



SALUD DE PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES
SERIE DE REPORTES
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

SÍNTESIS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA
INTERNACIONAL PARTE 5

**Buenas prácticas para el diseño,
implementación y evaluación de programas y
políticas para personas migrantes
internacionales: literatura gris regional**

Febrero del 2018

Este documento está tomado del informe final del estudio original:

***SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO NACIONAL DE SALUD DE
MIGRANTES INTERNACIONALES***

Licitación 757-13-LE17
Ministerio de Salud de Chile

Santiago, 28 de febrero del 2018

Comité Técnico Licitación, Ministerio de Salud de Chile y Superintendencia de Salud:

Josette Iribarne
Andrea Fernández
Violeta Rojas
Claudia Padilla
Marcela Pezoa
Viviana Reyes

El comité técnico agradece el trabajo de los siguientes expertos que participaron directamente de la elaboración de esta sección del informe, del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina Universidad del Desarrollo, y de la Organización Internacional para las Migraciones:

Báltica Cabieses, PhD
Daniel Larenas, MSc
Sofía Astorga, MSc
Margarita Bernales, PhD
Alex Alarcón, PhD
Félix Martínez, MSc(c)

DESCRIPCIÓN GENERAL

Esta revisión de literatura responde al primer objetivo específico de la propuesta de licitación pública 757-13-LE17 Estudio de Sistematización y Evaluación de Piloto de Salud de Inmigrantes, del Ministerio de Salud de Chile. Este objetivo específico corresponde a realizar una revisión y análisis de la experiencia internacional sobre:

- a.1) Buenas prácticas de atención en salud que apoyen el diseño, implementación y evaluación de políticas para personas migrantes internacionales.
- a.2) Evidencia del impacto o relación entre migración y estado de salud.
- a.3) Metodologías de sistematización de intervenciones en salud pública y promoción de salud con énfasis en población migrante e interculturalidad.
- a.4) Fuentes de información a nivel nacional entre lo disponible y lo requerido, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de la metodología propuesta de sistematización y evaluación.

Foco de la revisión

El foco fue evaluación de impacto de intervenciones o políticas en la salud de migrantes internacionales, con foco en pilares conceptuales: derechos humanos, proceso de migrar, determinación social de la salud, multiculturalidad, interculturalidad; a partir de literatura gris de la región de Latinoamérica.

Etapas de la revisión de literatura científica

A continuación, se detallan las etapas de esta revisión:

En esta etapa de búsqueda de literatura gris se realizó búsqueda dirigida a páginas Web oficiales de gobiernos por medio de la plataforma Google. El foco especial de esta búsqueda fue referido a reportes ministeriales o gubernamentales que informaran de políticas o programas de salud para migrantes internacionales.

Se realizó una búsqueda de literatura gris acerca de las iniciativas de abordaje de la problemática de acceso a servicios de salud llevadas a cabo por el gobierno central en países de América Central y América del Sur. La búsqueda se enfocó en ocho países de América Central, concretamente Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá; y nueve países de América del Sur, específicamente Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

El proceso inicial de búsqueda de literatura se llevó a cabo mediante el motor de búsqueda Google. Para ingresar a este, se utilizaron las extensiones de los dominios locales, de acuerdo a cada país, para obtener mejores resultados de búsqueda de páginas locales.

Con el fin de conocer el contexto de cada país en lo que respecta a las características de sus flujos migratorios y a la institucionalidad encargada de trabajar sobre dicha materia, se accedió a resúmenes ejecutivos y reportes acerca del perfil migratorio de cada país desarrollados por OIM, OEA o UNFPA, según cuál dispusiera la información más actualizada, junto con resultados de búsqueda de prensa local. Se construyeron frases de búsqueda en base a la combinación de los siguientes términos.

Tabla 1. Términos empleados en la búsqueda sobre países en donde el español es el idioma oficial

#	Categoría de Término	Término
1	País	Nombre del País consultado de América Central o América del Sur
2	Iniciativa	Normativa, Política, Plan, Programa, Servicio o Acuerdo
3	Población	Migrantes, Inmigrantes o Extranjeros
4	Tópico	Salud o atención médica
5	Dominio	gob o gov
	Frase de Búsqueda	#1+ #2 + #3 + #4 + #5

Tabla 2. Términos empleados en la búsqueda sobre Belice, en donde el inglés es el idioma institucional oficial

#	Categoría de Término	Término
1	País	Belize
2	Iniciativa	Act, Policy, Program, Service o Treatment
3	Población	Migrants, Imigrants o Foreigner
4	Tópico	Health o Healthcare
5	Dominio	gob o gov
	Frase de Búsqueda	#1+ #2 + #3 + #4 + #5

