece contigo, asistencia espiritual, salud de la mujer, salud del niño y niña, salud mental, entre otros); y fortalecer la atención en recepción y acogida, trato e información, impactando en la satisfacción usuaria.

Continuidad de la atención: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Los servicios de salud deben velar por el cumplimiento de las acciones implementadas en la red asistencial; articular componentes de la red asistencial, resguardar la implementación de los procesos clínicos-asistenciales, estratégicos y de soporte de la red asistencial, gestionar eficientemente los recursos generando alianzas con actores relevantes.

Acciones intersectoriales: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Las secretarías regionales ministeriales deben liderar la articulación intersectorial desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, participación social y salud en todas las políticas; convocar y organizar la participación social de personas, organizaciones e instituciones; y entregar lineamientos y acompañamiento técnico de acuerdo con los programas de salud.

Régimen de prestaciones de FONASA: Orientaciones Técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes 2015. Inmigrantes que han solicitado refugio o un permiso de residencia pueden acceder al régimen de prestaciones

de prestaciones de FONASA en calidad de beneficiarios en igualdad de condiciones. FONASA debe colaborar en actividades de difusión y capacitación de funcionarios de atención primaria de salud (APS), e informar a migrantes acerca de la forma de incorporarse.

Acceso a la inscripción formal a salud pública, aun estando en situación irregular: Decreto Supremo N°67 de 2016. Las personas inmigrantes carentes de documentos o permiso de residencia que suscribe un documento declarando su carencia de recursos puede acreditarse como persona carente de recursos o indigente, lo que les permite ser consideradas como beneficiarias del régimen de prestaciones de salud.

Promoción de la salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe garantizar el acceso a la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales.

Prevención de la enfermedad: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe garantizar el acceso a la prevención de la enfermedad a las personas migrantes internacionales.

Acciones que reduzcan la discriminación, xenofobia y estigmatización: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.

Acciones facilitadoras del diálogo intercultural: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Se debe promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas para favorecer la cohesión social.

Educación en derechos y salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Acciones de difusión de derechos y educación para la salud, participación social y comunitaria. Información acerca del funcionamiento del sistema, lo que incluye horarios de atención, requisitos, trámites, tipo de atenciones, programas y prestaciones.

Servicios interculturalmente competentes: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Contar con funcionarios de la salud formados en materia de derechos humanos, interculturalidad, salud y migración, junto con las competencias culturales necesarias. Para esto los funcionarios de los distintos niveles y organismos deben ser capacitados y sensibilizados. Junto con esto, se debe disponer de servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural.

Diagnósticos de situación de salud: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Las comunidades migrantes podrán participar en diagnósticos participativos, con el fin de identificar brechas, identificar y evaluar intervenciones y buenas prácticas sanitarias.

Prevención de riesgos laborales: Política de salud de migrantes internacionales 2018. Acceso a prestaciones que otorga el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Evidencia de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales

Pese a estos importantes esfuerzos, existe evidencia de encuestas poblacionales y de datos del Ministerio de Salud de Chile que indican que las personas migrantes internacionales y sus familias acceden y utilizan menos los servicios formales de salud del país que la población local. Un buen ejemplo de esto corresponde al auto-reporte de tipo de previsión de salud entre inmigrantes y chilenos. De acuerdo con un análisis de la encuesta poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), queda de manifiesto no solo que los inmigrantes tendrían menor acceso al sistema de salud chileno que los locales, sino que además esta brecha estaría aumentando en el tiempo, con un casi 9% de migrantes internacionales que no saben / no tienen previsión de salud el 2013, versus un 18,6% en igual situación el 2017. Una reducción de este porcentaje se observa en la CASEN 2020 abreviada, en la que se observa un 12% de migrantes que no saben o no tienen previsión de salud versus un 4% en población nacional (Tabla 2). Estas desventajas, en la inscripción formal al sistema de salud chileno de personas migrantes es especialmente llamativo en menores de 18 años, en quienes para el año 2017 el 20% no tendría ningún tipo de previsión de salud (por reporte del jefe de hogar). Algo similar observamos en una revisión sistemática en la cual se concluye que se observa una sub-utilización de la mayoría de las prestaciones de salud disponibles en dichos países para infancia por parte de niños migrantes, que contrasta con una sobre-utilización de atención de urgencia en esta población comparado con los niños nacidos en dichos países (B. Cabieses et al., 2017; Markkula et al., 2018).

Tabla 2.

Caracterización de tipo de previsión de salud de personas migrantes internacionales y locales en Chile (autoreporte) según la encuesta CASEN 2020. Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión.

Año	Población local (95%IC)		Población inmigrante (95%IC)	
No sabe/no tiene	4,86%	(4,7% - 5,1%)	12,21%	(10,9% - 13,7%)
Público (Fonasa)	76,74%	(75,9% - 77,5%)	74,52%	(71,9% - 77,0%)
Privado (Isapre)	15,74%	(15,0% - 16,5%)	11,86%	(10,1% - 13,9%)
Otro y FFAA	2,66%	(2,5% - 2,8%)	1,41%	(1,1% - 1,8%)

Fuente: Elaboración propia basado en CASEN 2020.

Uso de prestaciones de salud disponibles en población migrante versus local en Chile: el caso de migrantes venezolanos

Respecto del uso de prestaciones de salud para problemas de salud de corto plazo y barreras de acceso asociadas, a partir de análisis secundario de la encuesta CASEN 2015 y 2017 se observa un aumento de la proporción de migrantes venezolanos consultantes por alguna enfermedad aguda o accidente en los últimos tres meses entre los años 2015 y 2017, de un 67% a un 86%. El año 2015, un tercio de los migrantes de origen venezolano señalaron no haber usado el sistema de salud chileno frente a una enfermedad o accidente reciente (33%), porcentaje que disminuyó para el 2017 a alrededor de la mitad, con un 13%. Para aquellos que tuvieron algún problema de salud de este tipo y que no consultaron, la mayoría, para el 2015 y el 2017, no lo hizo por voluntad propia en el caso de venezolanos en Chile, con un 78% y 79%, respectivamente. La no consulta involuntaria (representando posibles barreras de acceso y uso efectivo de servicios) disminuyó para venezolanos entre estos años (22% el 2015 y 19% el 2017), mientras que para el resto de migrantes de otros países de origen aumentó a casi el doble (de 12% el 2015 a 22% el 2017).

