

Enfoque de derechos humanos en la respuesta a salud y migración en Chile: revisión documental

Josette Iribarne-Wiff, M en SP, Ing Comer,^(1,2) Macarena Chepo-Chepo, M en SP, D en SP,⁽³⁾ Ainhoa Ruiz-Azarola, L en F y L, D en CS.^(4,5)

Iribarne-Wiff J, Chepo-Chepo M, Ruiz-Azarola A.
Enfoque de derechos humanos en la respuesta a salud y migración en Chile: revisión documental.
Salud Pública Mex. 2024;66:198-205.
<https://doi.org/10.21149/14869>

Resumen

Objetivo. Analizar el reconocimiento de derechos a la salud de las personas migrantes en Chile en el marco normativo de salud. **Material y métodos.** Estudio de metodología mixta secuencial. La fase cualitativa incluyó un análisis documental de 37 instrumentos publicados hasta el año 2021 sobre acciones de salud dirigidas a población migrante. Mediante el análisis de contenido, se identificaron elementos específicos del enfoque de derechos. La fase cuantitativa incluyó el análisis descriptivo de egresos hospitalarios, seguro de salud y problema de salud en los últimos tres meses. Los datos fueron obtenidos de bases de datos de acceso público. **Resultados.** Chile ha desarrollado progresivamente la implementación del derecho a la salud de las personas migrantes. A su vez, existe una reducción de brechas en los tres indicadores: sin seguro de salud (15.8% 2017 vs. 10.9% 2020), egresos hospitalarios sin seguro de salud (25.5% 2014 vs. 6.6% 2021) y no haber recibido atención médica ante un problema de salud percibido en los últimos tres meses (11.8% 2015 vs. 8.6% 2020). **Conclusión.** Si bien Chile se muestra como un ejemplo de avance progresivo en la implementación del derecho a la salud de las personas migrantes, persisten elementos pendientes en materia de inclusión efectiva.

Palabras clave: derechos humanos; equidad en salud; migrantes; política de salud

Iribarne-Wiff J, Chepo-Chepo M, Ruiz-Azarola A.
Human rights approach in the response to health and migration in Chile: documentary review.
Salud Pública Mex. 2024;66:198-205.
<https://doi.org/10.21149/14869>

Abstract

Objective. To analyse the recognition of the health rights of migrants in Chile in the health regulatory framework. **Materials and methods.** A sequential mixed methodology study. The qualitative phase included a documentary analysis of 37 instruments published up to the year 2021, on health actions aimed at the migrant population. Through content analysis, specific elements of the rights-based approach were identified. The quantitative phase included a descriptive analysis of hospital discharges, health insurance and health problems in the last three months. Data were obtained from publicly available databases. **Results.** Chile has progressively developed the implementation of the right to health for migrants. In turn, there is a reduction of gaps in the three indicators: no health insurance (15.8% 2017 vs. 10.9% 2020), hospital admissions without health insurance (25.5% 2014 vs. 6.6% 2020) and not having received medical care for a perceived health problem in the last three months (11.8% 2015 vs. 8.6% 2020). **Conclusion.** Although Chile is an example of progressive advance in the implementation of the right to health for migrants, there are still pending elements in terms of effective inclusion.

Keywords: human rights; health equity; migrants; health policy

- (1) Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública. España.
- (2) Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, Chile.
- (3) Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile, Chile.
- (4) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
- (5) Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. Granada, España.

Fecha de recibido: 30 de marzo de 2023 • **Fecha de aceptado:** 20 de septiembre de 2023 • **Publicado en línea:** 12 de diciembre de 2023

Autora de correspondencia: Macarena Chepo. República 217, CP 8370146, Santiago de Chile, Chile.

Correo electrónico: paz.chepo@unab.cl

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (PIDESC)¹ protege el derecho a la salud de las personas migrantes y diversas organizaciones internacionales han impulsado instrumentos específicos para salvaguardar sus derechos.² A pesar de estos esfuerzos, todavía existen desafíos en el acceso a servicios de salud, especialmente de aquellas personas en situación migratoria irregular, quienes han sido objeto de cuestionamientos respecto a su legitimidad como sujetos de derecho.^{3,4}

La complejidad de esta problemática se origina en factores estructurales (políticos, sociales y culturales) que ponen a las personas migrantes en una posición de desprotección y vulneración de sus derechos. La pandemia de Covid-19 agravó esta situación debido a la implementación de medidas de control más estrictas,⁵ aumento de actitudes xenófobas⁶ y restricciones en el acceso a la atención sanitaria.⁷ Además, en contextos de crisis sanitarias, resurge el enfoque de securitización, que considera a las personas migrantes como una potencial amenaza a la seguridad del país.⁸

