



INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2015



CENTRO DE DERECHOS
HUMANOS **udp**

FACULTAD DE DERECHO

EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE. AVANÇES Y DESAFÍOS*

“Es mi aspiración que la salud no sea vista finalmente como una bendición a desear, sino como un derecho humano por el que luchar”
Kofi Annan.¹

* Capítulo preparado por Víctor Hugo Lagos y Delfina Lawson. Los autores agradecen la colaboración de las ayudantes Francisca Vargas y Virginia Miranda y del ayudante Tomás Correa, estudiantes de la Escuela de Derecho de la UDP que apoyaron en la recopilación de información, solicitudes de acceso a la información y sistematización de datos.

1 Séptimo Secretario General de Naciones Unidas (1997-2006), Premio Nobel de la Paz (2001).

SÍNTESIS

En la actualidad, y de acuerdo a información oficial, residen en Chile cerca de medio millón de personas migrantes de diferentes nacionalidades, pero principalmente provenientes de países de la región. Su ingreso al país y su permanencia en el territorio nacional se sigue rigiendo por el Decreto Ley 1.094, del año 1975. Todos los actores involucrados en la defensa y promoción de los derechos de las personas migrantes han señalado, en múltiples y distintas instancias, la necesidad de reformar el marco normativo que regula las migraciones, dotándolo de un enfoque de derechos y asegurando que se encuentre en línea con los principales estándares de derechos humanos en esta materia. Durante los últimos años se han adoptado diferentes acuerdos regionales y/o sectoriales para hacer frente al déficit normativo. Si bien estos esfuerzos han logrado un impacto positivo en parte de la población migrante, aún quedan muchos desafíos pendientes.

El capítulo se enfoca en el acceso a la salud de la población migrante en Chile desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos. Siendo el derecho a la salud un derecho humano, su ejercicio y goce debe ser garantizado en forma universal y sin discriminación. Las consecuencias de la vulneración de este derecho, en muchos casos, son gravísimas e irreversibles. El capítulo aborda los avances y las deudas en la materia e insta al Estado a adecuar su normativa y sus políticas a los estándares internacionales relacionados con la población migrante.

PALABRAS CLAVES: Migrantes, Decreto Ley 1094, Reforma migratoria, Derecho a la salud

INTRODUCCIÓN

Las personas salen de sus países por diversos motivos. Muchas de ellas lo hacen para mejorar su situación económica, para escapar de un conflicto armado, de la violencia basada en el género, de los desastres naturales o del cambio climático; por haber sido privados de su nacionalidad (o porque nunca la tuvieron como en el caso de las personas apátridas); o bien para huir de la pobreza estructural. Con frecuencia los migrantes se exponen a situaciones de extrema vulnerabilidad, convirtiéndose en uno de los grupos que sufre mayor discriminación y marginación en el mundo.

En función de los compromisos asumidos en sede internacional, de la evolución de los estándares de los derechos humanos y de su propia normativa interna, los Estados se encuentran obligados a brindar protección y a respetar y promover los derechos de las personas migrantes que se encuentran en sus territorios, incluyendo el derecho humano al goce del nivel más alto posible de salud, independientemente de sus situaciones migratorias.

De acuerdo a los tratados internacionales y a la interpretación que de ellos hacen los órganos que monitorean su cumplimiento, el derecho a la salud no se relaciona únicamente con la posibilidad de una persona enferma de acceder al sistema médico, sino que incluye, también, el acceso al agua potable y a servicios higiénicos, a una alimentación adecuada, a una vivienda digna, y a un ambiente laboral saludable, entre otras necesidades humanas.

El acceso a la salud debe ser garantizado a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, su raza, su condición social, su pensamiento político, su sexo, su orientación sexual, su grupo étnico, su edad o su situación migratoria.

Sin embargo, el Decreto Ley 1.094 de 1975 que establece normas sobre extranjeros en Chile (y que en la actualidad continúa fijando el marco normativo para las migraciones en el país) no reconoce el dere-

cho a salud, ni siquiera hace referencia a él.² Tampoco reconoce otros derechos humanos como a la educación, a la vivienda, al acceso a la justicia, entre otros. En este sentido, ya se ha señalado en los *Informes 2014 y 2013*, la necesidad de adoptar en forma urgente una política migratoria, incluyendo un nuevo marco normativo que contenga un enfoque basado en los derechos humanos, que sea respetuoso de las obligaciones contraídas por el Estado y que proteja a las personas migrantes que se encuentren en el territorio chileno.

Si bien se han logrado importantes avances durante el primer año de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, es necesario que el Estado asuma en forma fehaciente y efectiva la necesidad de reformar su política migratoria y de modificar el marco normativo.

El presente capítulo tiene por objeto dar cuenta de los avances y desafíos que se presentan en relación con el ejercicio del derecho a la salud en nuestro país, tomando como base para el análisis los estándares fijados en el sistema internacional de protección de los derechos humanos. Al finalizar la lectura del capítulo pretendemos dar luces acerca de las áreas críticas donde es necesario avanzar para garantizar este y otros derechos sociales a todas las personas migrantes que se encuentran en Chile. Esta es una deuda que debemos saldar para poder decir que, efectivamente, Chile es un país respetuoso de los derechos humanos de todas las personas que se encuentran en su territorio, o utilizar la frase de la presidenta Bachelet durante su primer mandato: “Chile, país de acogida”.³

1. EL DERECHO A LA SALUD DESDE LA MIRADA DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

El derecho a la salud es un derecho humano, y como tal se encuentra reconocido y garantizado en una gran cantidad de instrumentos internacionales ratificados por Chile.⁴ Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.⁵

2 Menciona una única vez la palabra “salud” para hacer referencia a un tipo de ingreso, dentro de la categoría de turistas (Art.44 DL 1094).

3 Instructivo Presidencial N° 9 / 2008 “Imparte instrucciones sobre “Política Nacional Migratoria”, Art. 6°.

4 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (Art. XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25); PIDESC (artículo 12); Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24); Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familiares (artículo 28); Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (artículo 5); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (artículos 11 y 12).

5 Asimismo, el artículo 12 establece una serie de medidas que deberán ser adoptadas por los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho y conseguir: a) la

Cuando el artículo habla del “nivel posible”, alude a la obligación que tiene el Estado de adoptar todas las medidas que permitan cumplir con el objetivo de que la persona pueda gozar del mejor nivel de salud dentro de sus características particulares y de la gravedad de la enfermedad o del cuadro clínico que presente.