Respecto del reporte de barreras para llegar a la consulta, los venezolanos en Chile señalan presentar bajas proporciones de barreras de este tipo, de 0% el 2015 a 3% el 2017. El resto de los migrantes de otros países de origen reportan esta barrera con mayor frecuencia, equivalente a 4,8% el 2015 y 4,2% el 2017. Respecto de barreras para conseguir cita u hora de atención para problemas de salud de corto plazo, como son accidentes o enfermedades en los últimos 3 meses, migrantes venezolanos reportan un aumento de barreras de este tipo en el tiempo, de 2% el 2015 a 11% el 2017. En el resto de los migrantes la tendencia no fue así, manteniéndose relativamente similar entre estos años (% 2015 y % 2017).

Migrantes venezolanos casi duplicaron la proporción de personas que reportan problemas para ser atendido en el establecimiento de salud, de 7% el 2015 a 12% el 2017, cosa que no se observa en migrantes de otras nacionalidades. También aumentaron los problemas para pagar por la atención, de 0% el 2015 a 5% el 2017. Por último, sobre barreras para la entrega de medicamentos, se observa un aumento en el tiempo de este tipo de barrera en venezolanos, de 0% el 2015 a 7% el 2017. La Tabla 3 a continuación detalla resultados del análisis descriptivo de la encuesta CASEN 2015 y 2017 respecto del uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total.

Para problemas de largo plazo, medidas como cobertura de patologías AUGE-GES en Chile, se observa un aumento de la cobertura de estas patologías de mayor carga de enfermedad en el país en población migrante venezolana entre el 2015 y el 2017 (30% y 40%, respectivamente). Complementariamente, disminuyó la proporción de personas migrantes de origen venezolano que no tenían cobertura de patologías AUGE/GES entre estos años, de un 69% el 2015 a un 52% el 2017.

No obstante, las causas involuntarias de no poder acceder a este beneficio universal de salud en Chile, aumentó también entre estos años, de 26% a 50% entre el 2015 y 2017. Se entienden como causas involuntarias aquellas que no surgen del lado del usuario o de la “demanda” en salud, sino que son causas ajenas al individuo y que habitualmente recaen en oportunidades de acceso efectivo en salud desde el lado de la “oferta”, vale decir, desde el lado del sistema de salud. Las causas voluntarias, que dan cuenta de decisiones de parte de la demanda de salud, es decir, de la misma población venezolana, disminuyeron entre estos años, de 70% el 2015 a 1,2% el 2017.

Por su parte, la base de datos de egresos hospitalarios del país corresponde a un censo de egresos de todo un año calendario, incluyendo egresos de hospitales públicos y de clínicas privadas. La forma habitual de análisis de esta fuente de información corresponde a la descripción de causas de egresos hospitalarios conforme a los 21 capítulos del CIE-10. Siguiendo este análisis, se observa un aumento progresivo del número de casos totales de migrantes venezolanos egresados hospitalariamente entre el 2015 y el 2019. El 2015 se reportaron 237 egresos de venezolanos, el 2016 un total de 441, el 2017 un total 908, el 2018 un total de 3.358 y el 2019 un total de casos de 7.234 egresos en migrantes venezolanos.

Para el 2015, las tres principales causas de egresos hospitalarios en migrantes de origen venezolano fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (38,4%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (7,6%), y (iii) Enfermedades del aparato respiratorio. Para el resto de migrantes de otras nacionalidades las tres principales causas para dicho año fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (52,7%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (7,9%), y (iii) Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (6,6%). Para nacidos en Chile las causas de egreso hospitalario el año 2015 fueron como las tres principales: (i) Embarazo, parto y puerperio (18,8%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (13,9%), y (iii) Enfermedades del sistema respiratorio (9,5%).

Cinco años más tarde, el 2019, las tres principales causas de egresos hospitalarios en migrantes de origen venezolano fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (54,4%), (ii) Traumatismos, envenenamientos y causas externas (8,7%) y (iii) Enfermedades del sistema digestivo (7,2%). Para el resto de migrantes de otras nacionalidades las tres principales causas para dicho año fueron: (i) Embarazo, parto y puerperio (53,6%), (ii) Enfermedades del aparato digestivo (7,8%) y (iii) Traumatismos, envenenamientos y causas externas (7,4%). Para nacidos en Chile las causas de egreso hospitalario el año 2019 fueron como las tres principales: (i) Embarazo, parto y puerperio (15,1%), (ii) Enfermedades del sistema digestivo (13,7%), y (iii) Enfermedades del sistema respiratorio (9,8%).

Tabla 3.
Uso efectivo y barreras de acceso para problema de salud de corto plazo (enfermedad o accidente en los últimos tres meses) en migrantes internacionales de origen venezolano, migrantes de otros países, nacionales y la población total. Encuesta CASEN 2015 y 2017 [Intervalos de confianza al 95% por ajuste de factores de expansión].