El enfoque de derechos humanos (DDHH) aplicado en las políticas públicas ha demostrado ser una estrategia efectiva para proteger a grupos vulnerables y mejorar el acceso y uso de servicios de salud.⁹ A diferencia de enfoques centrados exclusivamente en aspectos biológicos y factores de riesgo, este enfoque promueve una aproximación integral basada en mecanismos de participación.¹⁰

Este enfoque se sustenta en un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales y se fundamenta en el reconocimiento y protección de los derechos de todas las personas, dotándolas de poder y considerándolas titulares de derechos que deben ser garantizados por el Estado, en lugar de ser simplemente receptores de asistencia.¹¹ Asimismo, el enfoque de DDHH establece estándares mínimos para el ejercicio del derecho a la salud,¹² lo que implica que dichos derechos son exigibles para el Estado.⁹ Su contribución a mejorar la salud se ha demostrado en derechos sexuales y reproductivos, infancia y VIH/Sida.^{12,13} A pesar de los valiosos aportes, el enfoque de DDHH ha sido desplazado por el enfoque biomédico¹⁴ y no ha logrado generar avances concretos en la garantía del derecho a la salud.¹⁵

En la última década, Chile ha experimentado un significativo aumento en su población migrante internacional, al pasar de 0.8% en 1996 a 8% en 2021,¹⁶ donde Venezuela (30.7%), Perú (16.3%) y Haití (12.5%) son los colectivos principales. Durante este periodo, la antigua Ley de Extranjería de 1975,¹⁷ establecida durante la dictadura cívico-militar con un enfoque de seguridad nacional, era incapaz de abordar los desafíos derivados de la nueva realidad migratoria y los compromisos inter-

nacionales del país en materia de migración y DDHH.¹⁸ En 2021 se promulgó la nueva Ley de Migración,¹⁹ pero ésta fue objeto de cuestionamientos por la falta de prioridad en la integración de las personas migrantes y contradicciones en su articulado.²⁰

Para el sector salud, este cambio demográfico ha presentado un desafío en términos de respuesta a las demandas sanitarias de la población migrante. En 2017, tras diversas iniciativas con participación social,²¹ se promulgó la Política de Salud de Migrantes Internacionales,²² la cual garantiza el derecho a la salud de este grupo.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el reconocimiento del derecho a la salud de las personas migrantes en el marco normativo y programático de Chile hasta 2021, considerando indicadores estructurales y de proceso de DDHH. Como objetivo secundario, se examinará cómo este enfoque ha influido en resultados en salud y se evalúan indicadores de proceso (acceso y uso de servicios de salud), incluyendo su capacidad de protección durante la pandemia de Covid-19.

Material y métodos

Se utilizó un método mixto secuencial, combinando datos cualitativos y cuantitativos en tres fases:

Primera fase: Entre febrero y marzo de 2023 se realizó una búsqueda de documentos en el sitio web del Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Se incluyeron normas técnicas, políticas, orientaciones técnicas y comunicaciones oficiales que incluyeran las palabras "migrante", "extranjero" o "refugiado" y que describieran lineamientos relacionados con actividades de salud. Mediante una solicitud a Transparencia de la Información, se obtuvieron documentos públicos como resoluciones, circulares, comunicaciones oficiales y orientaciones técnicas, excluyendo aquellos referentes a la creación de equipos de trabajo, asignación presupuestaria o estudios encargados por el Minsal.

Segunda fase: A partir de los 37 documentos obtenidos en la fase anterior, se recopiló la siguiente información: título, tipo de documento, tipo de indicador, organismo emisor, año, área temática, tipo de enfoque (centrado en el control epidemiológico o en DDHH), inclusión según categoría migrante (universal o grupo específico) y el contexto normativo superior vigente durante su publicación, el cual resulta relevante en el desarrollo de políticas.^{17,19,23}

El análisis de contenido sobre la trayectoria de inclusión del derecho a la salud se basó en recomendaciones e instrumentos de Naciones Unidas.^{24,25} Se eligieron seis atributos para el ejercicio efectivo del derecho:

accesibilidad financiera, accesibilidad de información, pertinencia cultural o aceptabilidad, participación ciudadana, no discriminación y registro o monitoreo (cuadro I).

En cada documento se identificó la presencia o ausencia de los atributos previamente definidos. Se consideró que un atributo estaba presente cuando se describían acciones específicas dirigidas a su desarrollo. Además, se analizó la existencia de contradicciones, es decir, situaciones en las que se encontraban acciones o medidas que simultáneamente favorecían y restringían el derecho a la salud de personas migrantes.