La obligación del Estado no es “curar” a la persona, sino adoptar todas las medidas necesarias para que ello suceda. En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC), “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁶

El derecho a la salud no comprende únicamente el derecho a estar sano y libre de afecciones y enfermedades, sino que se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, incluye el acceso al agua potable y a servicios higiénicos, a una alimentación adecuada, a una vivienda digna, y a un ambiente laboral saludable, entre otras necesidades. El derecho a la salud es considerado un factor esencial para poder ejercer otros derechos, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS, es también “una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad”.⁷

En su Observación General N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud,⁸ el Comité DESC estableció el contenido mínimo que debe garantizarse a todas las personas que se encuentran bajo la jurisdicción del Estado. El alcance efectivo de estos componentes debe ser prioritario para el Estado. En el caso del derecho a la salud, el Comité DESC ha señalado que los Estados deben garantizar:

a) Disponibilidad: Un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, centros de atención y programas de salud. Esos servicios deberán contar con las condiciones básicas para garantizar la salud: agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, infraestructura como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud y personal médico y profesional capacitado y bien remunerado de acuerdo a las condiciones económicas existentes en el país, así como los medicamentos definidos en el Programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.⁹

reducción de la mortalidad 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.

6 Comité DESC, *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2000, párr. 9.

7 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

8 Comité DESC, *Observación General 14*, op. cit.

9 Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de

b) Accesibilidad: El acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna. Este componente presenta cuatro dimensiones:

b1- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

b2- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados. La accesibilidad también implica que los servicios médicos con los factores determinantes básicos de la salud –como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados– se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en las zonas rurales. Además, comprende accesos adecuados en la infraestructura de salud para las personas con discapacidades.

b3- Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención y relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, ya sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que los hogares más pobres no tengan una carga desproporcionada en gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

b4- Acceso a la información: Comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir informaciones e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Este acceso no debe menoscabar el derecho a que los datos personales relativos a la salud de las personas sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad: En todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberá existir respeto por la ética médica y también por la cultura de las personas, de las minorías, los pueblos y las comunidades. Asimismo existirá sensibilidad por los requisitos de género y el ciclo de vida, se respetará la confidencialidad y se tenderá por todos los medios a mejorar el estado de salud de las personas.

d) Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

1.1 El principio de no discriminación

El Comité DESC ha definido la discriminación como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferente que directa o

indirectamente se base en los motivos prohibidos de discriminación y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos reconocidos en el Pacto.¹⁰ La discriminación también comprende la incitación a la discriminación y el acoso.” La discriminación constituye un obstáculo al momento de ejercer los derechos económicos, sociales y culturales, en particular para determinados grupos y personas que enfrentan desigualdades históricas producto de patrones de discriminación muy arraigados en la sociedad, así como formas contemporáneas de discriminación.¹¹

La prohibición de la discriminación es uno de los pilares en que se basa el sistema de protección de los derechos humanos,¹² por tanto, es reconocida por la mayoría de los tratados que han sido ratificados por Chile en la materia.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales garantiza el ejercicio de todos los derechos consagrados en él, a las personas sin ningún tipo de distinción. Dicho tratado hace referencia expresa a la prohibición de discriminar en función del país de origen, entre otros factores a considerar (art. 2.2). Por lo tanto, la nacionalidad de la persona es uno de los “motivos prohibidos” de discriminación que se consagran en los instrumentos internacionales. Incluso teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2º 3 del Pacto,¹³ el Comité DESC ha señalado que no se puede impedir el acceso a los derechos consagrados en dicho Pacto por razones de nacionalidad, es decir, son aplicables a todas las personas, independientemente de su condición jurídica y de la documentación que posean.¹⁴ Se trata de una obligación de cumplimiento inmediato y de alcance general.¹⁵

En el año 2012, con ocasión de ser revisada la situación de España en relación con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité DESC ha señalado que de acuerdo a la interpretación del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pac-

10 En el artículo 1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el artículo 1 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, figuran definiciones similares. El Comité de Derechos Humanos hace una interpretación parecida en su Observación General Nº 18 (párrs. 6 y 7) y ha adoptado posiciones similares en observaciones generales anteriores.

11 Comité DESC, *Observación general 20 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009. Párr. 1.

12 Corte IDH, *Opinión Consultiva 18/03 sobre la Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*, 17 de septiembre de 2003, párr. 101 y 173.

13 “Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.”

14 Comité DESC, *Observación general. 20. Op.cit.*, Párr. 30.

15 *Ibid.*, párr. 7; Comité DESC, *Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, párr. 30.

to) y en base al principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, no se podría limitar el acceso a los servicios de salud, de las personas que residen en el Estado parte, cualquiera sea su situación legal.¹⁶

Tanto el Comité DESC como el sistema interamericano de protección de los derechos, han señalado que cualquier diferencia en el trato o restricción de derechos, debe perseguir un fin legítimo y debe ser compatible con los demás derechos humanos. El fin que se persigue debe ser únicamente la promoción del bienestar general de una sociedad democrática. A su vez, debe haber una proporcionalidad clara entre el fin buscado y sus efectos. Por último, el Comité DESC señala que la falta de recursos no puede justificar el trato discriminatorio.¹⁷

A pesar de esta clara interpretación normativa, en la práctica muchos Estados limitan el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas migrantes, en especial de aquellos que se encuentran en situación migratoria irregular. Las personas migrantes siguen enfrentando situaciones de discriminación graves, que en algunos casos les terminan costando la vida.

1.2 Protección especial de los niños, niñas y adolescentes

Tal como se desprende de los párrafos anteriores, la comunidad internacional ha avanzado en la elaboración de estándares legales que protejan especialmente a determinados grupos de las vulneraciones a las que se ven expuestos, incluyendo dentro de estas categorías a las personas migrantes. En este universo de personas, los que están en situación migratoria irregular son propensos a sufrir mayores abusos y hostilidades de parte de sus empleadores, de la comunidad, de los funcionarios públicos y de las fuerzas policiales.

La condición migratoria de sus padres tiene un impacto en el goce y el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA), quienes al igual que sus progenitores, se ven expuestos a situaciones de violencia y abusos, y consecuentemente se desarrollan en un contexto de vulnerabilidad.

El Comité sobre los Derechos del Niño ha señalado que las obligaciones que surgen de la Convención sobre los Derechos del Niño se deben aplicar a todos los NNA sujetos a su jurisdicción, independientemente de su situación jurídica, nacionalidad o cualquier otra circunstancia. Asimismo, el Comité ha instado a los Estados partes a que garanticen el acceso a servicios adecuados y efectivos, “en particular programas de atención de la salud, cuidado y educación especialmente

16 Comité DESC, *Observación final, España, 48º periodo de sesiones*, párr. 19.

17 Comité DESC, *Observación General*, op. cit. N° 20, párr. 13; Corte IDH, *Niñas Yean y Bosico contra República Dominicana*, sentencia de 8 de septiembre de 2005; y Corte IDH, *Opinión Consultiva OC-18/03 sobre la condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados*, 17 de septiembre de 2003.

diseñados para promover su bienestar. Deberá prestarse especial atención a los grupos más vulnerables de niños pequeños y a quienes corren riesgo de discriminación (art. 2). Ello incluye a las niñas, los niños (...) de familias migrantes (...)",¹⁸ entre otros.