Tabla 3. Términos empleados en la búsqueda sobre Brasil, en donde el portugués es el idioma institucional oficial

#	Categoría de Término	Término
1	País	Brasil
2	Iniciativa	Lei, Política, Plan, Programa, Serviço o Acordo
3	Población	Migrantes, Imigrantes o Estrangeiros
4	Tópico	Saúde o atenção médica
5	Dominio	gob o gov
	Frase de Búsqueda	#1+ #2 + #3 +#4 +#5

Se accedió a resultados presentes en las dos primeras páginas del motor de búsqueda, seleccionando aquellos correspondientes a organismos internacionales dedicados al estudio de salud y migración (OIM, CEPAL, OEA, UNFPA, OPS/OMS) y a organismos gubernamentales del país respectivo.

Adicionalmente, se ingresó a los sitios oficiales de entidades gubernamentales relacionadas con los temas de migración y salud: Relaciones Exteriores, Migración y Extranjería, Salud, Desarrollo Social, Justicia, entre otros. Una vez dentro de éstos, se realizó una búsqueda en los buscadores que ofrecía cada página y en las secciones que entregaban acceso a documentación o a información detallada acerca de la normativa/política/plan/programa/servicio/acuerdo de interés.

Todos los documentos fueron recuperados en texto completo, mientras que en el caso de las iniciativas presentadas en formato web fueron recuperadas en formato htm. La información fue sintetizada en una matriz de extracción de datos en Microsoft Excel, la cual en el eje vertical presenta los países según subregión, ordenados por orden alfabético, y en el eje horizontal presenta la Institución autora de la intervención, sitio web institucional, tipo de iniciativa (Normativa, Política, Plan, Programa, Acción/Medida local, Acuerdo/Tratado).

A partir de dicha matriz de extracción de datos, se elabora el análisis de medidas para abordar el acceso a servicios de salud implementadas por los gobiernos de países de América Central y América del Sur.

Es importante notar que, en las tablas de presentación de resultados a continuación, no siempre fue posible identificar el artículo a texto completo. Esto, por restricciones de acceso a la revista desde los permisos de biblioteca UDD y University of York que se utilizaron para este fin, así como limitaciones de copyright que en cada caso establece la revista en cuestión. Por lo tanto, en las tablas se identificaron (*) los artículos que no contaban con texto completo, para conocimiento del lector. Además, vale la pena señalar que sería

natural que, en el futuro, cada tabla de resultados se actualice con nuevos textos completos a medida que cada revista libere el artículo científico.

Aspectos éticos

Esta revisión cumple con los estándares éticos necesarios establecidos en consensos internacionales. Considera la más alta rigurosidad científica en la búsqueda y selección de artículos. El manejo de todo el material se consideró confidencial hasta que el informe no fuese público. Las cuatro revisiones de literatura y la revisión de literatura gris se integraron en un informe único de resultados.

RESULTADOS

Buenas prácticas que apoyen el diseño, implementación y evaluación de programas y políticas para personas migrantes internacionales: literatura gris regional.

BUENAS PRÁCTICAS DESDE LA LITERATURA GRIS

(Tomado de la tesis en desarrollo de Magíster en Salud Pública de Sr. Daniel Larenas, tutores Pedro Crocco y Báltica Cabieses. Parte del Proyecto Fondecyt 11130042).

ETAPAS DE LA REVISIÓN DE LITERATURA GRIS

Se realizó una búsqueda de literatura gris acerca de las iniciativas de abordaje de la problemática de acceso a servicios de salud llevadas a cabo por el gobierno central en países de América Central y América del Sur. La búsqueda se enfocó en ocho países de América Central, concretamente Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá; y nueve países de América del Sur, específicamente Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Tabla 4. Descripción de países en los que se encontró alguna información sobre políticas o programas de gobierno referidos a migrantes internacionales en la región de Latinoamérica (resultados preliminares tesis de Magíster Sr. Daniel Larenas, Universidad de Chile)

SUBREGIÓN	PAÍS	INSTITUCIÓN
América Central	Belice (Belize)	
	Costa Rica	Ministerio de Salud
		Dirección General de Migración y Extranjería
	El Salvador	Ministerio de Salud
		Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia
		Ministerio de Relaciones Exteriores
		Presidencia de la República
		Dirección General de Migración y Extranjería