	AÑO 2017				AÑO 2015			
	NACIDOS EN CHILE	INMIGRANTES (OTROS)	VENEZOLANOS	TOTAL	NACIDOS EN CHILE	INMIGRANTES (OTROS)	VENEZOLANOS	TOTAL
	16843471	589515	187892	17807414	16970061	444503	20816	17552505
	94,6%	3,3%	1,1%		96,7%	2,5%	0,1%	
CONSULTA ANTE ENFERMEDAD O ACCIDENTE								
sí	92,6%	90,4%	86,4%	92,5%	92,1%	88,1%	66,9%	91,9%
	[0.92,0.93]	[0.87,0.92]	[0.72,0.93]	[0.91,0.92]	[0.91,0.92]	[0.83,0.91]	[0.30,0.90]	[0.91,0.92]
no	6,1%	8,0%	13,1%	6,2%	6,7%	10,9%	33,1%	6,8%
	[0.05,0.06]	[0.06,0.10]	[0.05,0.27]	[0.05,0.06]	[0.06,0.07]	[0.07,0.15]	[0.09,0.69]	[0.06,0.07]
no sabe	1,4%	1,6%	0,5%	1,4%	1,3%	1,0%	0,0%	1,3%
	[0.01,0.01]	[0.00,0.03]	[0.00,0.03]	[0.01,0.01]	[0.01,0.01]	[0.00,0.02]		[0.01,0.01]
MOTIVO DE NO CONSULTA								
voluntaria	76,4%	67,5%	79,2%	76,0%	78,6%	70,5%	77,9%	78,3%
	[0.73,0.79]	[0.49,0.81]	[0.35,0.96]	[0.73,0.78]	[0.76,0.80]	[0.50,0.84]	[0.23,0.97]	[0.76,0.80]
involuntaria	13,0%	22,0%	19,9%	13,6%	14,3%	12,6%	22,1%	14,3%
	[0.10,0.15]	[0.11,0.39]	[0.03,0.64]	[0.11,0.16]	[0.12,0.16]	[0.04,0.31]	[0.02,0.76]	[0.12,0.16]
no sabe	10,6%	10,5%	0,9%	10,4%	7,1%	16,9%	0,0%	7,4%
	[0.08,0.12]	[0.03,0.29]	[0.00,0.06]	[0.08,0.12]	[0.05,0.08]	[0.07,0.35]		[0.06,0.08]
PROBLEMAS PARA LLEGAR A LA CONSULTA								
sí	7,0%	4,2%	3,0%	6,9%	7,9%	4,8%	0,0%	7,9%
	[0.06,0.07]	[0.02,0.06]	[0.00,0.13]	[0.06,0.07]	[0.07,0.08]	[0.02,0.07]		[0.07,0.08]
no	91,2%	94,5%	94,3%	91,3%	91,5%	94,7%	100,0%	91,5%
	[0.9,0.91]	[0.91,0.96]	[0.84,0.98]	[0.90,0.91]	[0.90,0.91]	[0.91,0.96]		[0.91,0.91]
no sabe	1,8%	1,3%	2,7%	1,8%	0,6%	0,5%	0,0%	0,6%
	[0.01,0.02]	[0.00,0.02]	[0.00,0.10]	[0.01,0.02]	[0.00,0.00]	[0.00,0.01]		[0.00,0.00]

PROBLEMAS PARA CONSEGUIR CITA O ATENCIÓN								
sí	12,6%	15,1%	11,0%	12,6%	18,5%	17,8%	2,4%	18,5%
	[0.11,0.13]	[0.07,0.29]	[0.04,0.23]	[0.11,0.13]	[0.17,0.19]	[0.10,0.29]	[0.00,0.18]	[0.17,0.19]
no	85,6%	83,4%	86,3%	85,5%	80,8%	82,0%	97,6%	80,8%
	[0.84,0.86]	[0.69,0.91]	[0.71,0.93]	[0.84,0.86]	[0.80,0.81]	[0.70,0.89]	[0.81,0.99]	[0.80,0.81]
no sabe	1,9%	1,5%	2,7%	1,9%	0,7%	0,2%	0,0%	0,7%
	[0.01,0.02]	[0.00,0.02]	[0.00,0.10]	[0.01,0.02]	[0.00,0.00]	[0.00,0.00]		[0.00,0.88]
PROBLEMA PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO								
sí	16,1%	12,8%	12,2%	16,0%	20,5%	20,4%	7,6%	20,5%
	[0.15,0.17]	[0.09,0.17]	[0.03,0.34]	[0.15,0.16]	[0.19,0.21]	[0.11,0.32]	[0.01,0.33]	[0.19,0.21]
no	82,0%	85,2%	85,1%	82,2%	78,8%	79,4%	92,4%	78,8%
	[0.81,0.82]	[0.80,0.88]	[0.63,0.94]	[0.81,0.83]	[0.77,0.79]	[0.67,0.87]	[0.66,0.98]	[0.77,0.79]
no sabe	1,8%	1,9%	2,7%	1,9%	0,7%	0,2%	0,0%	0,7%
	[0.01,0.02]	[0.01,0.03]	[0.00677,0.10040]	[0.01,0.02]	[0.00,0.00]	[0.00,0.00]		[0.00,0.00]
PROBLEMAS PARA PAGAR POR LA ATENCIÓN DEBIDO AL COSTO								
sí	5,5%	3,6%	11,3%	5,5%	6,1%	7,0%	0,0%	6,1%
	[0.05,0.06]	[0.02,0.05]	[0.05,0.22]	[0.04,0.06]	[0.05,0.06]	[0.03,0.12]		[0.05,0.06]
no	92,6%	94,9%	86,0%	92,7%	93,1%	92,8%	100%	93,1%
	[0.91,0.93]	[0.92,0.96]	[0.73,0.93]	[0.92,0.93]	[0.92,0.93]	[0.87,0.95]		[0.92,0.93]
no sabe	1,9%	1,6%	2,7%	1,9%	0,7%	0,2%	0,0%	0,7%
	[0.01,0.02]	[0.00,0.03]	[0.00,0.10]	[0.01,0.02]	[0.00,0.09]	[0.00,0.00]		[0.00,0.00]
PROBLEMAS PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS								
sí	7,3%	7,0%	7,4%	7,3%	9,0%	11,9%	0,0%	9,0%
	[0.06,0.07]	[0.04,0.10]	[0.02,0.19]	[0.06,0.07]	[0.08,0.09]	[0.05,0.25]		[0.08,0.09]
no	90,8%	91,4%	89,9%	90,8%	90,2%	87,4%	100%	90,1%
	[0.90,0.91]	[0.88,0.93]	[0.77,0.95]	[0.90,0.91]	[0.89,0.90]	[0.73,0.94]		[0.89,0.90]
no sabe	1,9%	1,5%	2,7%	1,9%	0,8%	0,7%	0,0%	0,8%
	[0.01,0.02]	[0.00,0.02]	[0.00,0.10]	[0.016,0.02]	[0.00,0.00]	[0.00,0.02]		[0.00,0.00]

Fuente: Cabieses & Larenas, 2021.

Avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2

Hasta el 21 de febrero del año 2021 (semana epidemiológica (SE), número 7 del 2021), del total de casos confirmados (n=917.444) el 6,7% (n=61.826) de los casos, correspondieron a personas migrantes internacionales (personas con pasaporte extranjero). El máximo de casos para esta población se observó durante la semana epidemiológica (SE) No. 20 (n=3.974), con una segunda alza registrada en la SE 1 del 2021. Todas las regiones del país presentaron casos en personas migrantes, siendo aquellas con mayor proporción con relación al total de casos reportados localmente Tarapacá (17,8%; 5.175/29.021), Antofagasta (15,7%; 5.116/38.802) y Metropolitana (9,3%; 38.148/409.760) (Tabla 2) (MINSAL, 2021a). La mediana de edad de los casos en personas migrantes fue de 33 años (RIQ= 27-42 años; rango mínimo 0 días y rango máximo 96 años) con 32.376 (52,4%) hombres y 26.105 (47,5%) mujeres. Según previsión de salud, se reportó un 73,9% (43.498/58.795) de personas migrantes adscritas a FONASA. Los casos con registro del nivel de instrucción (n=12.903) en su mayoría reportaron nivel educacional medio (45,1%; 5.827/12.903), seguido del nivel universitario con un 20,3% y un 10,7% no responde. Un 65,5% (40.548/61.826) reportó al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA (6,8%; 2.785/40.548). Del total de mujeres entre 1.528 son gestantes (MINSAL, 2021a). Respecto a la presentación clínica, signos y síntomas más frecuentes fueron cefalea, mialgia y tos. Se identificaron 95 países de origen, principalmente de la región de las Américas (98,6%; 60.962/61.826), además de casos con país de origen en Europa (0,34%; 209/61.826) y Asia (0,27%; 169/61.826). En los casos de América, el 62,31% correspondieron a casos de nacionalidad venezolana y peruana (38,25% y 24,06% respectivamente). Según gravedad, un 9,8% (2.948/29.958) de los casos COVID-19 en personas migrantes se hospitalizaron. A la fecha de este informe (21 de febrero del 2021), se habían notificado 306 fallecidos, principalmente en las regiones Metropolitana (n=224), Tarapacá (n=28) y Antofagasta (n=26). La mediana de edad fue de 56 años (RIQ=45-67 años; rango 0-96 años) y 201 fallecidos eran de sexo masculino (MINSAL, 2021a).

En abril del 2020 se desarrolló un estudio descriptivo, exploratorio y de corte transversal para conocer el grado de conocimiento de poblaciones migrantes internacionales residentes en Chile sobre COVID-19 y sus medidas de prevención. De los resultados destacó que el 84,5% de participantes reconoce que la transmisión es por vía aérea. Destacan como principales dimensiones de desconocimiento las dos siguientes:

que se puede transmitir por vía sexual (38,3% de respuestas incorrectas) y que se puede propagar por el viento a grandes distancias (19,4% de respuestas incorrectas). Uno de cada cuatro (25%) participantes considera no estar recibiendo información suficiente y un 30% considera que no es comprensible. Sobre la percepción de participantes sobre sentirse preparados para enfrentar el COVID-19, llama la atención que el 61% declara no sentirse preparado y un 34% declara no saber dónde consultar (Cabieses, 2020).

Entre septiembre 2020 y junio 2021 se llevó a cabo un estudio multi-métodos cuyo objetivo fue conocer vulnerabilidades psicosociales y socioeconómicas de la población migrante en Chile, así como sus recursos y capitales sociales durante la pandemia. Entre los encuestados el 78% indicó haberse atendido alguna vez en el sistema de salud, de ellos el 26,5% presentó alguna barrera o dificultad para la atención, siendo la más frecuente (40%) la barrera de aceptabilidad de la atención durante la pandemia, pues fueron atendidos, pero sintieron que no fueron tratados con respeto. Con respecto al enfrentamiento de la pandemia, el 11,62% de los encuestados informaron haber sido diagnosticados con COVID-19 durante el año y 19,1% reportó haber tenido alguien de su núcleo familiar con la enfermedad. El total de la muestra estuvo en algún momento en cuarentena, sin embargo, el 31,2% afirmó no haber cumplido con las recomendaciones de cuarentena, en su mayoría por haber salido a trabajar (91%). Aunque los participantes declararon adherencia al uso de mascarilla, distanciamiento físico, limitación de participación en reuniones sociales y comprensión de la información recibida, hubo menor cumplimiento del distanciamiento en el trabajo (Cabieses, Obach, Blukakz, et al., 2021).

Un tercer estudio en población migrante durante la pandemia como propósito explorar las experiencias en torno a residencias sanitarias dispuestas en el marco de la pandemia COVID-19 en Chile desde la perspectiva de migrantes internacionales, equipos de salud, autoridades y administradores de residencias sanitarias. Como principales resultados, destaca que la percepción de migrantes sobre el sistema de salud es que ha realizado una buena labor en la detección y aislamiento de las personas. Se menciona que aún se experimentan situaciones de discriminación hacia migrantes internacionales en el sistema de salud. Entrevistados sostienen que migrantes internacionales no se han acercado al sistema de salud en pandemia por miedo a ser deportados, ya que han sufrido en el país discriminación y responsabilización por contagios masivos de COVID-19, casos que fueron altamente divulgados por los medios de comunicación, exponiendo a migrantes internacionales a nivel nacional. Otros actores entrevistados dan cuenta de la situación de vulnerabilidad en que muchos