Tercera fase: Con el objetivo de examinar cómo el enfoque de DDHH ha contribuido a resultados en salud, se analizaron tres indicadores de proceso:

1. Egresos hospitalarios sin seguro de salud. Se utilizaron estadísticas de egresos hospitalarios (hospitalizaciones) correspondientes a los años 2014 a 2021. Estos datos son de acceso público. Se estimó la proporción de egresos hospitalarios de manera desagregada según nacionalidad (siendo “migrante” quien registra una nacionalidad distinta a la chilena).

Cuadro I
DEFINICIONES USADAS EN EL ESTUDIO SOBRE INDICADORES Y ATRIBUTOS DE DDHH

<i>Indicador o atributo</i>	<i>Descripción</i>
Estructural (indicador)	Los indicadores estructurales ayudan a captar la aceptación, la intención y el compromiso del Estado para aplicar medidas conformes con sus obligaciones de derechos humanos. Como ratificación de tratados internacionales o implementación de cobertura de algún derecho. Habitualmente indagan la existencia o no existencia de la medida como ratificación de convenios internacionales, leyes, normas y políticas. Adicionalmente, incluye la creación de institucionalidad ad hoc, como oficinas, departamentos, entre otros.
Estructural de orden menor (indicador)	Corresponden a mecanismos o instrucciones institucionales básicas necesarios para facilitar la realización de un derecho humano específico. Incluye instrumentos jurídicos de orden menor, como comunicaciones oficiales respecto alguna cobertura específica.
Proceso (indicador)	Se refiere a los esfuerzos permanentes de un Estado para la realización de determinado derecho humano. Corresponden a acciones concretas, susceptibles de vigilar y medir para evaluar el alcance de los esfuerzos para la implementación del compromiso adquirido, ya sea una norma o política. Por ejemplo, desarrollo de programas públicos, asignaciones presupuestarias, denuncias recibidas y reparadas, cobertura de programas o servicios sociales.
Resultado (indicador)	Los indicadores evalúan la situación concreta de realización del derecho. Corresponde al impacto de las medidas tomadas por el Estado, son medibles y de lento cambio. Por ejemplo, mortalidad infantil, porcentaje de alfabetización, entre otras.
Accesibilidad financiera (atributo)	Las medidas tienen como objetivo asegurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance de todos. Para lograrlo, los pagos por servicios de atención de la salud deberán basarse en el principio de la equidad. La equidad en este contexto significa que los servicios deben estar al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos, y que los costos no deben recaer de manera desproporcionada en los hogares más pobres en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
Accesibilidad a la información (atributo)	Estas acciones buscan garantizar el acceso a información e ideas relacionadas con la salud; se incluye el sistema de salud, servicios y atenciones. La información proporcionada permite que la población ejerza sus derechos de manera efectiva. Para lograrlo, es fundamental que la información esté disponible, sea accesible y comprensible para todas las personas.
Aceptabilidad o pertinencia cultural (atributo)	Contar con establecimientos, bienes y servicios de salud que sean respetuosos de los principios de ética médica y sean culturalmente apropiados. Esto implica el respeto a la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. Estos servicios deben estar diseñados para garantizar la confidencialidad y, a su vez, mejorar el estado de salud de las personas a quienes van dirigidos.
Participación ciudadana (atributo)	Acciones dirigidas a mejorar y fomentar la participación de la población en la prestación de servicios de salud preventivos y curativos, así como en el desarrollo de políticas relativas al derecho a la salud. Estas acciones buscan involucrar activamente a la población en la toma de decisiones sobre su propia salud y en el diseño de políticas y programas que afecten su bienestar.
No discriminación (atributo)	Acciones con el objetivo de hacer accesibles los establecimientos, bienes y servicios de salud, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población. Estas acciones tienen como principio fundamental la no discriminación alguna por ningún motivo prohibido como sexo, idioma, religión, opinión política, condición migratoria, posición social, situación económica, lugar de nacimiento, discapacidad, estado de salud, pertenencia a pueblos indígenas, orientación sexual, situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.
Registro o monitoreo (atributo)	Medidas para promover e incluir datos desagregados de información en registros administrativos o investigaciones, considerando un desglose de la información por motivos de discriminación prohibidos, como sexo, discapacidad, pertenencia a pueblos indígenas, país de origen u otros. Esta acción se presenta como una herramienta esencial para medir y evaluar el progreso en el cumplimiento de los DDHH de las personas. El uso del registro desagregado de información permite diseñar, adaptar, aplicar y vigilar medidas dirigidas a impulsar estos derechos y a detectar problemas como la discriminación directa o indirecta.

DDHH: Derechos humanos.