	Guatemala	Secretaria de Bienestar Social de la Presidencia
		Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
		Dirección General de Migración
	Honduras	Observatorio Consular Migratorio de Honduras
		Secretaria de Salud Organización Panamericana de la Salud
		Secretaría de Relaciones Exteriores
		Federación Internacional de la Cruz Roja
		Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización
	México	Cámara de Diputados
		Dirección General Adjunta Para la Salud del Migrante
		Instituto de los Mexicanos en el Exterior
		Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos
		Secretaría de Salud Dirección General de Promoción de la Salud
		Instituto Nacional de Migración
	Nicaragua	Fondo de Población de las Naciones Unidas
		Organización Internacional para la Migraciones Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
	Panamá	Organización Internacional para las Migraciones
América del Sur	Argentina	Dirección Nacional de Migraciones
		Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto Consulado General en Santiago
		Ministerio de Salud
	Brasil	Ministerio de Relaciones Exteriores
		Secretaría de la Justicia y de la Defensa de la Ciudadanía
		Ministerio de Salud
	Bolivia	Dirección General de Migración

	Colombia	Cancillería
		Ministerio de Salud y Protección Social
	Ecuador	Asamblea Nacional
		Ministerio del Interior
	Paraguay	Dirección General de Migraciones
	Perú	Superintendencia Nacional de Migraciones
		Ministerio de Relaciones Exteriores
	Uruguay	Parlamento del Uruguay Centro de Información Oficial
		Ministerio de Salud Pública
		Ministerio de Relaciones Exteriores
	Venezuela	

ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

(Esta sección corresponde a resultados preliminares del proyecto de tesis de Sr. Daniel Larenas, candidato a Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile).

1. Tipo de iniciativas de abordaje

Como resultado de la revisión de literatura gris se obtuvieron sesenta y seis iniciativas que abordan el acceso a la salud de la población migrante internacional. De acuerdo a los tipos de iniciativa de abordaje, estas fueron categorizadas según su aparición dentro de normativas, políticas, planes, programas, acciones/medidas o acuerdos/convenios. Siguiendo esta categorización, se encontraron dieciséis normativas, seis políticas, cinco planes, catorce programas, veintiuna acciones/medidas y cuatro acuerdos/convenios.

2. Jerarquía dentro del diseño de la iniciativa

Además de existir distintos tipos de iniciativas de abordaje, también son presentadas en distintos niveles de jerarquía. De esta forma, los instrumentos normativos pueden ser leyes, códigos, decretos o resoluciones. En las políticas, planes, programas y acciones/medidas, las iniciativas dirigidas al acceso a servicios de salud de migrantes internacionales pueden ser presentadas dentro de la visión/misión o propósito, objetivo general, objetivos específicos, estrategias o ejes, lineamientos de acción, o actividades. Mientras que las acciones bilaterales pueden ser tratados, convenios o acuerdos.

Dentro de los resultados de búsqueda de literatura obtenidos, se hallaron dieciséis instrumentos normativos. De estos, doce corresponden a leyes, dos a decretos, uno a código y uno a resolución.

Seis de las iniciativas identificadas se encuentran dentro del contexto de una Política Nacional, sin embargo, ninguna corresponde a una Política de Salud Migratoria propiamente tal. Específicamente, en el caso de Costa Rica, país autor de tres de las políticas señaladas, en una de estas incorpora el acceso a salud de la población migrante a modo de subpolítica dentro de un eje de intervención, en un segundo caso figura como un objetivo específico de la política, y en un tercer caso tiene lugar como un eje temático. Por su parte, Nicaragua es autor de dos de las políticas, dentro de las cuales en un caso la iniciativa ocupa el lugar de un objetivo específico dentro de un área estratégica, mientras que en el otro caso corresponde a un eje estratégico. La última de las seis políticas es de autoría de Perú, único país de América del Sur que aborda el tema dentro de este tipo de instrumento, que plantea la iniciativa como un lineamiento de acción dentro de un objetivo específico de un eje temático.

Cinco de las intervenciones encontradas son planteadas dentro de Planes Nacionales, de los cuales tres corresponden a planes de inmunización, uno a salud mental y uno a desarrollo. En estos, el abordaje del acceso a la salud para la población migrante se plantea en uno de los casos como línea estratégica, en otro de los casos como programa estratégico, en un siguiente caso como actividades dentro de líneas estratégicas, y en dos como subpoblación objetivo de las actividades de un objetivo específico.