migrantes internacionales vivieron sus experiencias de contagio, ya fuera porque no tenían alimentos ni medicamentos a la hora de empezar sus cuarentenas, o bien porque sintieron el hostigamiento por parte de terceros, vecinos y otras personas cercanas. Se da cuenta de la falta de redes entre migrantes internacionales, situación que los dejó aún en mayor vulnerabilidad en situaciones de enfermedad por COVID-19 en nuestro país. Migrantes que han accedido a las residencias sanitarias sostienen que la experiencia en general fue positiva. Se reportan malas experiencias referidas a separaciones de familias en el ingreso a residencias sanitarias, lo que tiene diversas consecuencias negativas para esas personas. Los distintos actores sociales entrevistados dan cuenta de una falta de atención permanente de salud mental en residencias sanitarias, ámbito que debe ser integrado dadas las condiciones de vulnerabilidad en que muchas personas migrantes ingresan. Este estudio destaca la importancia de diseñar, implementar y monitorizar cuidado ético en residencias sanitarias durante crisis socio-sanitarias en Chile como la actual pandemia hacia poblaciones diversas, incluyendo migrantes internacionales.

En el contexto de pandemia por SARS-CoV-2, en Chile se han implementado una variedad de respuestas dirigidas a la población migrante internacional, en el marco del decreto N° 1 del 07 de enero del 2021 del Ministerio de Salud que prorroga la vigencia de la alerta sanitaria (MINSAL, 2021d) y el decreto N° 12 (MINSAL, 2021b) que modifica las facultades del gobierno para la emergencia. La Tabla X detalla dichas iniciativas. De estas destacan los esfuerzos por asegurar protección en salud en migrantes de parte de algunos actores clave, que se friccionan en presencia de otras perspectivas paralelas menos inclusivas o tolerantes. Esto impacta en experiencias cotidianas de discriminación y xenofobia en personas migrantes, que de acuerdo con estudios recientes también se han podido observar en escenarios de salud. En este sentido, los esfuerzos sostenidos y valientes de miles de trabajadores de salud por sobrellevar la pandemia se desconectan de la experiencia de acceso y trato de personas y familias migrantes en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, quienes han visto profundizadas sus desventajas en contexto de pandemia (RECHISAM, 2021a, 2021b).

En línea con lo anterior, un estudio publicado por el Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca (marzo 2021) cuyo objetivo fue analizar la situación laboral y los accesos a los beneficios sociales del Estado de los Inmigrantes en Chile durante la pandemia reveló los desafíos que han enfrentado los migrantes al respecto. El 62% de los encuestados declara haber tenido problema para acceder a beneficios principalmente por no cumplir los requisitos para postular, falta de cédula de ciudadanía o registro social de hogares. Además, el 40,5% declara no haber recibido

ningún beneficio, aun cuando el 80,7% reportó reducciones en sus ingresos durante la pandemia. La Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) mediante una encuesta en contexto COVID-19 (abril 2020) a Municipalidades que cuentan con el sello migrante (reconocimiento del DEM por promover la inclusión de población migrante) reveló un nivel de dificultad alta en garantizar el acceso a servicios a la población migrante; ya sea por desconocimiento de acceso, saturación de los servicios, déficit de información, tempo a deportación, brecha idiomática y/o cultural. Además, el personal destaca la urgencia de subsidio de alimentación, agilizar procesos para otorgar cédula, y creación de albergues, entre otras medidas urgentes (AMUCH, 2020).

Tabla 4.

Principales iniciativas desarrolladas por la autoridad sanitaria y pública en Chile en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 en poblaciones migrantes en Chile.

Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud	Recomendaciones generales para atención en atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2 insta a identificar las poblaciones vulnerables, que podrían enfrentar barreras de acceso incluyendo a migrantes internacionales (MINSAL, 2020b).
Circular N°14 el 18 de junio de 2020	Certificado de Antecedentes Penales del País de origen en forma digital sin apostillado por el periodo de 120 días corridos desde el 1 de junio, facilitando la postulación a visas (MININTERIOR, 2020).
Departamento de Extranjería y migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	El en el marco de la digitalización de trámites, habilitó el estampado electrónico no presencial (DEM, 2020).
Resolución N°395 exenta promulgada el 2 de febrero de 2021	Se mantiene la vigencia de dichos documentos hasta abril de 2023. Esto permite que los migrantes venezolanos con permiso de residencia transiten y realicen trámites como prórrogas de visa, estampado, solicitud de certificado de permanencia (MININTERIOR, 2021b).
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos el día 3 de febrero de 2021	Actualizó el decreto N° 34 que extiende la vigencia de cédula de identidad para extranjeros hasta el 28 de febrero de 2022 (MINJUSTICIA, 2021).
Mesa social COVID-19	Se expuso su preocupación por la crisis humanitaria relacionada a las expulsiones administrativas que contrastan con las políticas que promueven la integración de los migrantes. (Mesasocial-COVID, 2021). En 2020 la mesa social de discutió el impacto de la pandemia en la salud mental destacando el riesgo de la población migrante internacional (Mesasocial-COVID, 2020).