Fuente: Elaboración propia a partir de recomendaciones de Naciones Unidas, descritas en la “Guía para la medición y la aplicación de Indicadores de DDHH”²⁴ y la Observación General N.º14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”²⁵

2. Acceso y uso de servicios de salud. Se utilizó información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen)²⁶ de los años 2015, 2017 y 2020. La Casen es el instrumento oficial de Chile para medir la pobreza y cobertura de programas sociales y cuenta con representatividad nacional y regional (urbana y rural). Los datos son de acceso público.
3. Se calculó la proporción de personas que, al responder a la pregunta ¿A qué sistema previsional de salud (seguro) pertenece usted?, respondieron “ninguno”. Además, se calculó la proporción de personas que manifestaron no haber recibido ningún tipo de atención médica ante un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses, tanto para chilenos como migrantes. Para el análisis se utilizaron factores de expansión, aceptando un intervalo de confianza al 95% (IC95%), empleando el software Stata 14.

Resultados

El cuadro suplementario²⁷ muestra el listado completo de los 37 documentos seleccionados para el análisis. De acuerdo con los indicadores, dos documentos fueron clasificados a nivel estructural superior (1 decreto y 1 política). Además, se identificaron 11 documentos clasificados a nivel estructural de orden medio y 19 documentos como indicadores de proceso, que incluían programas de salud, orientaciones técnicas, planes y estrategias. Por otro lado, en seis documentos no se evidenció la presencia de atributos del enfoque de DDHH.

Respecto a los documentos que contenían atributos (n= 31), los más frecuentes fueron la accesibilidad financiera (n= 31), la no discriminación (n= 22) y aceptabilidad/pertinencia cultural (n= 17). Esto refleja un avance en el reconocimiento, puesto que garantizar el derecho a la atención de salud va más allá del simple aseguramiento. Los atributos menos presentes fueron participación (n= 13) y capacitación y monitoreo/registro, ambos presentes en 12 documentos.

A continuación se presentan tres temas relevantes identificados en el análisis de contenido:

i) Avance progresivo de la inclusión del enfoque de derechos
 Se ha observado un avance progresivo en la incorporación del enfoque de derechos de las personas migrantes en el sistema de salud chileno, con dos etapas identificadas bien definidas. La primera etapa, iniciada en 2003 bajo un contexto migratorio enfocado en la seguridad (Ley de Migración de 1975),¹⁷ implementó medidas para proteger financieramente a grupos específicos como niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas,

mediante la regularización migratoria. Esta etapa finalizó en 2008 con una mayor apertura de acceso a otras prestaciones de salud, como atención de urgencia y la provisión de bienes públicos como las vacunas. Estas últimas medidas fueron establecidas en el marco del Instructivo Presidencial N.º 9 del año 2008, que plantea lineamientos de política migratoria con una perspectiva de inclusión social y enfoque de derechos.²³

La segunda etapa, iniciada en 2015, consolidó al país como receptor de personas migrantes, lo que originó una respuesta sanitaria explícita para esta población, impulsada por el Instructivo Presidencial N.º 5 de 2015, la cual destacaba la aplicación de los estándares de DDHH presentes en los instrumentos ratificados por Chile.

Durante esta etapa se lograron avances significativos en el reconocimiento del derecho a la salud de personas migrantes. Esta etapa profundiza en el enfoque de DDHH e incorpora elementos como la accesibilidad a la información, estrategias interculturales, participación ciudadana e inclusión de las variables migratorias en los sistemas de información, entre otros. Se adoptaron medidas estructurales y sostenibles, como la promulgación del Decreto 67, el cual reconoció por primera vez a las personas migrantes en situación irregular como sujetos de derechos y les permitió acceder gratuitamente a todas las prestaciones de salud del sistema público en iguales condiciones que los nacionales. El 2017, se publicó la Política de Salud de Migrantes, con enfoque de DDHH, la cual proporcionó lineamientos estratégicos a todo el Sistema de Salud, incluyendo la adecuación del marco normativo, acciones contra la xenofobia, orientaciones para favorecer la accesibilidad, aceptabilidad, registro y monitoreo, intersectorialidad, entre otros.

Por otro lado, el análisis de contenido revela cómo el lenguaje utilizado en los documentos evoluciona con el tiempo. Se puede observar cómo el Estado ha ido adoptando un enfoque basado en DDHH, asumiendo la responsabilidad de abordar la discriminación y las barreras de acceso en el ámbito de salud. En la segunda etapa se observa que los instrumentos de Derechos Humanos ratificados por Chile son considerados como obligaciones que deben ser cumplidas. Esto se refleja en el reconocimiento de la necesidad de garantizar el derecho a la atención de salud que va más allá del simple aseguramiento. En este sentido, se consideran otros elementos esenciales como la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de salud.