Por otra parte, catorce de las intervenciones encontradas corresponden a programas o a componentes de estos. Específicamente, siete de los programas fueron diseñados exclusivamente para abordar temas de salud de la población migrante, mientras que seis de los programas corresponden a un conjunto de acciones de coordinación intersectorial entre las cuales se encuentran aquellas que brindan acceso a servicios de salud.

Así también, se identificaron veintiuna acciones específicas o medidas locales. Esta categoría reúne a todas aquellas instancias, acciones o servicios organizados que no se encuentran agrupados dentro de una política, plan o programa. Entre estas se encuentran servicios de salud que se brindan a migrantes en zonas fronterizas, en puntos de ingreso al país, en centros de atención a retornados, en centros de atención a deportados, en zonas geográficas de difícil acceso y en el extranjero. También incluye seguros temporales, protocolos de atención, comisiones de trabajo y guías informativas.

Por último, se encontraron cuatro acuerdos binacionales que tratan en forma explícita el acceso a servicios de salud para la población migrante, en los cuales participan cinco de los países estudiados en total. Uno de los acuerdos corresponde a un proyecto de cooperación internacional, uno a un convenio, uno a un memorando y un último a un acuerdo. Dentro de estos instrumentos se abordan temas como salud sexual y reproductiva, acceso a medicamentos, salud fronteriza y ampliación de derechos.

3. Nivel de atención y tipo de prestación

Las iniciativas estudiadas ofrecen atención en salud en distintos niveles de complejidad del sistema, pudiendo estar en el nivel primario, secundario o terciario, o a nivel de autoridad sanitaria. Por lo general, a nivel de autoridad sanitaria se observan iniciativas planteadas en el contexto de políticas y planes, como lo son el fomento de la coordinación intersectorial, la capacitación del recurso humano en salud, la implementación de estrategias que amplíen la cobertura de salud hacia la población migrante y garanticen su acceso a la atención. En segundo lugar, se observa la presencia de un gran número de iniciativas que operan en el nivel primario de atención, que constan en la prestación de servicios de baja complejidad, de carácter preventivo, de detección, educativo o de asistencia básica y atención en crisis, entregadas a nivel de pequeñas clínicas o módulos ubicados en centros de atención de retornados, centros de atención de deportados, consulados, puntos fronterizos y puntos de ingreso a los países. En tercer lugar, se pueden observar escasas iniciativas en el contexto de nivel secundario; estas están relacionadas con la prestación de servicios de salud mental y el abordaje integral de la infancia. Finalmente, en relación al nivel terciario de atención, casi la totalidad de los instrumentos normativos encontrados, junto con un convenio, garantizan el acceso a la atención de emergencia, y diversos programas y medidas dirigidas a retornados e inmigrantes contemplan acciones que facilitan el acceso a servicios de urgencia. Así también, a nivel de normativa, política y programas se encuentran iniciativas orientadas a garantizar a mujeres la atención del embarazo.

Las sesenta y seis iniciativas estudiadas abordan, con distintos niveles de profundidad, una gran diversidad de temas relacionados con la salud de la población migrante. Para efectos de su organización, descripción y análisis, las iniciativas se presentan de acuerdo a los siguientes pilares conceptuales: derechos humanos, proceso migratorio, interculturalidad en salud, curso de vida y determinación social en salud.

Cuadro resumen. Buenas prácticas desde la evidencia científica internacional: resultados de la literatura gris en este tema

Respecto a la metodología:

1. Se realizó una búsqueda de literatura gris acerca de las iniciativas de abordaje de la problemática de acceso a servicios de salud llevadas a cabo por el gobierno central en países de América Central y América del Sur
2. La búsqueda se enfocó en ocho países de América Central, concretamente Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá; y nueve países de América del Sur, específicamente Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela

Respecto a resultados generales:

1. Se obtuvieron sesenta y seis iniciativas que abordan el acceso a la salud de la población migrante internacional. De acuerdo a los tipos de iniciativa de abordaje, estas fueron categorizadas según su aparición dentro de normativas, políticas, planes, programas, acciones/medidas o acuerdos/convenios
2. Siguiendo esta categorización, se encontraron dieciséis normativas, seis políticas, cinco planes, catorce programas, veintiuna acciones/medidas y cuatro acuerdos/convenios.

Respecto a políticas de salud:

1. Seis de las iniciativas identificadas se encuentran dentro del contexto de una Política Nacional, sin embargo, ninguna corresponde a una Política de Salud Migratoria propiamente tal
2. Específicamente, en el caso de Costa Rica, país autor de tres de las políticas señaladas, en una de estas incorpora el acceso a salud de la población migrante a modo de subpolítica dentro de un eje de intervención, en un segundo caso figura como un objetivo específico de la política, y en un tercer caso tiene lugar como un eje temático
3. Por su parte, Nicaragua es autor de dos de las políticas, dentro de las cuales en un caso la iniciativa ocupa el lugar de un objetivo específico dentro de un área estratégica, mientras que en el otro caso corresponde a un eje estratégico
4. La última de las seis políticas es de autoría de Perú, único país de América del Sur que aborda el tema dentro de este tipo de instrumento, que plantea la iniciativa como un lineamiento de acción dentro de un objetivo específico de un eje temático

Respecto a niveles de atención y tipo de prestación:

1. Las iniciativas estudiadas ofrecen atención en salud en distintos niveles de complejidad del sistema, pudiendo estar en el nivel primario, secundario o terciario, o a nivel de autoridad sanitaria
2. Por lo general, a nivel de autoridad sanitaria se observan iniciativas planteadas en el contexto de políticas y planes, como lo son el fomento de la coordinación intersectorial, la capacitación del recurso humano en salud, la implementación de estrategias que amplíen la cobertura de salud hacia la población migrante y garanticen su acceso a la atención
3. Se observa la presencia de un gran número de iniciativas que operan en el nivel primario de atención, que constan en la prestación de servicios de baja complejidad, de carácter preventivo, de detección, educativo o de asistencia básica y atención en crisis, entregadas a nivel de

pequeñas clínicas o módulos ubicados en centros de atención de retornados, centros de atención de deportados, consulados, puntos fronterizos y puntos de ingreso a los países

4. Se pueden observar escasas iniciativas en el contexto de nivel secundario; estas están relacionadas con la prestación de servicios de salud mental y el abordaje integral de la infancia
5. Casi la totalidad de los instrumentos normativos encontrados, junto con un convenio, garantizan el acceso a la atención de emergencia, y diversos programas y medidas dirigidas a retornados e inmigrantes contemplan acciones que facilitan el acceso a servicios de urgencia
6. Así también, a nivel de normativa, política y programas se encuentran iniciativas orientadas a garantizar a mujeres la atención del embarazo

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE INTERVENCIONES O POLÍTICAS EN MIGRANTES INTERNACIONALES, CON FOCO EN PILARES CONCEPTUALES: DERECHOS HUMANOS, PROCESO DE MIGRAR, INTERCULTURALIDAD

DERECHOS HUMANOS

El enfoque de derechos humanos es un marco conceptual que se encuentra consagrado en normas internacionales que gozan de protección jurídica para su realización, siendo los Estados sus garantes y obligados de respetar, absteniéndose de intervenir en el disfrute del derecho; proteger, adoptando medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho; y cumplir, incorporándolos en su legislación y adoptando medidas positivas para dar plena efectividad del derecho.

A partir de la extensa revisión de literatura científica de acceso, uso de servicios y resultados de salud, es posible proponer ciertas buenas prácticas para el diseño, implementación y sistematización de cualquier tipo de tecnología sanitaria para migrantes internacionales. A continuación, se detallan las principales:

1. Toda práctica, acción, intervención, programa o política en salud de migrantes debe como mínimo necesario e ineludible, considerar el cumplimiento explícito del enfoque de derechos humanos, idealmente por medio del monitoreo de indicadores concretos
2. Desde este enfoque, brindar atención de salud de calidad y efectiva a población migrante internacional sería más costo-efectiva para la salud poblacional total que no darla
3. El enfoque de derechos humanos, a la luz de la evidencia disponible, tendría que involucrar la garantía de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad a acceso universal a servicios de salud de calidad
4. En enfoque de derechos también considera la construcción colectiva de un estado de bienestar para todos, en el cual la misma sociedad busca asegurar que los distintos determinantes de la salud contribuyan a este fin
5. Cualquier política en esta materia debe propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias, que se traducen en barreras de acceso para que las personas migrantes y sus familias puedan ejercer efectivamente su derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social
6. Si bien esto no es explícito en la literatura, en nuestra opinión el enfoque de derechos debe además cumplir con tratados internacionales, a través del reconocimiento constitucional del derecho como tal, de su desarrollo jurídico y de su incorporación práctica y real a todo nivel
7. La evidencia científica internacional da cuenta de las brechas de inequidades en acceso y en algunos casos uso y resultados de salud en población migrante internacional versus local. Esto informa de la importancia de la implementación acciones con enfoque de equidad, considerando especialmente las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad social
8. Se observan diferencias de acceso y resultados de salud entre distintos grupos etarios y para hombres y mujeres. Por lo tanto, se debe contar con un enfoque adicional de

curso de vida y de género, con todas las complejidades de estos conceptos, en cualquier acción o estrategia sobre salud de migrantes internacionales

9. Existen enormes diferencias en la definición de qué tipo de migrantes internacionales puede y no puede acceder a atención de salud formal. La mayoría de estos países ha ratificado tratados internacionales sobre defensa de derechos humanos de migrantes, lo que da cuenta de la relevancia de mantener el tema en la agenda política y legislativa, así como de vigilar las acciones prácticas a lo largo del tiempo

El concepto de derechos humanos, ya sea en la forma explícita del concepto de derechos humanos o en forma de reconocimiento del derecho a la salud, es abordado en la gran mayoría de las iniciativas encontradas en la literatura gris, específicamente en cuarenta y una de ellas (del total de 66 encontradas). Así también, su presencia es transversal a todo tipo de iniciativa, figurando en normativas, políticas, planes, programas, acciones y acuerdos. A partir de esta evidencia gris se pueden establecer como buenas prácticas:

1. Presentar y describir en forma explícita el concepto de derechos humanos como principio rector, enfoque, objetivos, lineamientos de acción y fundamento para acciones concretas. No solo como referencia, sino también en acciones concretas en las que se traduce el concepto.
2. El concepto de derechos humanos puede ser uno de los fundamentos esenciales de distintas normativas que garantizan acceso igualitario a la salud a los extranjeros, en una política orientada a la erradicación del racismo, en planes y programas de inmunización, y en acciones de detección y atención en puntos de ingreso
3. Se debe reconocer en forma explícita el derecho a la salud. No obstante, esto no siempre ocurre en países que no cuentan con un instrumento normativo específico que se refiera al derecho a la salud de los migrantes en el territorio nacional
4. De esta forma, es importante contar con algún instrumento normativo específico que se refiera al derecho a la salud de los migrantes en el territorio nacional, idealmente en la misma política migratoria del país

Para finalizar, citamos la Observación General N° 14 de la ONU sobre el derecho a la salud *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*.

PROCESO MIGRATORIO

La situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante social de la salud. Se ha propuesto que, dependiendo de las condiciones en las que esta se realice, esta aumenta el riesgo de afectar la salud, en especial en condiciones de migración forzada, contexto de frontera, la etnicidad, el género, el país de origen y el país destino. Algunas buenas prácticas basadas en la literatura científica son las siguientes:

1. Es urgente atender la salud de migrantes en situación de vulneración de derechos humanos. Los migrantes en mayor situación de vulnerabilidad social están expuestos a riesgos muchas veces desde el lugar de origen, durante el tránsito, y en el lugar de destino, enfrentándose a barreras de acceso a la atención de salud, pudiendo contraer enfermedades infecciosas y estar expuestos a mayor riesgo a accidentes laborales, abuso sexual, violencia y abuso de drogas
2. Se debe conocer las características del proceso migratorio y realizar acompañamiento y garantía de protección de derecho cada vez que sea necesario. Muchos migrantes enfrentan las consecuencias de la pérdida de vínculos familiares, la discriminación y xenofobia, que puede afectar su salud mental, y en algunos grupos sufren un limitado acceso a comida, agua potable, vivienda digna, educación y justicia. De esta forma, la migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo y en Chile
3. Proteger la salud del migrante sano cuando realmente exista. Algunos estudios internacionales y nacionales dan cuenta de la paradoja del migrante sano, que señala que durante los primeros años de residencia presentan mejores resultados de salud, sin embargo, con el paso del tiempo estos comienzan a empeorar
4. En Chile, se ha reportado la existencia del migrante sano en migrantes internacionales; esto es, esta población en promedio reporta mejores resultados de salud que la población nacida en Chile. Sin embargo, este efecto desaparece en migrantes en vulnerabilidad social y en quienes llevan más de 20 años viviendo en Chile
5. El enfoque de proceso migratorio debe dialogar estrechamente con el de derechos humanos, el de curso de vida y el de género

La relación entre migración y salud no puede abordarse exclusivamente desde los desafíos en el acceso a la salud que va a enfrentar la población en su lugar de destino. La migración es un proceso en el cual el abordaje de la salud es crucial tanto en las etapas de origen, tránsito, destino y retorno. Entre la gran diversidad de iniciativas encontradas en la literatura gris, se puede observar que existen grupos de iniciativas orientadas hacia las distintas etapas del proceso migratorio. En este sentido algunas buenas prácticas posibles de presentar son las siguientes;

1. Países eminentemente emisores: es posible reconocer que algunos países han impulsado medidas que están más bien situadas en garantizar servicios de salud en las etapas de destino y retorno, dado que en su gran mayoría tienen un perfil de emisor. Prueba de esto es que en la región de Latinoamérica se han promulgado dos leyes dirigidas a la protección de la población nacional migrante (Honduras y El Salvador), un plan de desarrollo que contempla la vigencia de los derechos y la integración efectiva

de nacionales en el exterior, y ocho programas y nueve acciones que tienen como población objetivo a los migrantes nacionales en el exterior y a los retornados. Caso interesante es Colombia, que, en concordancia con su perfil migratorio de emisor, las iniciativas identificadas, tanto en normativa, como en programas y acciones, están dirigidas a la población de migrantes en el exterior y retornados

2. Países eminentemente receptores: países receptores han desarrollado medidas dirigidas a la población inmigrante; lo que se puede constatar en leyes y políticas que buscan garantizar el acceso de dicha población a los servicios de salud. En la subregión de América del Sur se puede observar un comportamiento similar en el caso de los países con perfil de receptores. Los países de destino (Argentina, Brasil, Uruguay) cuentan con marcos normativos que garantizan a los migrantes el derecho al acceso a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Sin embargo, no cuentan con un gran número de otro tipo de iniciativas de salud específicas dirigidas a la población inmigrante (tres en el caso de Argentina y de Brasil, y dos en el caso de Uruguay).
3. Países de tránsito: ejemplo de ellos, México y Guatemala, que tienen un perfil migratorio de tránsito, han desarrollado un conjunto de iniciativas mixtas, que contemplan tanto el acceso a servicios de salud por parte de la población inmigrante, como garantizar el derecho a la salud de sus emigrantes y retornados. Tanto en la ley de migración de México como en el código de migración de Guatemala garantizan a las personas extranjeras el acceso a los servicios de salud; y ambos países son los que han desarrollado más programas y acciones dirigidas a la población migrante en ambas subregiones. Particularmente, México ha implementado una propuesta dirigida a migrantes en tránsito, la cual consta en la afiliación temporal en el seguro popular durante 90 días, lo que permite su acceso a las prestaciones del Sistema de Protección Social en Salud sin tener que presentar documentación

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La interculturalidad es un elemento indispensable para el ejercicio al derecho a la salud. Tal y como se ha descrito en el pasado, la migración internacional pone en tensión al sistema de salud requiriendo una visibilidad de estas poblaciones y sus necesidades, incluyendo la dimensión cultural de la salud. Este enfoque debe considerar la configuración social global actual, incluyendo procesos migratorios y las transformaciones sociales y culturales que conlleva. Toda metodología de diseño, implementación y sistematización de cualquier acción o estrategia para migrantes internacionales debe considerar un enfoque de interculturalidad. Algunas buenas prácticas en esta materia basadas en la evidencia son las siguientes:

1. Definir el marco conceptual desde donde se observa la interculturalidad referida a la salud de migrantes internacionales en cualquier país del mundo
2. Idealmente formalizar el concepto de interculturalidad en la acción o estrategia, su definición y marco conceptual y sus indicadores de medición concretos de ser posible para evaluar su éxito
3. La interculturalidad para salud de migrantes es tarea de todos. La participación de quienes son parte del sector salud, funcionarios, profesionales, administrativos, equipos de salud en general, es fundamental. Estudios internacionales proponen que es posible capacitar a trabajadores de salud en el tema migratorio para brindar una atención de mejor calidad, con pertinencia cultural
4. El enfoque de interculturalidad para grupos migrantes implica un cambio en la cultura institucional del sector salud, buscando trascender el paradigma biomédico y reconocer que existen otros paradigmas
5. Se deben diseñar metodologías de trabajo, programas y políticas de salud que, como un eje central la interculturalidad en salud, como un enfoque de vinculación, con profundo respeto a la diversidad humana y cultural
6. El enfoque de interculturalidad en salud de migrantes internacionales debe comprender la complejidad de este tema en su verdadera magnitud. Ser extranjero no es sinónimo de ser perteneciente a pueblo originario. Cada una de estas categorías puede convertirse en un factor de riesgo para la salud de manera independiente si las condiciones de vulneración de derechos humanos y de protección social tienen lugar
7. Es importante reconocer la responsabilidad del estado en materia de interculturalidad en salud de migrantes internacionales, quien debe comprometer acciones concretas de protección, recuperación y mantención de la salud de cualquier persona que resida en territorio nacional, en cualquier lugar del mundo