Ordinario N° 873 promulgado el 24 de marzo del 2021	Habilita la contratación y ejercicio de médicos extranjeros cuyo título no esté revalidado en Chile (MINSAL, 2021c).
Resolución exenta N°1138 de 24 de diciembre de 2020	Establece la vacunación para las personas que hagan parte de los grupos objetivo que vivan en Chile (MINSAL, 2020c).
Resolución exenta N°136 del 10 de febrero de 2020	Acceso a la vacuna los migrantes en situación irregular que acreditaran domicilio y desearan permanecer en el país (MINSAL, 2021e). El marco regulatorio más reciente que establece la cobertura de vacunación del COVID-19 en migrantes internacionales tanto en situación administrativa regular como irregular es el Ordinario N° 118 del 26 de marzo de 2021 del Ministerio de Salud, que recalca la complementariedad de las demás disposiciones mencionadas.
Decreto N°82 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	Cierre temporal de fronteras. Sin embargo, se habilitó la salida por motivos de carácter humanitario y la entrada para migrantes con visa de residencia (MININTERIOR, 2021a).
Ministerio de Salud de Chile	Se habilitó residencias sanitarias con servicio de hospedaje, alimentación y monitoreo médico. Dirigidos a personas que no cuenten con condiciones para el aislamiento domiciliario y sean definidas como caso confirmado, probable o sospechoso. Los migrantes son beneficiarios independiente de su situación migratoria (MINSAL, 2020a). Adicionalmente el Ministerio de Desarrollo Social dispuso albergues en la región Metropolitana a los cuales pueden acceder migrantes internacionales que se encuentren en situación de calle (Migración en Chile, 2020).
Presidencia del senado	Diseño de la agenda de género COVID-19 donde se contemplaron las mujeres migrantes. En esta iniciativa destacaron las siguientes recomendaciones: (i) una renta básica de emergencia de amplia cobertura, (ii) regularización migratoria para el acceso a apoyos y servicios, (iii) condonación de multas por irregularidad migratoria, (iv) establecer cédula provisoria para acceder a salud pública y a sistema de protección social (SENADO, 2020).
Plataforma del gobierno chileno "ChileAtiende"	Área de información específica denominada "Coronavirus (COVID-19)" dirigida a migrantes internacionales en Chile (Chile Atiende, 2020).
Estado Chileno	Beneficios sociales (bono familiar, subsidios, ingreso familiar de emergencia, ley protección empleo) para la ciudadanía general y a los cuales –potencialmente– pueden acceder los migrantes internacionales (CENEM, 2021).

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios finales y propuestas

El objetivo de este capítulo fue describir la relación entre migración y salud pública en Chile, visibilizando aprendizajes, tensiones y desafíos pendientes, desde una perspectiva general del sistema de salud. Para ello, se presentó una descripción general del sistema de salud chileno, se describieron avances en materia de salud de migrantes desde la autoridad sanitaria en Chile, se evidenciaron estimaciones de acceso y uso efectivo del sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales versus locales, con desarrollo de migración venezolana como estudio de caso, y se presentaron avances y tensiones desde la actual crisis socio-sanitaria del SARS-CoV-2. Con ello, el capítulo busca dar cuenta de la complejidad de la relación entre migración y salud, así como los profundos desafíos y tensiones que emanan en la renovación de enfoques relevantes en esta materia, como son derecho universal a la salud, interculturalidad, participación, territorio, ética del cuidado, cuidado transnacional en salud, género y migración, e inequidades sociales en salud. El caso específico de la evidencia disponible en torno a la crisis socio-sanitaria mundial de SARS-CoV-2 refleja cómo un sistema de salud debe integrarse en una mirada amplia de salud pública, intersectorial y de protección, que promueva agencia y al mismo tiempo cobije a los que van quedando atrás, para una verdadera hoja de ruta hacia la cobertura universal en salud.

En línea con el reciente reporte situacional de COVID-19 en migrantes internacionales en Chile y publicado en la Web oficial de Lancet Migration (Cabieses, Rada, Vicuña & Araos, 2020), se proponen las siguientes propuestas de promoción de la salud de migrantes en Chile:

R1: Reducir barreras que limiten el acceso efectivo a los servicios de salud, promoviendo el reconocimiento de derechos en salud:

- Los y las migrantes internacionales, independiente de su situación migratoria, deben estar informados/as acerca de cómo acceder al sistema de salud en Chile y sus servicios disponibles, con material dispuesto en diversos idiomas. Para ello, se requiere la difusión intencionada de esta información en espacios sociales amplios (ej. medios de comunicación masivos) que no dependan únicamente de profesionales de salud y organizaciones civiles interesadas en la temática. De especial importancia es que la comunicación de los derechos de los y las niños, niñas y adolescentes (NNA) sean una prioridad ante la obligación legal y ética que implica el aseguramiento de su salud (Báltica Cabieses et al., 2017).

- Bajo el lineamiento estratégico de *aceptabilidad* de la política de migrantes (MINSAL, 2018), el cual hace referencia a la obligación del Estado de entregar servicios de salud culturalmente apropiados y de calidad, se sugiere reforzar las actividades de capacitación a los profesionales de la salud sobre normativas relacionadas a migración y salud (Bernaes, Cabieses, McIntyre & Chepo, 2017). Es importante sensibilizar y entrenar a los equipos de salud acerca de cómo llevar a cabo una atención de salud que propicie un encuentro intercultural efectivo (Cabieses, 2019).
- Incorporar mediadores interculturales en territorios y centros de salud donde el idioma sea una barrera de comunicación, para facilitar diagnósticos oportunos y acuerdos terapéuticos sensibles a cada persona conforme a su cosmovisión particular, así como informar y educar acerca de nuestro sistema de salud a poblaciones migrantes (Sepúlveda & Cabieses, 2019).
- Reforzar actividades de educación sobre el COVID-19 con pertinencia intercultural y enfoque de género, adaptadas a los diferentes colectivos migrantes según sus creencias, costumbres, percepción del autocuidado, disponibilidad de recursos en su entorno, entre otros. Este desafío implica el trabajo en conjunto con migrantes internacionales que guíen la construcción del material educativo y mensajes que generen confianza y adherencia a las recomendaciones, desde el acuerdo mutuo de valores y creencias compartidas en salud.
- Implementar mejoras para el acceso y uso efectivo del sistema de salud relacionadas a la regulación de costos de las prestaciones, tiempos de espera y evaluar la necesidad de cambios estructurales en el modelo de salud. Es necesario diseñar protocolos de atención a la salud de migrantes internacionales en situación de emergencia sanitaria y crisis social, desde el enfoque de derechos humanos, cuidado ético y pertinencia intercultural (Cabieses, Obach, Blukacz et al., 2021). La existencia de estos protocolos es particularmente relevante para la actualización y perfeccionamiento de la estrategia de residencias sanitarias; profundizando en: (i) la incorporación del enfoque de interculturalidad, (ii) acceso a información y educación en salud, (iii) autocuidado, (iv) y resguardo a principio de justicia y no maleficencia hacia la población migrante internacional (Cabieses, Obach, Blukacz et al., 2021).

R2: Colaboración intersectorial para proveer beneficios de protección social y laboral accesibles a la población migrante internacional que reside en Chile:

- Existe una proporción importante de población migrante internacional en cada país, incluido Chile, que se caracteriza por su vulnerabilidad

socioeconómica, reflejada en mayor concentración de pobreza, hacinamiento, trabajo informal, desempleo, entre otros. Dicha vulnerabilidad está agudizada en tiempos de pandemia por la pérdida de trabajo e incapacidad para costear necesidades básicas como la comida y la vivienda. Para mejorar estas condiciones de vida, se recomienda incluir a los migrantes en las medidas dispuestas por el gobierno de Chile o implementar ayudas específicas basadas en derechos. Estas medidas deben ser independientes de la situación migratoria y no requerir acreditar vulnerabilidad a través de plataformas que exigen cédula vigente.

- Aspectos laborales como la reinserción, reducción de contratación informal, supervisión y medidas restrictivas a la contratación ilegal, y exposición a riesgos laborales durante la pandemia deben ser abordadas de forma integral. Las medidas de ampliación de plazo para presentar nuevo empleador ante la pérdida de trabajo, debe acompañarse de estrategias formales de acompañamiento para la búsqueda y mantención de trabajo, así como medidas sociales amplias por el tiempo que dure la pandemia (Urzúa & Cabieses, 2018).
- Se debe trabajar con el intersector público del Estado, pero siempre de la mano de las organizaciones civiles que conocen y vigilan las necesidades, capacidades y oportunidades de ayuda y apoyo a poblaciones migrantes internacionales en nuestro país.

R3: Realizar diagnósticos participativos, incluyendo la instalación de sistemas de información para vigilancia y monitoreo durante y posterior a la pandemia, en la población migrante internacional:

- Para fortalecer el abordaje futuro de esta población, es relevante conocer su nueva realidad relacionado a la pandemia, necesidades percibidas y problemáticas que surgieron por el COVID-19 y sus efectos sociales. La evidencia generada podrá ser un insumo útil en los procesos de recuperación y rehabilitación de los migrantes contagiados; así como en la integración del colectivo migrante a la sociedad ante una “nueva normalidad” y construcción de redes de apoyo que favorezcan la cohesión social.
- Fomentar el registro de variables específicas de los migrantes internacionales y sus determinantes sociales (Cabieses, 2016) en los sistemas de información (registros administrativos, vigilancia epidemiológica, encuestas) y la implementación de auditorías a establecimientos de salud para verificar su cumplimiento como respaldo para la planificación sanitaria.

R4: Rechazar toda práctica discriminatorias y estigma sobre la población migrante internacional:

- A la luz de la política de salud de migrantes internacionales se recomienda la implementación de acciones dirigidas a erradicar prácticas discriminatorias, basadas en estereotipos negativos, y que influyen negativamente en la salud de los migrantes en todo el mundo (MINSAL, 2018). Los migrantes han sido responsabilizados por el impacto de diversas enfermedades infecciosas, por tal motivo es necesario regular los discursos en autoridades y medios de comunicación que promuevan posturas negativas hacia migrantes (Cabiéses, Libuy & Dabanch, 2019).

Referencias bibliográficas

- ACNUR (2016). *Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes*. Retrieved from https://www.acnur.org/declaracion-de-nueva-york-sobre-refugiados-y-migrantes.html?gclid=CjwKCAiAINf-BRB_EiwA2osbxScdQkj0FVgRfdIBSXDTFWCA69sHKVJOXFdfz6UWHswywiOWRIYxoCq8YQAvD_BwE
- AMUCH (2020). *Encuesta de Caracterización de la Población migrante y sus problemáticas en el contexto de la crisis sanitaria derivada del COVID-19*. Retrieved from <https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/04/Encuesta-Characterizacion-de-la-poblacion-migrante-y-sus-problematicas.pdf>
- Bastías, G., Bedregal, P., Elgueta, P., Espinoza, M., Poblete, F. & Traferril, A. (2019). *Reforma al sistema privado de salud*. Retrieved from Santiago, Chile.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M. & Chepo, M. (2017). Challenges in primary health care for international migrants: The case of Chile. *Atencion Primaria*, 49(6), 370-371.
- Cabieses, B. (2016). *Research on migration and health in Chile: pushing forward*. *Revista Médica de Chile*, 144: 1093-1094.
- _____. (2019). Health of migrants: simple questions can improve care. *The Lancet*, 393(10188), 2297-2298.
- _____. (2020). *Encuesta sobre COVID-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile: informe de resultados completo*. En Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM).
- Cabieses, B., Bernales, M. & McIntyre, A. (2016). Introducción y conceptos esenciales. En B. Cabieses, Bernales, M., McIntyre, A. (Ed.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. *Universidad del Desarrollo* (pp. 15-26). Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. & Delgado, I. (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(6), 707-716.
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V. & Delgado, I. (2017). [Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile]. *Rev Chil*

- Pediatr*, 88(6), 707-716. doi:10.4067/S0370-41062017000600707
- Cabiéses, B., Libuy, M. & Dabanch, J. (2019). *Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile*.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Carreño, A., Larenas, D. & Mompoin, E. (2021). *Migrantes internacionales en residencias sanitarias en Chile durante la pandemia COVID-19: Hacia una respuesta ética en emergencias sanitarias. Informe final*.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Vicuña, J. T., Carreño, A., Stefoni, C., . . . Rada, I. (2021). *Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: Construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad. Informe de resultados generales y recomendaciones para la política sanitaria*.
- Cabieses, B., Rada, I., Vicuña, J. T. & Araos, R. (2020). *Reporte situacional: el caso de migrantes internacionales en Chile durante la pandemia de COVID-19*. Retrieved from https://1bec58c3-8dcb-46b0-bb2a-fd4addf0b29a.filesusr.com/ugd/188e74_79df2e8d45294daea5f8d23d2c49fbad.pdf?index=true
- Cabieses B. & Larenas, D. (2021). *Proyecto de Sistematización de la Respuesta Sanitaria de los Países Andinos ante la Migración Venezolana: El caso de Chile*. Proyecto andino liderado por Juan Arroyo de la Universidad Cayetano Heredia del Perú. Santiago, Chile, UDD.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N. & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- CENEM (2021). *Situación laboral y acceso a beneficios sociales de los inmigrantes*. Retrieved from <http://www.cenem.atalca.cl/docs/pdf/Estudio%20Situacion%20Laboral%20y%20acceso%20a%20beneficios%20sociales%20de%20los%20inmigrantes%20en%20Chile.pdf>
- ChileAtiende (2020). *Coronavirus (COVID-19) / Migrantes en Chile*. Retrieved from <https://www.chileatiende.gob.cl/coronavirus/migrante-en-chile>
- Cid, C., Torche, A., Bastias, G., Herrera, C. & Barrios, X. (2013). *Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno*. Santiago, Chile.
- Davies, A. A., Basten, A. & Frattini, C. (2009). Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*, 16(1), 10-12.
- DEM (2020). Extranjería anuncia Estampado Electrónico desde el 23 de septiembre. Retrieved from <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/extranjeria-anuncia-estampado-electronico-desde-el-23-de-septiembre/>
- Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S. & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health*, 14(1), 52. doi:10.1186/s12992-018-0370-9
- Mesasocial-COVID (2020). Salud mental en situación de pandemia. Retrieved from https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Mesa-Covid19/documentos/salud-mental.pdf
- (2021). Minuta Mesa Social 16 febrero 2021. Retrieved from <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/02/Minuta-Mesa-Social-16-Febrero-2021.pdf>
- Migración en Chile (2020). Más de dos mil migrantes se encuentran acogidos en albergues en la Región Metropolitana. Retrieved from <https://www.migracionenchile.cl/>

mas-de-dos-mil-migrantes-se-encuentran-acogidos-en-albergues-en-la-region-metropolitana/

MININTERIOR (2020). Circular N°14. Retrieved from <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/Circular-N%C2%B0-14.pdf>

____ (2021a). Modifica el decreto supremo N°102, de 2020, del ministerio del interior y seguridad pública, que dispone el cierre temporal de lugares habilitados para el ingreso y egreso de extranjeros, por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov), y extiende su vigencia. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157765&idParte=&idVersion=>

____ (2021b). Resolución N°395 exenta modifica resolución N°2.087 del 2019, del Ministerio del Interior y Secretaría Pública por los motivos que Indica. Retrieved from <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2021/02/03/42871/01/1891079.pdf>

MINJUSTICIA (2021). Extiende vigencia de cédula de identidad para extranjeros, conforme se indica. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143967>

MINSAL (2018). Política de Salud de Migrantes Internacionales. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

____ (2020a). *ORD B1/Nº 2838 Recomendaciones para la implementación de estrategia en Residencias Sanitarias en el marco de plan de acción del Coronavirus COVID-19.*

____ (2020b). Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia sars-cov-2. Retrieved from <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>

____ (2020c). Resolución exenta N°1138 Aprueba Lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>

____ (2021a). Informe Epidemiológico Caracterización de casos por COVID-19 en población migrante internacional (Semana epidemiológica (SE)10, año 2020, hasta la SE 7, año 2021). Retrieved from http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/MIG_COVID_SE_7_2021.pdf

____ (2021b). Modifica decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov). Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158008>

____ (2021c). Ordinario. C31/N°873. Retrieved from <https://hsdgp.com/wp-content/uploads/2021/04/ORD-873-24MAR2021-1.pdf>

____ (2021d). Prorroga vigencia del decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov). Retrieved from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154617>

____ (2021e). Resolución exenta N°136 Complementa resolución exenta N°1138 de 2020 del Ministerio de Salud que aprueba lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2. Retrieved from https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf

- OIM (2007). *Social Determinants of Migrant Health*. Retrieved from <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- _____. (2016). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica*. Retrieved from https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/informe_regional_sobre_determinantes_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_retornadas_o_en_transito_y_sus_familias_en_centroamerica_0.pdf
- _____. (2019a). *IOM's Global Migration Data Analysis Centre*.
- _____. (2019b). *Tendencias Migratorias en América del Sur*. Retrieved from https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias_Migratorias_en_America_del_Sur_Marzo.pdf
- OMS (2017). *Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes*. Retrieved from Geneva: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274830/A70_24-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- RECHISAM (2021a). *Acerca de la crisis humanitaria y de salud que viven miles de migrantes en contexto de Pandemia en la zona norte de Chile*. Retrieved from <https://www.lemondiplomatique.cl/sobre-los-migrantes-en-el-norte-de-chile-por-rechisam.html>
- _____. (2021b). *Acerca de la vacunación nacional contra COVID-19 en poblaciones migrantes en Chile*. Retrieved from https://www.elmostrador.cl/media/2021/02/DOCUMENTO-DE-POSICIA%CC%83_N-1-Vacunacion-contra-COVID-19-CON-FIRMAS.docx
- Segal, U. (2019). Globalization, migration, and ethnicity. *Public health*, 172, 135-142.
- SENADO (2020). *Presentan agenda de género COVID-19 con propuestas en áreas de trabajo, educación y territorio*. Retrieved from <https://www.senado.cl/presentan-agenda-de-genero-covid-19-con-propuestas-en-areas-de-trabajo/senado/2020-06-23/134514.html>
- Sepúlveda, C. & Cabieses, B. (2019). Role of the intercultural facilitator for international migrants in chilean health centres: perspectives from four groups of key actors. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(4), 592-600.
- Thomas, F. (2016). *Handbook of migration and health*. Edward Elgar Publishing.
- Urzúa, A. & Cabieses, B. (2018). Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4).