La segunda etapa culminó en 2021 con la promulgación de la Ley de Migraciones y Extranjería,¹⁹ que estableció un enfoque de DDHH de promoción, respeto y no discriminación en el acceso a la salud para los ex-

tranjeros residentes y en situación migratoria irregular, ratificando las medidas adoptadas por el Minsal.

ii) Focalización de los programas

En cuanto a los programas de salud, inicialmente éstos se enfocaron en abordar la presencia de enfermedades transmisibles en personas migrantes como “grupo de riesgo”. Sin embargo, han evolucionado hacia una incipiente transversalización de la temática de migración y salud, siguiendo los lineamientos de la Política de Salud de Migrantes. Esta evolución ha incorporado medidas que abordan aspectos más amplios y relevantes, como la pertinencia cultural, el trabajo con dirigentes sociales y la difusión de información, trascendiendo la noción de riesgo y seguridad y considerando aspectos sociales como la estigmatización y las condiciones de vida.

iii) Covid-19 y acceso a servicios de salud

En relación con la pandemia de Covid-19, el marco normativo ya garantizaba el derecho a la salud de las personas migrantes, permitiéndoles acceder a diagnóstico, hospitalización y aislamiento en igualdad de condiciones que los nacionales, garantías reforzadas mediante la emisión de orientaciones técnicas emanadas durante ese periodo. Sin embargo, durante el proceso de vacunación se observaron contradicciones y restricciones en el acceso a las vacunas para personas migrantes en situación irregular,²⁸ en el marco de declaraciones con enfoques de seguridad emitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Aunque posteriormente se rectificó esta medida, persistieron brechas de acceso en el servicio.²⁹

En relación con lo anterior, es relevante destacar la comunicación oficial emitida por el Minsal al Ministerio del Interior durante 2021; se informó sobre la normativa vigente en salud para la población migrante y se enfatizó en la importancia de salvaguardar la privacidad de la información relacionada con la atención de salud, incluyendo aspectos migratorios. Asimismo, se recordó la orientación de la Comisión Interamericana de DDHH a los países, instándolos a abstenerse de implementar medidas que obstaculicen, intimiden o desestimulen el acceso de personas en movilidad humana a los programas, servicios y políticas de respuesta y atención ante la pandemia, evitando acciones de control migratorio en las cercanías de los establecimientos de salud.

A continuación, se presentan los indicadores de proceso seleccionados para analizar cómo el enfoque de DDHH ha contribuido en los resultados en salud:

Personas sin seguro de salud (figura 1): durante el periodo estudiado se observa una brecha permanente entre la

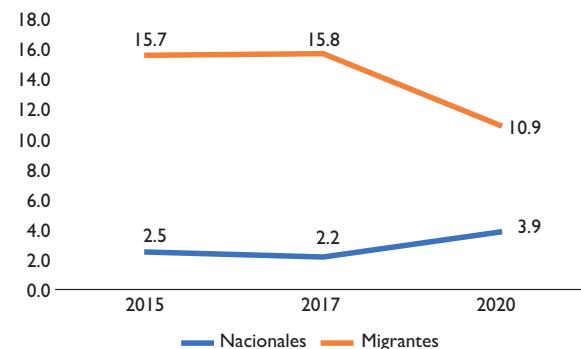


FIGURA I. PROPORCIÓN DE PERSONAS MIGRANTES Y NACIONALES SIN SEGURO DE SALUD, DURANTE 2015-2020. CHILE

proporción de migrantes y chilenos que carecen de seguro de salud, situación que es más desfavorable para personas migrantes. No obstante, también es importante destacar que las medidas implementadas han contribuido a reducir esta disparidad con el tiempo. En 2015, la proporción de personas migrantes sin seguro era hasta seis veces mayor que la de personas chilenas en la misma condición. Sin embargo, para el año 2020 esta diferencia se redujo a 2.8 veces.

Uso de servicios (figura 2): a lo largo del periodo estudiado, las personas migrantes informaron con mayor frecuencia no recibir atención de salud en comparación con las personas chilenas. No obstante, es relevante destacar que esta brecha también se redujo con el tiempo. En 2015 existía una diferencia de cinco puntos porcentuales entre la proporción de personas migrantes (11.8%) y chilenas (6.8) que no recibían atención de salud. Para 2020, esta diferencia se redujo a sólo 1.1 puntos porcentuales, con 8.6% de población migrante y 7.5% de población chilena que reporta no haber recibido atención médica.

Hospitalización sin seguro de salud (figura 3): durante el periodo estudiado se observa una brecha persistente entre la población chilena y migrante en cuanto a hospitalización sin seguro de salud. Ahora bien, esta brecha también se ha reducido, pues pasó de 25.5% en 2014 a 6.6% en 2021. Es decir, aunque aún persiste una diferencia, se ha producido una mejora considerable en la protección financiera para las personas migrantes.

Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue analizar el reconocimiento de los derechos a la salud de las personas migrantes en la normativa de salud de Chile en

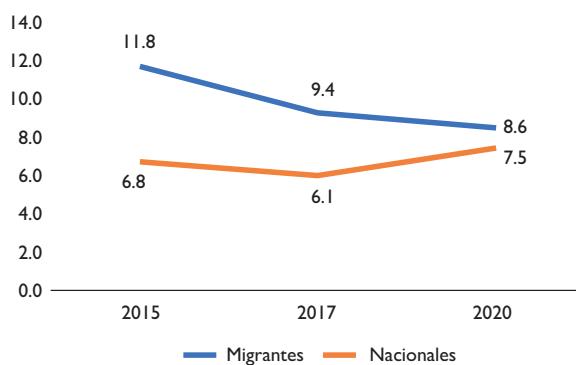


FIGURA 2. PROPORCIÓN DE PERSONAS MIGRANTES Y CHILENAS SIN ATENCIÓN MÉDICA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, DURANTE 2015-2020. CHILE

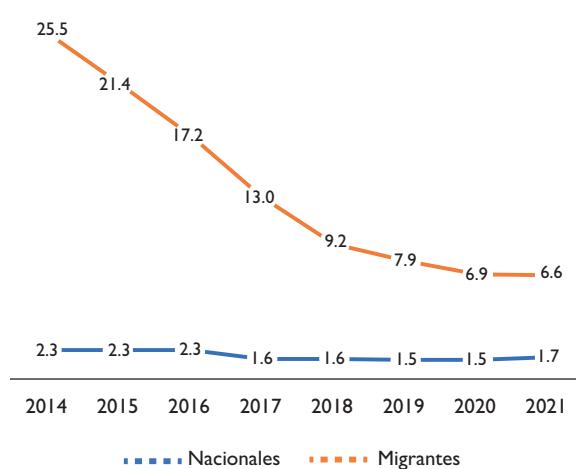


FIGURA 3. PROPORCIÓN DE HOSPITALIZACIONES SIN SEGURO DE SALUD PARA PERSONAS MIGRANTES Y CHILENAS, DURANTE 2014-2021. CHILE

los últimos 20 años. Los hallazgos muestran un avance progresivo en la implementación del derecho a la salud de este grupo, asociado con un contexto normativo mayor con enfoque de DDHH, lo que contribuyó a dar respuesta a sus necesidades de salud, incluso durante la pandemia.

Un aspecto interesante a explorar es el impacto que tuvo la promulgación del Decreto 67 en el resto del marco normativo migratorio. Según Thayer-Correa,³⁰ este instrumento ha sido uno de los más significativos en el reconocimiento de derechos, dado que se asegura el derecho a la salud en todas las categorías de irregularidad migratoria, incluyendo ingresos clandestinos. Esto, junto con otras medidas, presionó la discusión de un marco normativo superior, la Ley de 1975, puesto

que sitúa a este alcance del derecho a la salud como un estándar mínimo a cumplir para futuros marcos regulatorios y se reconoce como una obligación de no regresividad, cumpliendo con el principio que establece el PIDESC, es decir, una vez otorgado un derecho, no puede revertirse.³¹

Sin embargo, durante el periodo de pandemia existió un retroceso en la cobertura de vacunación al supeditarla a categorías migratorias. Esto generó cuestionamientos sobre los límites de la rectoría sanitaria tensiones reflejadas en la opinión pública.³² Esta situación plantea dudas sobre la primacía del enfoque de securitización, el cual hasta la fecha había convivido con el enfoque de DDHH en el aspecto social.^{4,33} El avance del discurso securitista puede ser un riesgo, ya que los contextos legales tienen implicancia en los resultados de salud. Marcos normativos restrictivos respecto a derechos sociales o la criminalización de la migración impactan en el bienestar de las personas migrantes³⁴ y, como ha ocurrido en otros países, pueden limitar el acceso a atención sanitaria a pesar del principio de no regresividad.^{4,35} Es importante observar la implementación de la nueva Ley de Migraciones en Chile y su impacto en la salud de las personas.

Aunque se han observado progresos reflejados en los indicadores, aún se describen en la literatura científica importantes barreras de acceso y uso de servicios para personas migrantes.³⁶ Estas barreras incluyen la discrecionalidad en la aplicación de normativas, discriminación y estigmatización, falta de pertinencia cultural, entre otros. Es fundamental que la implementación de la Política de Salud Migrante fortalezca mecanismos permanentes de evaluación del ejercicio del derecho, incluyendo indicadores como denuncias judiciales, asignación presupuestaria, resolución de reclamos e indicadores de resultados de salud, y fomentar la rendición de cuentas en colaboración con la sociedad civil. Además, se requiere una capacitación continua para equipos de salud en ámbitos de interculturalidad y salud.