Entendiendo el concepto de interculturalidad en salud como el reconocimiento de la diversidad cultural y la adaptación de los servicios de salud acorde a las características culturales de cada persona, es que se reconoce su presencia en el planteamiento de distintas de las iniciativas revisadas en la literatura gris. Particularmente, todas las políticas revisadas contemplan el concepto dentro de su declaración de principios o enfoques. En calidad de principio, Costa Rica reconoce a la interculturalidad en tres de sus políticas

dirigidas al abordaje integral de la migración: política nacional de salud, política migratoria integral y política para la una sociedad libre de racismo. Algunas prácticas encontradas en la literatura gris:

1. Se han encontrado acciones o estrategias concretas de atención en salud a la población migrante y refugiada con un abordaje intercultural, que incluyen prácticas como la creación de espacios de diálogo entre la institucionalidad y la sociedad civil y la sensibilización de los funcionarios institucionales
2. También hay esfuerzos de estrategias estatales para construir una sociedad libre de racismo, dentro de su eje de derecho a la salud y seguridad social, presentando por ejemplo como lineamiento la implementación de un modelo intercultural en salud integrado, y como objetivo específico de este la promoción de condiciones adecuadas de salud, con pertinencia cultural y respeto de las particularidades
3. Así también, la interculturalidad es reconocida como principio en políticas nacionales de salud mental (ejemplo, Honduras). Estas incluyen acciones como elaborar un programa de prevención y rehabilitación en salud mental en forma conjunta entre población migrante y entidades gubernamentales y no gubernamentales; facilitar y promover salud integral con criterios diferenciados para personas migrantes, como las más destacadas

BIBLIOGRAFÍA

1. IOM. Global migration trends: an overview. Geneva: Migration Research Division, International Organization for Migration. 2014.
2. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. In: Interior Md, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD; 2017.
4. Organization of American States. International Migration in the Americas: First Report of the Continuous Reporting System on International Migration in the Americas (SICREMI) 2011: ORGANIZATION OF AMERICAN STATES; 2011. Available from: www.migracionoea.org/sicremi/.../SICREMI_2011_ENGLISH.pdf.
5. U. D. Trends in international migration 2015. 2015.
6. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. PloS one. 2014;9(8):e105347.
7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health. 2013;34(1):68-74.
8. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. Revista medica de Chile. 2013;141(10):1255-65.
9. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. International journal for equity in health. 2012;11:68.
10. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health. 2012;32(2):161-7.
11. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC public health. 2012;12:1013.
12. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? International journal of environmental research and public health. 2012;9(12):4403-32.
13. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago; 2010.
14. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
15. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿ Estamos preparados? Revista Chilena de Pediatría. 2009;80:161-7.
16. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago , Chile. Rev Chilena de Pediatría. 2012;83(4):366-70.

17. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.
18. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
19. IOM, UNICEF, ACNUR, . Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. ; 2012.
20. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública. 2008;12:37-41.
21. Chile CPdIUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile; 2008.
22. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. Revista Salud y Sociedad. 2010;1:51-70.
23. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en poblacion inmigrante en la comuna de Independencia2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
24. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Maternal and child health journal. 2013;17(2):292-8.
25. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Soc Sci Med. 2010;70(2):329-36.
26. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Pan American Journal of Public Health 2013;(under review).
27. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
28. Ministerio de Salud de Chile. Programa piloto de salud de migrantes en Chile. 2014.
29. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
30. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015): OECD; 2015 [Available from: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>].
31. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE; 2013.
32. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
33. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80-¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile; 2014.
34. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales Santiago Chile: INE; [Available from: www.ine.cl].

35. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile; 2012.
36. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile

Universidad de Chile. Santiago Chile 2009.

37. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.
38. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(12):1289-92.
39. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. Health Aff (Millwood). 2010;29(12):2161-70.
40. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? Journal of medical ethics. 2008;34(9):e13.
41. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. Cadernos de saude publica. 2002;18(4):1053-66.
42. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):374-85.
43. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Section III, chapter IV. Santiago: UDD; 2016.
44. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, . Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. International Migration Review. 2015;52(3):303-20.
45. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. In: Cabieses B, Bernales M, Chandia S, MacIntyre A, editors. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago Chile: Universidad del Desarrollo; 2017 (in press).
46. Bernales M, Cabieses B, McIntyre A, Chepo M. POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE: DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES DE SALUD PRIMARIA. 2016.