En lo que respecta al derecho a la salud, el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño señala que todos los Estados "reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud".¹⁹ De acuerdo a la Convención, este derecho debe ser aplicado en forma plena y, en particular, los Estados deberán adoptar medidas especiales para a) reducir la mortalidad infantil, b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud a través de medidas como la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos sobre la salud y la nutrición de los infantes, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes; que tengan acceso a la educación en esas temáticas y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; y f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.²⁰ Este derecho debe ser garantizado en igual medida para todas las personas sujetas a la jurisdicción del Estado, independientemente de su situación jurídica.

2. EL ACCESO A SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

A partir de la adherencia a los lineamientos internacionales con la firma y ratificación de una serie de tratados de derechos humanos, Chile ha realizado importantes avances relacionados con el acceso y equidad en materia de salud. Estas acciones han estado principalmente destinadas a la protección de grupos que podrían estar mayormente expuestos a situaciones de vulnerabilidad, como mujeres embarazadas, NNA y a las personas que se encuentran en situaciones de urgencia y necesitan

18 Comité sobre Derechos del Niño, *Observación General No. 7, Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, 2006, párr. 24.

19 Convención sobre Derechos del Niño, artículo 24.

20 *Ibid.*, artículo 24, párr. 2.

poder acceder a una atención en salud. A continuación analizaremos los avances logrados y los desafíos que aún se encuentran pendientes.

2.1 Situación previa a enero de 2015: acuerdos sectoriales

Desde la década del 2000 en adelante se evidenciaron los primeros intentos por parte de los sucesivos gobiernos para abordar la situación de la población migrante en relación con el derecho a la salud.

En enero y en mayo de 2003 se dictaron los oficios N° 1179 y 6232, en donde se plasmaron acuerdos entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud a través de los cuales se facilitaba el acceso a la salud de las mujeres embarazadas y los NNA. A estos acuerdos se sumó, en el año 2007, como medida administrativa de mayor incidencia a nivel nacional, un convenio de colaboración entre ambas carteras.²¹

Dicho convenio de colaboración se refería exclusivamente a casos de NNA y clarificaba de mejor forma los procedimientos a seguir para el acceso a la salud de estos colectivos. Estableció adicionalmente la posibilidad de acceder a un permiso de residencia a los NNA que se encontraran inscritos en los centros de salud primaria. Con respecto a las mujeres embarazadas, facilitaba su acceso a la salud y la posibilidad de solicitar visa temporaria especial por situación de embarazo ante el Departamento de Extranjería y Migración (en adelante, DEM), reforzando lo señalado por los oficios mencionados anteriormente.²²

Este acuerdo entre ambos ministerios establece la posibilidad de que un NNA que no se encuentre inscrito en algún establecimiento educacional, pero que sí esté inscrito en el consultorio correspondiente a su domicilio, pueda optar a un permiso de residencia temporario ante el DEM.²³

Es necesario señalar que los NNA que se encuentran en situación migratoria irregular y estén inscritos con matrícula provisoria en algún establecimiento educacional pueden optar, por ese solo hecho, a un permiso de residencia en calidad de estudiantes por un periodo de un año, renovable hasta poder optar a su permanencia definitiva en Chile. Sin embargo, desde la Clínica Jurídica de Migrantes y Refugiados de la Universidad Diego Portales, se han detectado algunos casos en donde se ha negado el otorgamiento de estas visas en función de la situación migratoria de los padres. Esto ha sido ampliamente discutido en el sis-

21 Convenio de Colaboración suscrito con fecha 10 de octubre de 2007 entre el ex Subsecretario Felipe Harboe y el Subsecretario de Redes Asistenciales Ricardo Fábrega en representación del Ministerio de Salud. El convenio fue aprobado por Decreto Exento N° 512, 30 de noviembre de 2007, dictado por la ex ministra de Salud María Soledad Barría.

22 La Observación General N° 26 sobre trabajadoras migratorias del Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer señala que "la discriminación puede ser particularmente aguda en relación con el embarazo", 5 de diciembre de 2008, párr. 18.

23 Numeral Segundo del Convenio entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Ministerio de Salud, 10 de octubre de 2007.

tema internacional de derechos humanos y en los tribunales superiores de justicia del país,²⁴ los que se han pronunciado de manera categórica al señalar que la situación migratoria de los padres no puede nunca afectar perjudicialmente la de los NNA.

Los NNA que no se encuentren inscritos en algún establecimiento educacional pero que sí lo estén en el consultorio correspondiente a su domicilio, también pueden acceder a un permiso de residencia temporaria, de un año de vigencia, para luego optar a una permanencia definitiva, previo cumplimiento de los requisitos. Sin embargo, de acuerdo a la información recopilada para la redacción de este capítulo, se desprende que este procedimiento que busca entregar un permiso de residencia a los NNA como un trámite alternativo a la visa de estudiante, no ha sido utilizado por la comunidad migrante.

En el año 2008, se creó un Grupo de Trabajo asesor del Ministerio de Salud,²⁵ con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de elaborar políticas y acciones específicas para las personas migrantes y refugiadas que se encuentren residiendo en el país. Este Grupo de Trabajo, junto a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) presentó dos informes al Ministerio de Salud, en los años 2008 y 2009,²⁶ que aportaron antecedentes para el diseño y la elaboración de las políticas actuales en materia de acceso a salud de personas migrantes. Al mismo tiempo evidenciaron la situación de marginación en la que se encuentran las personas en situación migratoria irregular.

Estos acuerdos sectoriales representan un avance importante para el ejercicio del derecho a la salud. Sin embargo, al no estar plasmado en una ley el derecho se hace difuso y se carece de fuentes normativas a través de las cuales exigir su cumplimiento. Por este motivo su aplicación es muchas veces desigual y en ocasiones arbitraria. El derecho a la salud, tal como ha sido definido e interpretado por los órganos internacionales, debe quedar reflejado claramente en una nueva Ley de Migraciones.

2.2 Migrantes en situación migratoria irregular

Las personas que no cuentan con residencia legal para permanecer en un país, ya sea porque se les venció el permiso de residencia o porque ingresaron a ese territorio en forma irregular, se encuentran expuestas a mayores riesgos, y son propensas a sufrir vulneraciones a sus derechos humanos. Es común encontrar migrantes en situación irregular que

24 Informe 2014, p. 349.

25 Resolución Exenta 542 del Ministerio de Salud, 1 de septiembre de 2008.

26 El grupo de trabajo presentó dos informes en sus primeros años de trabajo: Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes de la zona norte de la región Metropolitana en el año 2008 y Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud mental para inmigrantes en la zona norte de la Región Metropolitana en 2009.

son víctimas de explotación laboral, abusos sexuales, golpes, y violación de sus derechos económicos, sociales y culturales.

Como vimos en los párrafos precedentes, conforme a los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, un Estado no podría limitar el acceso a salud en función de la nacionalidad (o de cualquier otro motivo prohibido) a las personas que se encuentran sujetas a su jurisdicción.

En junio del año 2008 el Ministerio de Salud, mediante el Ordinario A-14 N° 3229, distribuyó el convenio de colaboración para el acceso a salud de los NNA y las mujeres embarazadas a los centros de salud, a lo largo y ancho del país. El documento señalaba que quienes se encontraran en situación migratoria irregular solo podrían acceder a la atención de urgencia y en los casos que no fueran de urgencia tendrían que apelar a la prestación en salud particular, sin considerar en el convenio la vulnerabilidad económica de la mayoría de los migrantes en Chile, ni el gran número de personas que se encontraban en esa época en situación migratoria irregular y necesitaban recibir atención y tratamientos prolongados para sus enfermedades.²⁷

Cuando un Estado desarrolla políticas que impiden el acceso de las personas migrantes en situación irregular a los servicios sociales, incluidos los servicios de salud, se suele partir del supuesto que al resto de los contribuyentes les resultará extremadamente oneroso hacerse cargo del gasto que implica costear las necesidades sanitarias de la población en situación migratoria irregular. A su vez, existe la idea errónea de que excluir a la población que se encuentra en situación migratoria irregular del acceso a la salud, acabará con la práctica del ingreso clandestino al territorio nacional, ya que será un factor que desalentará a quienes lo deseen hacer.²⁸ Como resultado de la presente investigación no fue posible encontrar ningún estudio que demuestre que ambos argumentos tengan un sustento empírico.

Existen casos, registrados por la Clínica de Migrantes UDP, en que se les ha negado el acceso a los servicios de salud a los migrantes en situación irregular por no contar con su cédula de identidad vigente o un RUT válido. Esto ha ocasionado daños irreparables en la salud de hombres, mujeres, niños y niñas.

Tal como fuera señalado anteriormente, el Decreto Ley 1.094 que rige la temática migratoria en el país, no se hace cargo de las obligaciones estatales asumidas por la adhesión a los tratados internacionales en materia de derechos humanos. No existen en dicha norma referencias al derecho a la salud ni a otros derechos sociales. El DL 1.094 tam-

27 Oficio Ordinario A-14 N° 3229 del Ministerio del Interior, 11 de junio de 2008.

28 Organización Internacional para las Migraciones (OIM); Organización Mundial de la Salud (OMS); Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Migración Internacional, salud y derechos humanos*, 2006, p. 44.

co promueve la regularización migratoria, sino que por el contrario, genera sanciones en muchos casos desproporcionadas y fomenta largos periodos de irregularidad. Una normativa acorde con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, debiese incorporar un enfoque de derechos, y por tal motivo reconocer expresamente el derecho a la salud de todas las personas extranjeras que se encuentren en el territorio nacional. Por otra parte, en determinados casos (como por ejemplo, cuando la persona que ha cometido una infracción migratoria tenga familiares en el país o un contrato laboral estable) debe promover la regularización migratoria en primera instancia, en vez de la expulsión inmediata.²⁹

2.3 Situación a partir de enero 2015: Programa de Acceso a Salud de las Personas Migrantes en Chile

La aprobación en enero de 2015, del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, es un avance significativo en materia de acceso a la salud para la población migrante. En ese programa se señala que una persona en situación migratoria irregular debe ser atendida sin trabas ni requisitos adicionales, pero su implementación aún no se encuentra cien por ciento operativa.

El objetivo del Programa, como se describe en el documento, es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante—con énfasis en la que está en situación irregular—, que permita garantizar la equidad en el acceso y atención integral en salud de ese grupo de personas.

En junio de 2015³⁰ se dictó una circular en el marco de este Programa, donde se establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública, independientemente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del niño nacido; a los NNA hasta los 18 años, a casos de urgencia donde solo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones recibidas; y en casos como la anticoncepción de emergencia, las vacunas, las enfermedades de transmisión sexual y cuando sea necesaria la educación

29 El artículo 52 de la ley de migraciones de Uruguay establece que: “La Dirección Nacional de Migración, en los casos previstos en los literales A), B) y C) del artículo 51 de la presente ley, atendiendo a las circunstancias del caso—parentesco con nacional, condiciones personales y sociales del migrante— deberá intimarlo previamente a regularizar su situación en el país, en un plazo perentorio, bajo apercibimiento de resolverse su expulsión.” Por su parte el inciso 3° de la ley de migraciones Argentina señala: “Producida tal retención y en el caso que el extranjero retenido alegara ser padre, hijo o cónyuge de argentino nativo, siempre que el matrimonio se hubiese celebrado con anterioridad al hecho que motivara la resolución, la Dirección Nacional de Migraciones deberá suspender la expulsión y constatar la existencia del vínculo alegado en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas hábiles. Acreditado que fuera el vínculo el extranjero recuperará en forma inmediata su libertad y se habilitará respecto del mismo, un procedimiento sumario de regularización migratoria.”

30 Circular A-15 N° 06 del Ministerio de Salud, 09 de junio de 2015.

sanitaria. Además se establecerá una presunción de carencia de recursos para los grupos de personas que se mencionan.

El Programa busca responder a una realidad compleja. De la encuesta CASEN 2011, se desprende que el 14% de las personas nacidas en el extranjero que residen en Chile no pertenece a ningún sistema previsional de salud, en cambio los chilenos en esta situación solo alcanzan un 2%.³¹ Adicionalmente, en 2014, mientras el total de extranjeros en situación migratoria regular en Chile alcanzaba las 441.592 personas,³² solo 68.326 migrantes se encontraban inscritos en el Fondo Nacional de Salud (en adelante, FONASA). Estos datos reflejan que aun cuando las personas tengan su situación migratoria regularizada, existe un alto porcentaje de no inscritos en FONASA ni tampoco en los centros de Atención Primaria,³³ lo que demuestra la precariedad de una situación de la cual el Estado no puede desentenderse, no solo en consideración al aumento sostenido de personas migrantes en el país y el debido respeto por sus derechos fundamentales, sino también para identificar y enfrentar los factores que influyen en la limitación al acceso de este derecho básico.³⁴

El Programa en su esfera práctica se construye con tres componentes principales: el primero de ellos dice relación con la difusión de deberes y derechos en salud de la población migrante y su participación social. En segundo lugar busca el acceso y calidad de la atención en salud para ese grupo humano y la capacitación a funcionarios para reforzar habilidades interculturales en el marco de los derechos de salud de las personas migrantes. En tercer lugar el Programa busca establecer, aplicar y evaluar protocolos y modelos de atención adecuados a la condición migratoria, orientados a mejorar el acceso, calidad y efectividad de las acciones sanitarias.³⁵

De información recopilada en el Ministerio de Salud se desprende que el Grupo de Trabajo creado el año 2008 para diseñar los lineamientos de los programas para personas migrantes, continúa reuniéndose y que actualmente se encuentra preparando capacitaciones a funcionarios de los servicios de salud y de atención primaria para la correcta implementación de este programa.³⁶ Para cumplir con lo anterior serán los distintos servicios de salud del territorio nacional los que se deban coordinar con

31 Encuesta CASEN, *Análisis exploratorio de la población inmigrante extranjera en la Región Metropolitana de Santiago*, 2006-2011, p. 11.

32 Departamento de Extranjería y Migración, datos obtenidos para la realización del capítulo sobre derechos de los migrantes y refugiados, *Informe 2014*.

33 Solicitud de acceso a la información N° AQ004C-0000185, respondida el 19 de mayo de 2015.

34 El 27 de noviembre de 2014 la Directora de FONASA, Jeanette Vega y el Subsecretario del Interior, Mahmud Aleuy firmaron un convenio que permite a las personas migrantes acceder desde el primer día a la atención de la Red Pública de Salud, mientras su permiso de residencia se encuentre en trámite. Anteriormente, los extranjeros debían esperar a la tramitación completa de su visa, la que muchas veces alcanza los 4 o 5 meses de espera.

35 Resolución Exenta N° 1266 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, 12 de diciembre de 2014, p. 7.

36 Entrevista del 1 de julio de 2015. Entrevistado/da ha solicitado anonimato.

los municipios para la entrega de recursos y la materialización concreta de los objetivos antes descritos. Para la presente investigación se consultó por Ley de Transparencia a los servicios de salud y a los municipios –de la Región Metropolitana y de aquellas donde existe mayor número de personas migrantes residentes– sobre el estado de implementación de este instrumento. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla N°1

SERVICIO DE SALUD	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE ACCESO A SALUD DE PERSONAS MIGRANTES
Servicio de Salud Antofagasta ³⁹	Etapa diagnóstico y capacitación a funcionarios de los centros de salud.
Servicio de Salud Coquimbo ⁴⁰	No se está implementando.
Servicio de Salud Atacama ⁴¹	Etapa de implementación en los consultorios de la Región. Particularmente en lo referente a información de derechos y deberes y capacitación a funcionarios.
Servicio de Salud Iquique ⁴²	Etapa de diagnóstico. Actualmente se trabaja en el diseño de protocolos de atención y material sobre difusión de derechos y deberes.
Servicio de Salud Metropolitano Norte ⁴³	Etapa diagnóstico, desarrollo de talleres y cabildos con migrantes para la detección de principales problemáticas.
Servicio de Salud Arica ⁴⁴	Etapa diagnóstico. Desarrollo de diagnósticos participativos para implementar el plan con los resultados de los mismos. Capacitación a funcionarios del Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.
Servicio de Salud San Antonio – Valparaíso ⁴⁵	Etapa de implementación en diversos consultorios de la V Región.

37 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015 a través del correo consultasalud.antof@redsalud.gov.cl, respondida con fecha 18 de junio de 2015.

38 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015, N° AO020W0000019, respondida con fecha 5 de junio de 2015.

39 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015, N° AO019W0000006. Respondida con fecha 11 de mayo de 2015.

40 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015, N° AO017W-0000094. Respondida el 3 de junio de 2015.

41 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015, N° AO008W0000006. Respondida el 11 de mayo de 2015.

42 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015, N° AO016W0000070. Respondida el 27 de mayo de 2015.

43 Solicitud de información de fecha 5 de mayo de 2015. N° Folio 20108. Respondida el 19 de mayo de 2015.

Tabla N°2

COMUNAS REGIÓN METROPOLITANA	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE ACCESO A SALUD DE PERSONAS MIGRANTES
Municipalidad de Recoleta ⁴⁶	Conformación de mesa técnica para diagnosticar la situación: DIDECO, CESFAM, Oficina de Migrantes de la Municipalidad y Representantes de organizaciones de migrantes.
Municipalidad de Santiago ⁴⁷	Etapas de diagnóstico y realización de talleres de capacitación a funcionarios y coordinación con organizaciones de migrantes de la comuna.
Municipalidad de Independencia ⁴⁸	Etapas iniciales. Recopilando antecedentes, evaluando la contratación de personas que apoyen el programa. Se orientará para dar capacitación a población migrante y funcionarios de los centros de salud.
Municipalidad de Quilicura ⁴⁹	Etapas diagnósticas de salud pública y migrantes. Se contrataron enfermeras de nacionalidad haitiana para oficiar de facilitadoras de la comunicación en los CESFAM de la comuna. Adicionalmente se trabaja en la traducción de instrumentos informativos.
Municipalidad de Estación Central ⁵⁰	Respuesta insuficiente. No deja claro estado de implementación del Programa.

Se desprende de las respuestas que tanto en los servicios de salud como en los municipios, el Programa está en una etapa piloto, de investigación y diagnóstico de la situación. Este escenario hace imposible verificar para el presente informe la efectividad de las medidas que se han tomado para garantizar el acceso a salud de personas migrantes, con especial énfasis en la migración no regulada.

3. DESAFÍOS PENDIENTES EN MATERIA DE ACCESO A LA SALUD Y MIGRACIÓN

Más allá de las medidas administrativas que puedan tomarse y el estado de implementación del Programa de Acceso a la Salud de Personas Migrantes, existen problemas esenciales que fueron anticipados y se relacionan principalmente con la falta de un marco normativo adecuado que garantice el ejercicio y goce de los derechos sociales para las personas migrantes.

44 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015 N° MU263T0000644. Respondida con fecha 4 de junio de 2015.

45 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015, N° MU308T0001375. Respondida con fecha 3 de junio de 2015.

46 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015, N° MU111T0000366. Respondida con fecha 23 de junio de 2015.

47 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015, N° MU250T0000506. Respondida con fecha 13 de mayo de 2015.

48 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015, N° MU089T0000182. Respondida con fecha 18 de junio de 2015. Proceso de amparo por denegación de información pendiente.

Tal como se señaló en el primer apartado de este capítulo, el derecho a la salud no es solo el derecho a estar sano, ni se relaciona únicamente con la cura de las enfermedades: el derecho a la salud abarca una serie de componentes, contenido mínimo y estándares que deben ser alcanzados por el Programa.

Si bien el Programa de Acceso a Salud de las Personas Migrantes en Chile representa un gran avance, su implementación continúa dejando grandes desafíos por abordar, los que a continuación se señalan:

3.1 La falta de información en el acceso a la salud y la negligencia de los profesionales de la salud

De acuerdo a la interpretación del Comité DESC, el acceso a la información es parte del contenido mínimo del derecho a la salud, y comprende “el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”.⁴⁹ La falta de información relacionada con la salud genera situaciones de discriminación, abuso de poder y arbitrariedades.

Es lo que le sucedió, por ejemplo, a una mujer de nacionalidad boliviana que estuvo retenida en el Hospital Regional de Arica por 5 días luego de haberse sometido a una atención de parto. La administración del establecimiento no dejó salir del Hospital Regional a esta madre y su hijo pues, según el criterio institucional, adeudaba el pago del servicio. Le fue retenido su documento de identidad boliviano y al mismo tiempo no le fue entregado el certificado de parto, por lo que su hijo no pudo ser inscrito en el Registro Civil. Luego de unos días y luego de la intervención de varias autoridades y representantes de las organizaciones de migrantes se consiguió la libertad de esa mujer boliviana.⁵⁰

Otra situación de mayor gravedad se dio, también, en la Urgencia del Hospital Regional de Arica. Un niño recién nacido que presentaba hace varios días un cuadro diarreico, fue derivado por un paramédico desde la Posta Rural de Sobraya, ubicada en el Valle de Azapa, al Hospital Regional Juan Noé, por la gravedad del cuadro que le fue diagnosticado. En la urgencia de este último establecimiento condicionaron su atención al pago de 30 mil pesos. Como sus padres no contaban con el dinero, regresaron a la Posta Rural de Sobraya donde se investiga si se le habría vuelto a atender. Pocas horas después y con un cuadro que no fue posible tratar, señala la investigación, el lactante llegó sin signos vitales a la Posta Rural de San Miguel en Azapa, donde se informó de su fallecimiento a Carabineros.⁵¹

49 Comité DESC, *Observación Gral. N°14*, op. cit., párr. 12 b) iv.

50 El Morrocotudo.cl: “Hospital de Arica retuvo por 5 días mujer que no pudo pagar su parto”, 17 de septiembre de 2014.

51 Radio Cooperativa: “Guagua boliviana murió luego de que le negaran atención en hospital de Arica”, 9 de octubre de 2014.

En ninguno de estos casos se consideraron las directrices del Ministerio de Salud (Oficio Ordinario A-14 N°3229, de junio de 2008) que señalan que las personas que se encuentran en situación migratoria irregular tienen derecho a la atención de urgencia, siendo el parto un tipo de atención de urgencia y por supuesto, las enfermedades graves de NNA.⁵²

Con la finalidad de que los centros de salud tengan en cuenta las necesidades de la población migrante y de fomentar la aceptabilidad del contenido mínimo del derecho a la salud, es fundamental que el personal directivo de los centros de salud, así como también el personal clínico y administrativo sean capaces de comprender los derechos y las necesidades sanitarias y sociales de este grupo de población, evitando de esta forma vulneraciones a las obligaciones del Estado.

Ocurrió también en Arica con una mujer de nacionalidad dominicana que, en el Hospital Regional de esa ciudad, denunció malos tratos y discriminación de parte de un funcionario de la sala de urgencias. La mujer señaló a medios locales, que le bajaron en todo momento el perfil al fuerte dolor de estómago que estaba sufriendo, y que a pesar de los gritos de dolor, esperó más de cuatro horas para ser atendida y que un funcionario del hospital la discriminó, refiriéndose a su condición como “un show” y agregando que ese tipo de actuaciones “era muy común en los extranjeros.” La denuncia fue dirigida particularmente hacia el enfermero que la discriminó para no involucrar a todos los funcionarios del establecimiento.⁵³

Los casos descritos reflejan las brechas en el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud. Por un lado, resulta evidente que no se entrega información adecuada en los hospitales acerca de los derechos de las personas migrantes a recibir atención en salud, y por otra parte existe negligencia por parte de los funcionarios a cargo, quienes desconocen o no aplican la normativa vigente.

3.2 La situación de los hijos de extranjeros transeúntes

De acuerdo a información solicitada por la Clínica de Migrantes y Refugiados de la Universidad Diego Portales, en octubre de 2014 había un total de 2.843 personas⁵⁴ inscritas como hijos de extranjeros transeúntes. Muchas de estas personas, a la fecha, podrían encontrarse en una situación de riesgo de apatridia.

Si bien la Constitución Política de la República consagra como regla general para la adquisición de la nacionalidad el principio de *ius soli*

52 Numeral 4.2 del Oficio Ordinario A-14 N° 3229 del Ministerio de Salud.

53 AricaAIDía.cl: “Mujer dominicana denuncia malos tratos y discriminación en sala de urgencias de hospital local”, 14 de mayo de 2014.

54 Solicitud de acceso a la información realizada al Registro Civil, octubre de 2014, AK002W0004336.

(Art. 10 N°1),⁵⁵ establece como excepción para obtenerla ser hijos de extranjeros transeúntes o de personas que se encuentren al servicio del gobierno de sus países en territorio nacional.

Hasta el segundo semestre del año 2014, la administración pública interpretó que la categoría de “extranjero transeúnte” sería equiparable a la condición migratoria irregular, y por lo tanto, todos aquellos niños cuyos padres no contarán con una residencia autorizada al momento de su nacimiento fueron inscritos como hijos de extranjeros transeúntes.

A partir del año 2013, la Clínica de Migrantes y Refugiados ha presentado varios reclamos de nacionalidad ante la Corte Suprema de Justicia. Todos ellos fueron resueltos favorablemente por el máximo tribunal, que ha definido el derecho a la nacionalidad como “derecho esencial a la persona humana, un atributo de la personalidad, que no puede ser desconocido sin causa justificada...”. Los fallos hacen referencia a los tratados internacionales ratificados por Chile que reconocen el derecho a una nacionalidad, como la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño.⁵⁶

En el año 2014, la administración Bachelet decidió modificar nuevamente el criterio para el otorgamiento de la nacionalidad, haciendo propios los fundamentos utilizados por la Corte Suprema en los casos señalados en el párrafo anterior. Con este nuevo criterio, todas las personas nacidas en Chile, con la excepción de los hijos de turistas y tripulantes podrán acceder a la nacionalidad chilena.⁵⁷

Pero el cambio de criterio administrativo no trajo aparejado un programa de difusión sobre el derecho a adquirir la nacionalidad chilena por parte del gobierno. Por lo tanto aún hay miles de niños que no cuentan con nacionalidad, y consiguientemente se encuentran en riesgo de apatridia.

Las consecuencias de no contar con una nacionalidad son muy graves para una persona. Un ejemplo de ello es lo que ocurrió con un niño en la localidad de Pozo Almonte, Región de Tarapacá, que nació con un diagnóstico de estrabismo congénito en su ojo izquierdo. Cuando lo fueron a inscribir al Registro Civil no le fue reconocida la nacionalidad chilena, y, por lo tanto, el niño fue inscrito como hijo de extranjero transeúnte. Por esta razón, no pudo someterse a un tratamiento

55 Artículo 10. “Son chilenos: 1°. Los nacidos en el territorio de Chile, con excepción de los hijos de extranjeros que se encuentren en Chile en servicio de su Gobierno, y de los hijos de extranjeros transeúntes, todos los que, sin embargo, podrán optar por la nacionalidad chilena.”

56 Corte Suprema, *Loyola Pérez contra Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública y Policía de Investigaciones*, 9 de enero de 2013, considerando 6; Corte Suprema, *Díaz Ramírez contra Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior y Seguridad Pública*, 4 de febrero de 2013, considerando 2; Corte Suprema, *Schenell contra Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior y Seguridad Pública*, 23 de enero de 2013.

57 Resolución Exenta N° 3207 del Registro Civil e Identificación, 8 de agosto de 2014.

médico, y consecuentemente, 6 años después, esta patología terminó por privarlo de la vista de su ojo izquierdo. En casos como el descrito se transgrede, de manera flagrante, el principio de no discriminación y el derecho a la salud, que se torna particularmente relevante cuando se trata de los derechos de un niño. Determinadas situaciones que para un adulto pueden ser resueltas por aplicación irrestricta de la norma migratoria, en el caso de los NNA hacen necesario poner un particular cuidado y buscar en todo momento el máximo bienestar de ese sujeto especial de protección.⁵⁸

3.3 Adecuación cultural de los servicios de salud

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán regirse en sus procedimientos, entre otros factores, por la ética médica y ser culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, de las minorías, los pueblos y las comunidades, y, asimismo, ser sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que accedan a esos lugares.⁵⁹

Existen en la práctica barreras culturales y lingüísticas que afectan de forma negativa el acceso a la salud, a los servicios de prevención, a la comprensión de los tratamientos e indicaciones y al seguimiento de las patologías. De acuerdo a información presentada en el *Informe 2014*, ha existido un aumento de personas migrantes de Haití y de algunos países de África y Asia, principalmente por motivos de seguridad o catástrofes medioambientales en sus lugares de nacimiento, lo que ha puesto a prueba las capacidades lingüísticas de los centros de salud a lo largo del país al tener que relacionarse con personas que hablan múltiples idiomas, diferentes al español. Por este motivo, es importante generar espacios de comunicación fluida entre el personal de salud y el paciente, si es necesario utilizando intérpretes profesionales, con el fin de lograr un entendimiento oportuno a la hora de obtener el consentimiento de la persona para someterse a algún tratamiento u operación, y buscando siempre resguardar la confidencialidad y la protección de la información relativa a su estado de salud.

Si bien para el presente artículo no se recopilieron casos en los que el derecho a la salud se haya visto mermado por las barreras lingüísticas, es importante destacar favorablemente la decisión de la Municipalidad de Quilicura, donde se encuentran en etapa de contratación de personal haitiano para facilitar la comunicación en los establecimientos de salud.⁶⁰

58 Domingo Lovera, *Igualdad y no discriminación de niños, niñas y adolescentes: Necesidad de un sistema de garantías reforzadas* (UNICEF), Santiago, 2015, pp. 30.

59 Comité DESC, *Observación General 14*, Op. Cit. párr. 12, c).

60 Solicitud de acceso a la información realizada con fecha 5 de mayo de 2015, N° MU250T0000506. Respondida con fecha 13 de mayo de 2015.

Existe otro ejemplo que grafica una buena práctica en materia de interculturalidad a la hora de tratar con personas migrantes. El Consultorio N° 5 de la comuna de Estación Central se encuentra implementando un sistema novedoso y auto sustentado por parte del personal administrativo y profesional de dicho establecimiento. Se trata de un lugar donde se atiende a personas que en muchas oportunidades no manejan el idioma, principalmente de nacionalidades china y haitiana. Al existir complicaciones para la comunicación fluida se ha desarrollado un sistema online a través del cual los funcionarios que se encuentran atendiendo a la persona pueden acceder por medio de una página de internet a un “facilitador” que traduce y oficia de intermediario entre el profesional y el paciente, resguardando la confidencialidad respectiva.⁶¹

Otro mecanismo utilizado en el mismo Consultorio dice relación con la creación de un RUT ficticio, lo que permite inscribir a las personas en el sistema y posteriormente, hacerles un seguimiento a los casos que se encuentran registrados en el establecimiento de salud con su ficha médica al día.⁶²

A medida que las sociedades receptoras experimentan un aumento de migrantes en sus comunidades, se van haciendo cada vez más multiculturales en algunos sectores, lo que claramente afecta a los servicios de salud y las capacidades que tienen los centros para atender a todas las personas. Ante esta realidad existe el deber correlativo del Estado de hacer frente a esta situación, creando las condiciones para que los migrantes puedan acceder a estos servicios sin exclusiones de ningún tipo. Al mismo tiempo, el Estado debe fomentar para todas las personas que conviven en un país, una salud de calidad, teniendo en todo momento consideración con las particularidades culturales y las necesidades de los migrantes.

3.4 Atención en salud mental para las personas migrantes

La OMS, en lo que respecta a la salud mental, ha señalado que esta resulta fundamental para el bienestar general de las personas, las familias, las sociedades y las comunidades y que, al mismo tiempo, posee un estatus igual de importante que la salud física. Según la OMS existiría una interrelación evidente entre la salud física y mental debido a que esta última estaría condicionada por una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales.⁶³

Diversos estudios acerca de las personas migrantes señalan que la migración conlleva importantes efectos en la salud mental.⁶⁴ Salir del

61 *La Tercera*: “Las recetas de los consultorios de inmigrantes”, 11 de octubre de 2014.

62 *Ibid.*

63 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo*, 2001, p. 4.

64 Claudia Bang, “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una

país de nacionalidad o residencia implica al menos una reorganización a nivel familiar, económico, social y cultural. En muchas ocasiones, las personas migrantes a su vez se ven expuestas a distintas vulneraciones –como violencia sexual y/o basada en género, discriminación, pobreza, conflictos en la integración, falta de acceso a redes de protección, entre otras– que afectan su estado de salud general y, particularmente, su estado de salud mental.

En la actualidad, prácticamente no existen programas de atención en salud mental para personas migrantes capaces de abordar la especificidad de este grupo poblacional. La actual Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) no menciona entre sus metas o estrategias programas en salud mental dirigidos particularmente a algún grupo vulnerable.⁶⁵ En este contexto, la gran mayoría de la población migrante se encuentra fuera de los programas de asistencia en salud mental, por lo que se hace necesaria, en consideración a la incidencia que tiene la migración en el equilibrio psicológico de quien la vive, incluir este tipo de atenciones en las prestaciones de salud independientemente de la situación migratoria de la persona. El respeto por las obligaciones internacionales implica tener, también, especial cuidado con las diferencias culturales y lingüísticas que existen entre el país de origen y la comunidad de acogida.⁶⁶

3.5 Falta de una política pública en materia de migración y un marco normativo acorde con los estándares internacionales

Tal como fuera señalado en el capítulo sobre el derecho de los migrantes y refugiados del *Informe 2014*, “la realidad migratoria en Chile se encuentra en un punto de no retorno. El auge económico que vive el país y sus altos estándares en materia de seguridad lo posicionan como un foco atractivo para llevar a cabo un proyecto migratorio.”

Todos los actores involucrados en esta temática están de acuerdo en que es necesario adoptar una política adecuada a la realidad migratoria del país, en línea con las medidas adoptadas por otros países de la región y respetuosa de los estándares internacionales.

Desde el segundo semestre del año 2014, el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet ha realizado encuentros con organizaciones de migrantes, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y municipalidades, con el fin de recabar información sobre el

trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, *Revista Scielo*, mayo 2014; Stella Maris Orzuza, “Políticas en Salud Mental e Interculturalidad en la Argentina”, *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2014.

65 *Informe 2013*, p. 208.

66 Margarita Becerra y Laura Altimir, “El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental”, en Ariel Riva y Delfina Lawson y otros, editores, *Los Derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Avances y Desafíos*, Santiago, ACNUR, OIM y UNICEF, 2012, p.13.

contenido que debiese tener un Proyecto de Ley sobre Migraciones. Pese a haber sido anunciada la presentación de un nuevo proyecto de ley al Congreso (o indicaciones sustitutivas al que ya existe y que fuera presentado por la administración del ex Presidente Sebastián Piñera) para el primer semestre del año 2015, a la fecha eso no ha ocurrido.

La reforma al marco normativo, y el diseño de una política pública que permita abordar todas las aristas de la migración en Chile desde un enfoque de los derechos humanos, es fundamental para poder abordar los desafíos planteados en este capítulo.

CONCLUSIONES

Se han logrado importantes avances en los últimos años, ampliando la cobertura del derecho a la salud de las personas migrantes, pero la mayoría de los logros dependen de acuerdos intersectoriales o regionales, y en algunos casos, como se ha demostrado en este informe, de la voluntad de los funcionarios públicos o la región donde se encuentren los migrantes. Esta situación sigue dejando a gran parte de la población migrante expuesta a abusos y vulneraciones de sus derechos.

Como hemos señalado, existe una serie de brechas que deben ser cubiertas en el corto plazo para dar una respuesta adecuada a la situación de este grupo poblacional. La falta de información sobre los aspectos legales que protegen a estas personas, y las obligaciones que tienen los funcionarios públicos frente a los migrantes, afecta y obstruye el acceso a la salud de dicha población.

El Estado de Chile aún se encuentra lejos de garantizar el contenido mínimo del derecho a la salud de las personas migrantes, al que se encuentra obligado en virtud de la ratificación de los tratados internacionales en esta materia. La falta de una política migratoria clara y de un marco normativo adecuado hace que las soluciones administrativas sectoriales o las iniciativas adoptadas por los municipios tengan un efecto paliativo parcial, y en consecuencia, resulten insuficientes. Por otra parte, Chile se ha quedado atrás en relación al avance que ha tenido la legislación migratoria en la región.

Por último, es necesario destacar en materia del derecho internacional de los derechos humanos, que el Estado de Chile aún no ha adherido a importantes instrumentos que se relacionan con la temática, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, de 1954, y la Convención para Reducir los Casos de Apatridia, de 1961.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se recomienda al Estado:

1. Con especial énfasis se insta al Estado de Chile a materializar la adopción de una política migratoria y una reforma al marco normativo sobre migración, incorporando en él un enfoque de derechos y garantizando explícitamente el acceso a los derechos sociales, entre ellos a la salud. El nuevo marco normativo debe ser respetuoso de los estándares internacionales y responder a la situación de los migrantes considerando el contexto chileno y regional.
2. El Estado de Chile debe ampliar la implementación del Acuerdo sobre Residencia de los Estados partes del Mercosur, Bolivia y Chile al resto de las nacionalidades que actualmente se encuentran excluidas de su aplicación.
3. Se recomienda al Estado de Chile, adherir al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, que reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental. Este protocolo se encuentra en vigencia en 17 países de la región. Chile, Venezuela, Haití y República Dominicana son los únicos cuatro países que aún no han adherido a él.⁶⁷
4. Con relación a los hijos de extranjeros transeúntes a quienes se les privó arbitrariamente de la nacionalidad chilena al momento de su nacimiento, se sugiere que el Estado adopte las medidas necesarias para difundir el nuevo criterio administrativo y la posibilidad de que esas personas puedan acceder a la rectificación de su partida de nacimiento, obteniendo de esa manera, la nacionalidad chilena.
5. Vinculado con el punto anterior, se insta al Estado a adherir a la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954 y a la Convención para Reducir los Casos de Apatridia de 1961. Chile, Venezuela, Guyana y Surinam, son los únicos países de la región que no han adherido a ninguna de las dos convenciones y que tampoco se han comprometido públicamente a hacerlo.⁶⁸
6. Se insta al Estado de Chile a materializar e implementar lo antes posible y en su totalidad el Programa de Acceso a Salud de

67 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, Información General del Tratado.

68 ACNUR, *Estados partes de las Convenciones sobre apatridia y compromisos de los Estados para adherirse a las mismas* (1 de julio de 2014).

Personas Migrantes para garantizar el derecho a la salud de ese grupo poblacional.

7. Se recomienda implementar programas de salud mental con componentes específicos para brindar atención a personas migrantes y abordar las especificidades de sus patologías.
8. Se sugiere implementar capacitaciones en habilidades interculturales para los funcionarios de los establecimientos de salud con el fin de poder brindar un servicio de calidad y respetuoso de las diferencias culturales de las personas que acceden a él.
9. Con respecto a la necesidad de un flujo de información constante, se recomienda al Estado de Chile generar canales de comunicación eficientes con las comunidades de migrantes y con los establecimientos de salud, de modo de poder transmitir derechos y obligaciones, evitando de esta forma situaciones de discriminación generadas por el desconocimiento de las directrices administrativas y otros factores que inciden en actos discriminatorios hacia las personas migrantes.