Esta investigación presenta algunas limitaciones. Se excluyeron campañas comunicacionales, reclamos, asignación presupuestaria y creación de institucionalidad, lo que limitó un análisis más profundo. Además, no se incluyeron otros aspectos del derecho a la salud, como acceso a agua y vivienda digna. Finalmente, el análisis de la Encuesta Casen podría subestimar el tamaño poblacional debido a entradas y salidas no registradas oficialmente.

Conclusiones

Chile ha avanzado en la incorporación del enfoque de DDHH en sus políticas y normativas de salud para

personas migrantes, a pesar de las contradicciones y retrocesos. Estos avances reflejan el compromiso del país con el derecho a la salud de esta población. Lamentablemente, persisten brechas en el acceso a servicios de salud que deben abordarse.

Para lograr una implementación efectiva de estas medidas, se recomienda adoptar un enfoque transversal de DDHH en todas las políticas y programas relacionados con la salud de personas migrantes en Chile. Esto implica establecer mecanismos permanentes de monitoreo y evaluación del ejercicio de este derecho, con la activa participación de personas migrantes y personal de salud. Para alcanzar este objetivo, es fundamental incluir de manera explícita el reconocimiento del derecho a la salud de todas las personas migrantes en todas las políticas, considerando sus necesidades particulares desde una mirada intersectorial. Esto requerirá ajustes en las normativas y directrices programáticas y que se incorporen los atributos que garanticen el ejercicio efectivo del derecho. Asimismo, es esencial involucrar a las personas migrantes en todas las etapas del proceso, desde la formulación de políticas hasta la resolución de reclamos o vulneraciones de manera oportuna y adecuada.

Aunque se ha exhortado a los países a garantizar los derechos de salud de personas migrantes, los avances concretos son aún limitados, lo que subraya la urgencia de tomar medidas efectivas que cumplan la promesa de no dejar a nadie atrás. La incorporación del enfoque de DDHH en las normativas y programas en Chile parece ser un camino hacia el ejercicio efectivo del derecho de salud.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: ONU, 1966:1-10 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. 61.³ Asamblea mundial de la salud punto 11.9 del orden del día provisional. Salud de los migrantes: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2008:1-6 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-sp.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD55.R13. Washington DC: OPS, 2016:1-3. Disponible en: https://www.saludymigracion.org/system/files/repositorio/cd55.r13_-_esp.pdf
4. Chimienti M, Solomos J. How do international human rights influence national healthcare provisions for irregular migrants?: A case study in France and the United Kingdom. *J Hum Rights.* 2016;15(2):208-28. <https://doi.org/10.1080/14754835.2015.1032225>
5. Sekalala S, Forman L, Habibi R, Meier BM. Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response. *BMJ Glob Heal.* 2020;5(9):1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjh-2020-003359>
6. Freier LF, Vera-Espinoza M. COVID-19 and immigrants' increased exclusion: the politics of immigrant integration in Chile and Peru. *Front Hum Dyn.* 2021;3. <https://doi.org/10.3389/fhmd.2021.606871>
7. Rodríguez-García-deCortázar A, Leralta-Piñán O, Jiménez-Pernett J, Ruiz-Azarola A. COVID-19 en migrantes y minorías étnicas. *Gac Sanit.* 2021;35(5):499-501. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.002>
8. Ventura D. Mobilidade humana e saúde global. *Rev USP.* 2015;(107):55. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64>
9. Gruskin S, Ahmed S, Bogecko D, Ferguson L, Hanefeld J, MacCarthy S, et al. Human rights in health systems frameworks: What is there, what is missing and why does it matter? *Glob Public Health.* 2012;7(4):337-51. <http://doi.org/10.1080/17441692.2011.651733>
10. Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit.* 2008;22(3):280-6 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n3/politicas.pdf>
11. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Santiago de Chile: Cepal, 2006;88(1):35-50 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11102/088035050_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, MacGoey L, Songane F, et al. Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights. Geneva: WHO, 2013:1-140 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84203/9789241505420_eng.pdf;jsessionid=2875777B9E0DD05D81F8111B98A6304?sequence=1
13. Ferguson L. Health justice in the context of health and human rights. *Am J Public Health.* 2023;113(2):182-4. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307184>
14. Parker R, Murray L. Introduction: Human rights and global health special issue. *Glob Public Health.* 2022;17(1):3090-7. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2135752>
15. Gruskin S, Zacharias K, Jardell W, Ferguson L, Khosla R. Inclusion of human rights in sexual and reproductive health programming: Facilitators and barriers to implementation. *Glob Public Health.* 2021;16(10):1559-75. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1828986>
16. Instituto Nacional de Estadísticas. Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2021. Desagregación nacional, regional y principales comunas. Chile: INE, 2022 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migracion-internacional/estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-2018/estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-2021-resultados.pdf?sfvrsn=d4fd5706_6
17. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Decreto Ley 1094. Establece normas sobre extranjeros en Chile. Chile: BCN, 1975 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=6483&idVersion=2011-04-08&buscar=1094>
18. Naciones Unidas. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Ginebra: Naciones Unidas, 1990 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>
19. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley 21325. Ley de Migración y Extranjería. Chile: BCN, 2021 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://bcn.cl/2oqcl>
20. Thayer LE. Nueva ley de migraciones: por qué precariza el trabajo y la residencia de los migrantes y puede promover más ingresos clandestinos. Santiago de Chile: CIPER-Chile, 2021 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2021/04/27/nueva-ley-de-migraciones-por-que-precariza-el-trabajo-y-la-residencia-de-los-migrantes-y-puede-promover-mas-ingresos-clandestinos/>

21. Wiff-Iribarne J, Fernández-Benítez A, Pezoa-González M, Padilla C, Chepo M, Leyva-Flores R. Política de salud de migrantes internacionales en Chile, 2014-2017. *International Development Policy*. 2022;14). <https://doi.org/10.4000/poldev.5090>
22. Ministerio de Salud. Aprueba Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Santiago, Chile: Minsal, 2017 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Res-Exenta-1308-2017-Politica-de-Salud-de-Migrantes-Internacionales.pdf>
23. Gobierno de Chile. Instructivo Presidencial N° 9 del 2008. Chile: Gobierno de Chile, 2015:1-8 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://migrantes.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/88/2017/04/6-Instructivo-Presidencial-Migracio%CC%81n.pdf>
24. Naciones Unidas. Indicadores de Derechos Humanos: Guía para la medición y la aplicación. Naciones Unidas, 2012, 1-200 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf
25. Naciones Unidas. Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: Naciones Unidas, 2000:1-21 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: https://www.refworld.org.es/publicaciones/CESCR/GENERAL_47ebcc492_0.html
26. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta Casen. Chile 2020 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriode-sarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>
27. Iribarne-Wiff MJ, Chepo M, Ruiz-Azarola A. Material Suplementario. Figshare, 2023. <https://doi.org/10.6084/M9.FIGSHARE.24542695>
28. Del Castillo B. Las trabas de los migrantes para acceder a la vacuna contra el Covid-19. La Tercera, 2021 [citado mayo 19, 2021]. Disponible en: <https://www.latercera.com/la-tercera-sabado/noticia/las-trabas-de-los-migrantes-para-acceder-a-la-vacuna-contra-el-covid-19/VJPQ07WZFRE-3TEPHTQIOMS6MIQ/>
29. Perez-Brumer A, Hill D, Andrade-Romo Z, Solari K, Adams E, Logie C, et al. Vaccines for all? A rapid scoping review of COVID-19 vaccine access for Venezuelan migrants in Latin America. *J Migr Heal*. 2021;4:100072 [citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666623521000398>
30. Thayer-Corra LE. Puertas cerradas y huellas abiertas: migración irregular, trayectorias precarias y políticas restrictivas en Chile. *Migr Inter*. 2021;12. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2270>
31. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley N° 21.325 Ley de Migración y Extranjería. Chile: BCN, 2021 [citado mayo 19, 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadaley/nc/historia-de-la-ley/7856/>
32. Diario UChile. Minsal aclara universalidad de la vacuna ante denuncias de discriminación a migrantes. Santiago de Chile: Salud, 2021 [citado mayo 19, 2021]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2021/05/31/minsal-aclara-universalidad-de-la-vacuna-ante-denuncias-de-discriminacion-a-migrantes/>
33. Stefon C, Cabieses B, Blukacz A. Migraciones y COVID-19: Cuando el discurso securista amenaza el derecho a la salud. *Simbiótica Rev Eletrônica*. 2021;8(2):38-66. <https://doi.org/10.47456/simbitica.v8i2.36378>
34. Juárez SP, Honkanemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV, et al. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(4):e420-35. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6)
35. La Spina E. Categorías de exclusión en el acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes en Canadá: una perspectiva comparada. *Rev Derecho Político*. 2019;(105):197-224. <https://doi.org/10.5944/rdp.105.2019.25271>
36. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile: Universidad del Desarrollo, 2017:520 [citado mayo 19, 2021]. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf