



**UNIVERSIDAD  
MIGUEL DE CERVANTES**

**Universidad Miguel de Cervantes  
Escuela de Trabajo Social**

**Tesina para obtener el título de Trabajador Social**

**Maternidad Hospital San José: Inclusión de mujeres migrantes en  
término de gestación bajo situación irregular**

**Docente Guía: Paola López López  
Estudiante: Uberlinda Venegas Daza**

**Santiago, Marzo de 2018**

## DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la fuerza y la entereza para llegar hasta aquí.

A mí querida madre Rosa, que siempre creyó en mí.

A mis profesores y a todos lo que me acompañaron en este hermoso viaje del conocimiento.

A los que ya no están aquí físicamente, pero desde el cielo me cuidan y son mis Ángeles.

## AGRADECIMIENTOS

Al concluir este trabajo, daré el gran paso a una vida profesional que me permitirá seguir desarrollándome en diversas áreas, especialmente en la que más me gusta, Salud. Cuando ingresé solo pensé, que era un pequeño sueño, que pronto daría paso a un gran esfuerzo y a un gran sacrificio en personal. Es por eso y muchas cosas más que quiero agradecer profundamente a la Institución que me acogió y realizo mi sueño porque era posible, a mis profesores por su paciencia, perseverancia y sus inagotables consejos, especialmente a nuestra recordada Malvina Ponce de León, que fue un gran ejemplo a seguir.

No puedo dejar de agradecer a la profesoras Mónica Galarce, por su dirección dentro de lo fue mi práctica profesional y sus enseñanzas a la profesora Paola López, por ser siempre tan comprensiva y a la vez tan exigente, a nuestra actual Directora de Carrera la Sra. Verónica Valenzuela y en ella a todos los profesores que nos señalaron este hermoso camino.

Deseo reconocer también a mi jefatura a la A/S Sra. Carmen Obreque, por sus sabios consejos y su paciencia, asimismo a quien hizo posible que yo pudiera hacer mi práctica y trabajar actualmente, a la A/S Sra. Flor Soto y a mis queridos colegas.

Debo Agradecer especialmente a Dios, a mi madre Rosa y a mi familia que me han guiado por el camino correcto, por no dejarme flaquear, por su apoyo y comprensión.

Por último a cada uno de los que hicieron posible llegar hasta aquí, lo que me dieron su aliento y su fuera para que yo pudiera seguir adelante.

## INDICE

Resumen	6
Introducción	8
<b>CAPITULO I ANTECEDENTES GENERALES</b>	<b>10</b>
<b>1 JUSTIFICACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Marco Jurídico Internacional</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Los Derechos Humanos</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Planteamiento del Problema</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Objetivo General</b>	<b>199</b>
<b>1. 3.1 Objetivos Específicos</b>	<b>199</b>
<b>1.4 Limitaciones del Estudio</b>	<b>200</b>
<b>CAPITULO II</b>	<b>21</b>
<b>2 MARCO REFERENCIA</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Factores que originan la Migración</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Migración Acceso Sistema de Salud en Chile.</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Migración como determinante social</b>	<b>26</b>
<b>2.4 Migraciones Latinoamericanas</b>	<b>29</b>
<b>2.5 Migración Interregional</b>	<b>31</b>
<b>2.6 Migraciones y Globalización</b>	<b>34</b>
<b>2.7 La Feminización de la Migración</b>	<b>355</b>
<b>2.8 La Política Migratoria Chilena</b>	<b>366</b>
<b>2.9 Demografía y migración en Chile</b>	<b>377</b>
<b>2.2 Fundamentación Teórica</b>	<b>39</b>
<b>2.2.1 Trabajo Social y Migración</b>	<b>477</b>
<b>2.2.3 El Estado como Garante de Derechos Humanos de las personas</b>	<b>500</b>
<b>2.2.3.1 Desde el Derecho Internacional</b>	<b>500</b>
<b>2.2.4. Salud y Migración</b>	<b>533</b>

<b>2.2.5 Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes</b>	<b>54</b>
<b>2.2.6. Red de Salud Estatal</b>	<b>58</b>
<b>2.2.7 Chile Crece Contigo</b>	<b>61</b>
<b>2.2.8 El modelo Bio-psicosocial</b>	<b>62</b>
<b>2.2.9. Población Migrante y Hospital San José</b>	<b>63</b>
CAPITULO III	
CONCLUSIONES	71
3 CONCLUSIONES	722
Glosario	80

## RESUMEN

La presente tesina tiene por objetivo principal dar cuenta de la condición de inclusión de las mujeres migrantes, gestantes de término, que acuden al Hospital San José de la Comuna de Independencia. Establecimiento dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Ministerio de Salud. Este hospital brinda servicio a los habitantes de las 8 comunas de la zona norte de Santiago.

Como dato para el estudio es necesario señalar que la población migrante en Chile y, en particular, en algunas regiones, como Santiago, ha elevado sus números de manera relevante. Tanto así, que ha obligado al desarrollo de políticas públicas específicas con un capital específico. Acciones que no se condicen con la actualización, aún pendiente, de la Ley de Migración.

La actual Ley de Migración nace en el contexto de una Dictadura, su carácter es más bien para su época; no se adapta a este nuevo tiempo, cuando se aborda el contexto de las exigencias del Derecho Internacional, tanto de Organización Internacional del Trabajo, ni de los Convenios de Derechos Humanos suscritos por Chile.

Desde la mirada del Trabajo Social, no responde a los principios de autonomía y desarrollo del sujeto. Ni a los roles garantes del Estado en la defensa de los derechos humanos. Considerando que los derechos es fuente principal de la acción de la disciplina.

En el estudio se abordaron las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud de las necesidades de las mujeres gestantes de término, en calidad de migrantes en Chile. Considerando los ámbitos jurídicos, el derecho internacional. Del mismo modo se abordará el marco Jurídico Chileno, pasando por los tratados suscritos y firmados en deber de reconocer, respetar y proteger la vida Humana.

Se abordaran la migración latinoamericana, su feminización y su composición.

El Estado como garante de derecho con una visualización holística desde los Derechos Humanos, su disposición desde la corte Interamericana y la garantía de derechos.

El modelo Bio-psicosocial con un enfoque participativo y su combinación de profesionales que participan Junto con ello se revelara las cifras de mujeres gestantes en término del Hospital San José.

El presente trabajo tiene por finalidad que las mujeres migrantes en cualquier situación y que llegan en término de gestación en el hospital San José, de la zona norte de Santiago, tienen derecho a ser atendidas, porque sus derechos están garantizados por los tratados internacionales que Chile ha firmado, con una mirada en los Derechos Humanos

Por lo que la relevancia de estas cifras nos obliga a reconocer que la actual legislación, que no es suficiente y no garantiza una atención integral, digna. También demanda una reformulación de los programas existentes y de las políticas públicas actuales.

Finalmente se darán a conocer las conclusiones y el momento de reconocer el derecho de cada una de las mujeres que ingresan a la maternidad del Hospital San José para tener sus hijos.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio muestra la nueva realidad chilena, respecto a los procesos migratorios que están sucediendo en las últimas décadas de manera progresiva. Esto expresa los cambios políticos y económicos de los países de origen, de los migrantes, pero a la vez, reafirma la sujeción del modelo económico chileno. Que brinda a la apreciación externa una cierta estabilidad económica, política y social. O a lo menos que el país de acogida brinda alguna oportunidad que su país no tiene.

Estos sucesos se traducen en este estudio a través del acceso a la salud de las mujeres migrantes en situación irregular en Chile, en la Maternidad del Hospital San José, en el término del periodo de gestación. Todo ello desde un prisma humanitario, desde el enfoque del derecho y desde la mirada de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Desde el punto de vista sanitario el acceso de a la salud de las mujeres migrantes señalaremos los protocolos y las indicaciones del Ministerio de Salud (MINSAL), al respecto.

El presente trabajo describe el fenómeno de la salud migrante, en situación irregular en Chile desde su marco legal, lo que permite contextualizarlo dentro de esta nueva mirada y la humanización de este proceso, considerando que este fenómeno llega para quedarse en nuestro país.

En nuestro país y debido a la gran cantidad de inmigrantes que ingresan día a día, surgen diversas problemáticas. Muchos de estos provienen de países limítrofes pero también del resto del continente y en menor escala de otras latitudes.

Las constataciones de este estudio nos indican que las mujeres que ingresan a Chile son mujeres jóvenes, solas o con niños pequeños. De países como Haití, Colombia, Perú, República Dominicana. Entre otros.

Se presentan en esta tesina las diferentes problemáticas que se han generado en la sociedad chilena y que repercuten directamente en el derecho de las mujeres, y sus hijos, al no tener esta una legislación que este al día con estos procesos. Así como las medidas que el sector salud ha instalado a fin de minimizar los costos sociales e institucionales que la migración actual ha contraído.

El enfoque de Derechos Humanos, permite visibilizar las problemáticas que devienen de la migración. Dando cuenta si efectivamente se condicen con los tratados

y acuerdos internacionales. Y si, en rigor, el Estado de Chile garantiza el derecho del cuidado de la madre y el niño. Es en este sentido, el propósito de esta investigación documental es abrir una ventana al conocimiento de los avances en materia de Derechos Universales, en temas de salud, falencias, carencias y posibilidades.

Se dará cuenta de las normas vigentes que rigen en Chile, si éstas son respetadas, y a la vez, si éstas reconocen y protegen a este grupo de mujeres migrantes que llegan a Chile con la esperanza de tener una vida mejor. En particular, en un hospital público, como lo es el Hospital San José.

Se conocerá el alcance de la Política Pública de Salud a nivel gubernamental desde el Ministerio y como cubre dentro de la red terciaria de salud, que cubre a la mujer embarazada en término de gestación

Pdf. [mujer, trabajo, maternidad, salud - Universidad Diego Portales](#)

El Trabajo Social en este aspecto tiene una enorme relevancia, considerando que los sujetos de su accionar son los grupos vulnerados en sus derechos. En particular, las mujeres en gestación, pobres y migrantes, son foco de su atención y obligación.

Por último este trabajo está enfocado desde una mirada social y sanitaria, que permite un enfoque mucho más amplio, en el proceso de salud gestacional, lo que desde las redes permite realizar un mejor análisis.

La mayor parte de la documentación para la presente investigación procederá del Ministerio de Salud, particularmente, del Programa Migrantes. Que se ejecuta en los hospitales de la red pública de salud, ya que su cobertura es amplia por lo que los beneficiarios que previenen de diferentes países como es el caso del Hospital de Arica y en el caso de Santiago Hospital San José y hospital San Borja Arriaran.

## **CAPITULO I**

### **ANTECEDENTES GENERALES**

## 1 JUSTIFICACIÓN

Desde tiempos remotos el hombre ha emigrado por el mundo, buscando una mejora para su vida, ya sea por el clima o por el agua o diferentes razones las personas buscan una mejor estabilidad para ellos y sus familias.

Según las diferentes definiciones de emigración “El traslado o el desplazamiento de la población de una región a otra o de un país a otro con el consiguiente cambio de residencia” siendo un fenómeno geográfico de trascendencia en el mundo.

La migración tiene dos nociones conocidas las internas que dentro del mismo territorio o país o externa de otra nación. Dentro de ello podemos especificar la emigración, que es el abandono de la población de su país de origen y la inmigración, que es la población que ingresa a otro país el cual no nació, por lo que se define como migrantes son los residentes en un país el cual los acoge.

Actualmente en el mundo hay 244 millones de personas fuera de su país de origen. Calculándose que la migración aumentó un 41% según la ONU (Organización de las Naciones Unidas) en enero 2016.

Debido al fenómeno de la globalización, Chile se ha ido convirtiendo paulatinamente en un país de destino de migración. Los migrantes internacionales son el 2,7% de la población total en el año 2014 (más de 441.000 personas según datos del Departamento de Extranjería y Migración). Esto ha obligado, acorde al Derecho Internacional, a que al Estado Chileno, tome medidas de protección especial en relación a esta población a partir del año 2003. Referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas. Durante el Gobierno de la Presidenta Bachelet se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa.

La maternidad es una condición de la mujer por naturaleza, es uno de los factores biológicos que por siglos, la función reproductora se ha sido exclusiva tarea femenina. Esta condición no es igual en todas las mujeres ya que las condiciones de sociales en que vive cada una es diferente, una de ellas es la manera ilegal.

En este tipo de investigación documental el objetivo es revisar la información que esta disponible, dando cuenta de los puntos más importantes de la Normativa, en los esfuerzos del Estado Chileno por integrar a la población migrante. ([http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)).

A continuación se expone el Marco Jurídico Internacional pertinente y el Marco Jurídico Nacional, lo que permitirá enmarcar la lectura en la obligatoriedad institucional interna que dicta el contexto internacional.

Las alcances que tenga el presente trabajo, constituirá una base para orientar las intervenciones en un marco que se ajuste los convenios en la temática suscritos por nuestro país en ámbitos de Salud Pública, resguardadas en directrices de la OMS y en política del ámbito de Derechos Humanos y derechos universales como acceso a la Salud de las mujeres en gestación y los Derechos de los recién nacidos. Se verán beneficiados todas las personas que les interese el tema de salud como un referente único de la maternidad del Hospital San José..

## 1.1 Marco Jurídico Internacional

### 1.2 Los Derechos Humanos

Desde la Declaración de los Derechos Humanos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, en París, marcó un hito histórico en el mundo y su cosmovisión, en una inédita resolución, “como un ideal común para todos los pueblos y las naciones” lo que establece el resguardo de los derechos humanos alrededor del mundo. Declaración que Chile ha ratificado.

Considerando por primera vez la libertad, la justicia y la paz como parte de la dignidad del ser humano y la igualdad entre hombres y mujeres. Dentro de los 30 derechos fundamentales nos basaremos en los mas elementales para la investigación.

Artículo 1.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

### Artículo 3.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

### Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

### Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- 2.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Chile ha ratificado la Declaración Internacional de los Derechos Humanos. En Junio de 2009, en el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, y declarando:

*“Se une formalmente a la voluntad política universal de perseguir los crímenes de lesa humanidad, de manera efectiva y eficiente, estamos construyendo colectivamente una historia y un futuro basado en una cultura de los derechos humanos, un pilar fundamental en una democracia que crece y se consolida”.*

La OMS Organización Mundial de la salud, en diciembre de 2015, basándose en los DDHH, afirma que *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.* Teniendo derecho oportuno a los servicios de atención en Salud, también indica que hay un grupo de personas vulnerables y marginados, que sufren por la conformidad de los problemas sanitarios, dentro de este grupo de los más vulnerables están las mujeres, ya que se les niega el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva o negándoles la atención a las

intervenciones como esterilización o abortos, estas prácticas además de ser discriminatorias son injustas en equidad, siendo esta una violación a los DDHH.

Es de especial relevancia, la consistencia que tenga o no la actual legislación nacional respecto a los párrafos anteriores, ello en el marco de la protección de derecho para todos y cada uno de los habitantes de la República como indica la Carta Constitucional.

## 1. 2 Planteamiento del Problema

La migración es un fenómeno social de múltiple causalidad, diversas expresiones y que conlleva desafíos nuevos, donde los países no cuentan con las herramientas necesariamente para su enfrentamiento. El concepto de movilidad social como derecho es nuevo y no está discutido en el quehacer social.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe distinguir la población general a la población migrante, dado que manifiestan estas últimas patologías de base distinta a la primera. Conjugado ello a la situación de vida precaria, exposición a la violencia, escaso acceso a la atención oportuna, el estrés de la vivencia y de calidad en salud. Todo ello contrae una alta vulnerabilidad de la población migrante.

El concepto de Salud está claramente expresado y la define la OMS como *“Un completo de bienestar, físico, mental y social y no solos en la ausencia de enfermedad”* (OMS, 2013), se colige de ello, la salud es un derecho que implica una atención integral, no sólo en la salud física y mental, sino también en lo social. Y que, no sólo considera el estado de enfermedad, sino también, el de ausencia de la misma. Lo que obliga a pensar en la prevención y promoción.

Cuando se revisa la situación del ciudadano migrante, se hace evidente, que viven en un estado de desprotección, en términos de acceso a la salud. Particularmente, desde su llegada al país, hasta que logran contar con documentación en trámite. Existen normativas paliativas que buscan suplir las carencias dejadas por la aplicación de una legislación migratoria anacrónica, pero estas no han alcanzado a cubrir algunos vacíos laborales y entre ellos, la mayor dificultad radica en la aplicación práctica de los convenios. El directo desconocimiento o negación de garantía de que

en los como es el caso del Hospital de Arica y en el caso de Santiago Hospital San José y hospital San Borja Arriaran

Si bien Chile es firmante de convenios internacionales como el de protección en salud, de las mujeres en maternidad, la cual está no está garantizada. Porque no todo los convenios son traducidos a normativa para cada sector aspecto que al no ser instruido por la autoridad el servicio y programas no lo adoptan en su trabajo cotidiano.

Pdf [.mujer, trabajo, maternidad, salud - Universidad Diego Portales](#)

Ya que la interpretación, que el ministerio respectivo o el funcionario específico realice, es lo que primará y para su implementación es necesario que baje desde el congreso al ministerio y luego a los Servicios de Salud quienes por ley realizan su implementación desde la atención terciaria, hospitales, secundarias CDT y específicos, hasta llegar a la atención primaria y luego al usuario.

Por ejemplo, hay normativas que otorgan beneficio de gratuidad a las personas migrantes, pero existe una falta de conocimiento de las circulares ministeriales, que en buena medida se traduce en la negación de servicios médicos, obstaculización la atención.

Cuando hablamos de medidas paliativas nos referimos a los acuerdos intersectoriales que el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile ha firmado con otros ministerios, en nuestro caso, con el Ministerio de Salud. Estas medidas intersectoriales que permiten un saneamiento de las necesidades básicas, lógicamente no incluidas en el Decreto Ley 1094 de 1975.

El Art. 28º de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familias, el 18 de Diciembre de 1990, como ya lo vimos, menciona la garantía y acceso al derecho a la salud en el país donde se encuentren, en igualdad de condiciones que los nacionales e independientemente de su situación migratoria.

Esto mismo es afirmado recientemente en la Circular 15 Nª 06 con fecha 09 de Junio de 2015 de la División Jurídica del Ministerio de Salud. Sin embargo, la implementación y socialización de una Circular, no es conocida por los prestadores directos de atención de los servicios de salud. Esta Circular se ha visto recientemente contenida y ampliada en la Circular A1504 del 13 de Junio de 2016, que extiende los beneficios de acceso en salud para tratamientos de larga duración, entre otras cosas.

Por otro lado, existen Convenios Inter-sectoriales entre el Departamento de Extranjería y el Ministerio de Salud como el Oficio Circular N°1179, ([www.extranjeria.gob.cl/acciones-de-integracion](http://www.extranjeria.gob.cl/acciones-de-integracion)) de enero 2003, Departamento de Extranjería y Migración y el Oficio ORD-A-14 N° 3229 de Junio 2008, ([www.extranjeria.gob.cl/legislacion-migratoria](http://www.extranjeria.gob.cl/legislacion-migratoria)) Ministra de Salud, el cual garantiza la especial protección de la maternidad, otorgando visación a la mujer que se encuentre en estado de embarazo; la Resolución Exenta. N° 1914 de Marzo de 2008, conocido como Convenio que facilita el acceso al sistema público de salud de niñas, niños adolescentes (<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134726/Protecci%C3%B3n-a-la-maternidad-y-el-amparo-de-las-trabajadoras-durante-el-fuero-maternal.pdf?sequence=1>)

No obstante existen estos acuerdos, las personas en situación de migración están supeditados a la consecución de un contrato de trabajo. En la actualidad se permite que una persona migrante pueda acceder a los servicios prestados por FONASA en calidad de Indigente (FONASA A). Solo a partir de este momento la persona podrá acceder a inscripción como beneficiario de FONASA A. Para un buen número de migrantes, esto se consigue mediante un contrato de trabajo, ya que buscan acceder a la Visa Temporaria por Motivos Laborales (en adelante VTML), la forma más factible de regularizarse actualmente en el país.

Las condiciones que debe reunir el contrato de trabajo para postular a la VTML entre otras cosas, requiere que este contrato tenga carácter indefinido, factor no de factible su alcance. Esto porque poder acceder a él sólo se conseguirá, para muchos, después de cierto tiempo laborando con carácter temporal. Por otro lado, otra característica del contrato exige que solo se podrá dar inicio a las labores tan pronto se tenga la visa (Cláusula de Vigencia), estamos ante una situación que sigue limitando el acceso a la salud. Se requiere como primera medida un contrato indefinido, lo cual resulta absurdo cuando el empleador exige conocer al trabajador para llegar a tal y si la ley no permite ingresar a trabajar.

Lo que se ve en la práctica, es que considerando los motivos de los proyectos migratorios y la necesidad de los empleadores, en el día a día, las relaciones laborales se hacen efectivas, es decir, las personas comienzan a trabajar aún sin el respectivo permiso, sin la respectiva visa y sin acceso a previsión social.

El problema podría residir en el tiempo que implica el ingreso de la solicitud de visa en el DEM, pues si este fuera más expedito, sería posible hacerse

inmediatamente la inscripción para el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y este ya fuera otorgado con Run. (RUT UNICO NACIONAL) (<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/extranjeros> )

La real desprotección de las personas migrantes se manifiesta en la dificultad de acceder a cobertura y protección en salud en el tiempo comprendido entre su llegada al país y la obtención de la primera respuesta del Departamento de Extranjería y Migración (DEM), para poder incorporarse por ejemplo al sistema de FONASA; pago de licencias médicas, tratamientos a corto, mediano y largo plazo, como también acceso a exámenes, los cuales el paciente migrante debe hacerlo solamente como particular. Hay un condicionamiento del acceso a la salud a tener un contrato de trabajo. Éste tiene como agravante el hecho de que este contrato debe ser indefinido, para cumplir los criterios que pide el DEM. Algo que solo puede hacerse una vez que finalice el contrato a plazo fijo, es un acuerdo entre el empleador y el empleado para que renueve su contrato a indefinido, el que le permitirá postular una visa. Según lo indicado la persona estaría en situación de afiliarse al sistema de salud, al menos a los 60 días de espera.

Entonces, en el acceso a atención en salud, en el caso de los migrantes en Chile se caracteriza por la desigualdad, exclusión y de vulnerabilidad social. Enmarcada en una estructura legislativa migratoria anacrónica y con enmiendas, mediante circulares que no garantizan el igual acceso a la salud por parte de los migrantes. Lo que asociado a la inestabilidad económica, tampoco, permite la compra como particular a prestaciones privadas.

Esta problemática se ve agravada si consideramos a los migrantes con ingreso clandestino al país.

A fin de conocer el volumen de mujeres gestantes, que son cubiertas en los servicios sanitarios y, el tipo de atención brindada, es que se revisa el número de mujeres ingresadas al Hospital San José entre los meses de enero y octubre del año 2017, de acuerdo al registro Fonasa. Así también, se puede dar cuenta del resultante, en la cantidad de hijos nacidos vivos, de acuerdo a los datos del Registro Civil, desde 2010 a 2016, también se hace referencia al Hospital San Borja Arriaran que atiende parte de la Zona sur de Santiago.

## **1.3 Objetivo General**

Conocer y describir las políticas vigentes de acceso a la salud para la población de mujeres migrantes en situación irregular en Chile de la zona norte de Santiago, que llegan en término de gestación a la maternidad del hospital San José.

### **1. 3.1 Objetivos Específicos**

- 1.- Identificar las barreras que tienen las mujeres al ingresar a un centro de Salud en etapa terminal de gestación en la Maternidad del Hospital San José.
- 2.- Identificar los cuerpos normativos de las políticas vigentes para la atención en salud para mujeres Migrantes Embarazadas en la Maternidad del Hospital San José.
- 3.- Describir el cumplimiento del Estado de Chile en las garantías de atención en Salud para con las inmigrantes en término de gestación bajo situación irregular, atendidas en el Complejo Hospitalario San José al norte de la Región Metropolitana.

## **1.4 Limitaciones del Estudio**

Uno de los obstáculos del presente estudio, es la escasa información que emana del Ministerio de Salud con respecto a la comunidad migrante en Chile.

La burocracia del sistema, la estructura jerárquica, la complejidad de atención, impiden flujos de información expeditas que permitan obtener información oportuna respecto a la situación de salud. Los datos no están digitalizados. El mecanismo de Solicitudes Ciudadanas vía Transparencia no te entregan información. Y los equipos desconocen la temática.

La extensión territorial del Servicio de Salud Metropolitano Norte, con 75 establecimientos, en 8 comunas. Con una alta complejidad de funcionamiento, con CESFAM, CONSULTORIO, POSTA RURAL, SAPU O SAR. Con la Unidad de Maternidad más grande de Chile, con 12 pabellones quirúrgicos, con procedimientos de alta complejidad y centro de referencia a nivel nacional.

**CAPITULO II**  
**MARCO REFERENCIA**

## 2 MARCO REFERENCIA

### 2.1 Factores que originan la Migración

Aunque el fenómeno migratorio ha cambiado de manera notable en las últimas décadas es necesario establecer los factores que originan la migración en el mundo.

Para lo cual es necesario destacar como ya se ha definido, que existen dos tipos de migración, la primera dentro del mismo país (internas), y las que se ejecutan cruzando fronteras de otros países.

1.- La migración interna es un componente decisivo de los procesos de redistribución espacial de la población y tiene implicaciones para comunidades, hogares y personas. Para las comunidades, tiene efectos demográficos, sociales, culturales y económicos. Para los hogares y las personas, la migración, en particular si se enmarca en una estrategia elaborada, es un recurso para el logro de determinados objetivos, los que pueden ser tan variados como enfrentar una crisis económica o mejorar la calidad de vida.

2.- En lo que respecta a la migración externa, se trata de un fenómeno que siempre ha existido, desempeñando un papel importante en el desarrollo humano, particularmente en la configuración estructural de la población de muchos países (por ejemplo, Estados Unidos, Canadá, Australia, América del Sur).

Las causas de las migraciones externas pueden ser económicas o educativas, aunque también a menudo son motivadas por factores políticos, familiares, religiosos, ambientales o asociados a desastres naturales (terremotos, sequías, etc.).

En general, son los factores económicos la principal causa de emigración en todo el mundo. Dentro de estas razones se distingue la migración laboral (cuando el motivo de emigrar se fundamenta en la búsqueda de empleo) y la fuga de cerebros (o migración altamente calificada, que alude a la migración de profesionales capacitados motivados por la búsqueda de mejores oportunidades laborales).

Para la ONU en 2013, el número de migrantes internacionales a nivel mundial alcanzó los 232 millones.

La migración puede producir beneficios sustanciales, pero también puede tener consecuencias negativas. Las economías tanto de países desarrollados como de países en desarrollo necesitan migrantes para satisfacer la demanda de trabajadores con diferentes grados de especialización.

Existen cada vez más pruebas de que, estimuladas por políticas correctas, las comunidades de migrantes y de las disgregaciones pueden contribuir muchísimo al desarrollo tanto en los países de origen como de destino mediante las remesas, el comercio, las inversiones, la creación de empresas y la transferencia de tecnología y de conocimientos especializados y prácticos. Paralelamente, causa inquietud el hecho de que la emigración de profesionales calificados pueda obstaculizar el logro de los objetivos de desarrollo, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente en los países en desarrollo pequeños.

Muchos migrantes tienen la posibilidad de trasladarse, vivir y trabajar en condiciones seguras y dignas. Sin embargo, otros se ven obligados a trasladarse debido a la pobreza, la falta de un trabajo decente, las violaciones de los derechos humanos, un conflicto armado, la persecución y la degradación del medio ambiente. Cuando no existen posibilidades de migración normal, los migrantes recurren a mecanismos de migración irregular. En sus nuevos hogares, muchos migrantes encaran la explotación, la discriminación y la xenofobia, al tiempo que en la mayoría de los casos no se les reconocen sus aportes a la sociedad que los acoge.

En dos palabras, la migración en el contexto de la globalización ofrece oportunidades y entraña desafíos que tienen que abordarse en todos sus aspectos.

## 2.2 Migración Acceso Sistema de Salud en Chile.

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular ([http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf))

En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional, de este porcentaje el mayor grupo corresponde al colombiano con un 30% del total que dice no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, seguido por el boliviano (19%), ecuatoriano (13%) y peruano (12%). Datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema de salud. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo a un estudio realizado el año 2004 por Corporación Colectivo Sin Fronteras. (La migración internacional como determinante social de la salud en Chile.)

Según la encuesta Casen “existe un grupo de migrantes internacionales que no tienen ninguna previsión de salud en Chile y son de urgente atención, en especial el grupo de 0-14 años” (8% en población general migrante según CASEN 2013).

Por tanto y durante la Agenda de la Reunión General N°68 de la ONU con todos los estados Miembros en el año 2013, en Nueva York, se realiza una serie de reuniones Especiales para tratar preferentemente la Migración Internacional.

Desde ahí, se genera una Agenda Internacional que en su primer punto para reconocer por todos los Estados Presentes es:

*Proteger los derechos humanos de todos los migrantes: se debería alentar a los Estados Miembros a que ratifiquen y apliquen todos los instrumentos internacionales pertinentes relacionados con la migración internacional, incluidos los instrumentos internacionales fundamentales de derechos humanos, los convenios*

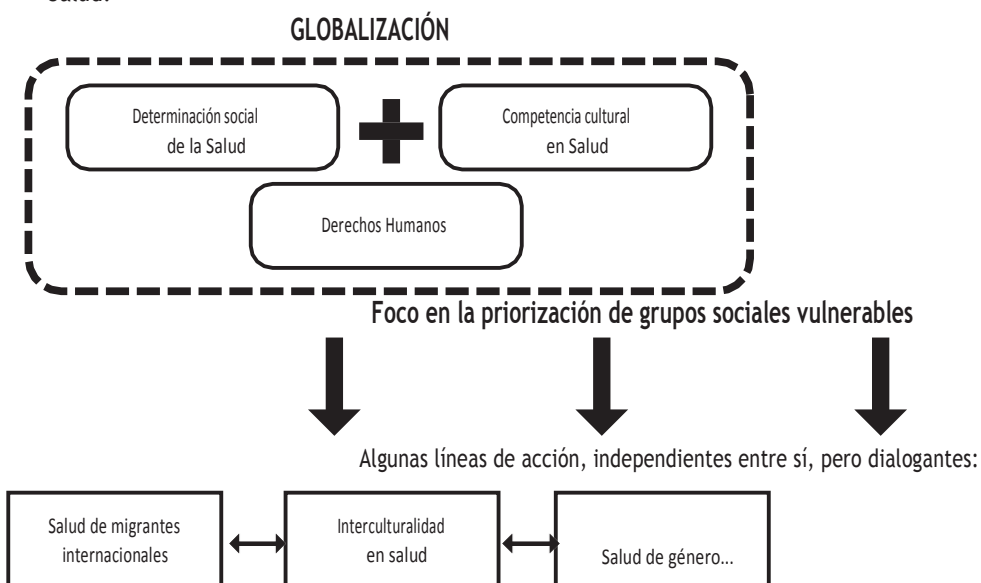
*pertinentes de la OIT, los protocolos contra la trata de personas y la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. Deberían estudiarse las alternativas a la detención administrativa de los migrantes, y evitarse la detención de los niños migrantes. (2013, p, 1).*

*Los países deben eliminar toda discriminación contra los migrantes en lo que respecta a las condiciones de trabajo y los salarios y en relación con los derechos económicos, sociales y culturales fundamentales. Los niños migrantes deben tener igual acceso a la educación, y todos los migrantes deben tener acceso a servicios esenciales de salud.*

*Los Estados miembros deben comprometerse a proteger y promover los derechos humanos de los migrantes en todas las etapas del proceso migratorio, incluidos los migrantes con un estatuto jurídico irregular. El acceso a los canales legales de migración debería mejorarse, reflejando las necesidades reales y proyectadas del mercado de trabajo, teniendo en cuenta las necesidades de capital humano en los países de origen y facilitando la unidad familiar.”(P, 4)*

## 2.3 Migración como determinante social

Diagrama de representación de conceptos fundamentales en el abordaje de la migración internacional como determinante social de la Salud.



(La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernalés M/ M clyre AM, 2017, pag, 19)

[http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

En el Cuadro 1 se presentan y definen los conceptos esenciales que delimitan el abordaje a la migración internacional como determinante social de la salud en Chile.

- Derechos Humanos,
- Determinantes sociales de la salud,
- Identidad y diversidad cultural,
- Competencia cultural en salud,
- *Inclusión social,*
- *Participación social y Salud en todas las políticas.*

*Modelo de determinantes de Salud.*



*La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernales M/ M clyre AM, 2017, pag, 19)*

[http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

Existen además, según Stefoni, (migración en Chile, revista colección ideas año 6 nº59, p 4) estrategias de inmigración voluntaria que también se define por el tiempo de permanencia que los inmigrantes predefinan en el nuevo territorio: *migración a corto plazo siendo el objetivo central el ganar dinero en poco tiempo y así cubrir las necesidades personales y familiares.*

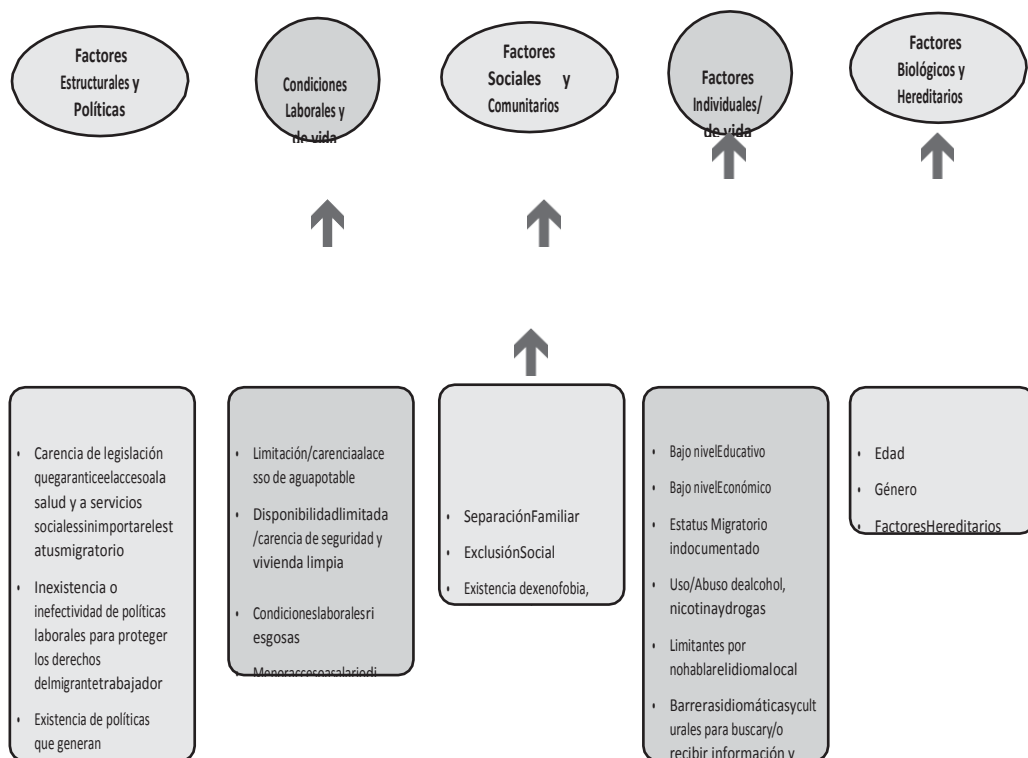
- 1.- El factor económico: la finalidad es mejorar la calidad de vida individual y familiar, esperando retornar en la brevedad al país de origen.
- 2.- Migración de tránsito: la cual impulsa a seguir migrando a países o continentes más lejanos. En la búsqueda de obtener una mayor seguridad económica y social, visualizando la posibilidad en países desarrollados.
- 3.- Permanencia en la sociedad receptora: la migración a largo plazo, donde se busca construir un proyecto de vida, sin considerar volver al país de origen.

Este tipo de migración, se visualiza como la decisión final del extranjero, debido a que se estabiliza en un territorio definido, sin tener la intención de seguir explorando otros países.

(La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernales M/ M clyre AM, 2017, pag, 19)

([http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf))

Descripción de determinantes sociales de la salud relacionados a la migración internacional



Fuente: OIM 2015(11)

(La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernales M/ M clyre AM, 2017, pag, 19)

([http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf))

## 2.4 Migraciones Latinoamericanas

Para la CEPAL, el fenómeno de la migración internacional ha constituido un aspecto esencial de la historia de América Latina. En los cinco siglos que han transcurrido desde la ocupación de los territorios por los reinos de España y de Portugal, es posible identificar cuatro grandes etapas en el proceso migratorio. La primera se inicia con la Conquista y finaliza con la Independencia y se caracteriza por la incorporación de población que venía de los territorios metropolitanos y de población africana en régimen de esclavitud. La segunda, en la que los países de América Latina y el Caribe y muy particularmente la región sur del continente, recibieron una parte de la gran corriente de emigración Europea de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX.

La tercera fase transcurre desde 1930 hasta mediados de la década de 1960 y en ella el fenómeno dominante está dado por los movimientos internos de población hacia las grandes metrópolis; la migración internacional adquiere entonces un carácter regional y fronterizo, y funciona como complemento de la migración interna.

La cuarta fase se da en las últimas décadas del siglo XX, cuando el saldo migratorio pasa a ser sostenidamente negativo y la emigración hacia los Estados Unidos y otros países desarrollados se convierten en el hecho dominante del panorama migratorio de la región.

Desde la colonia hasta mediados del siglo XX, América Latina recibió un importante contingente de población europea, quienes dominaron la escena migratoria. A partir de 1950 el panorama migratorio de la región comienza a cambiar pues se registran grandes transformaciones, cuando a causa de la recuperación de la estabilidad política de Europa producto del término de la Segunda Guerra Mundial y el establecimiento de relaciones económicas y comerciales con Estados Unidos, se produce un cambio de orientación de la migración convirtiendo a Latinoamérica en una zona de emigración.

Pellegrino (2004, pág. 17), para la Celade señala que Argentina, Chile y Uruguay “que al principio del período se encontraban muy bien posicionados con respecto al grado de industrialización y al ingreso per cápita” fueron los que menos crecieron durante esos años. Otros países, donde la transformación productiva era más reciente, como Brasil, Costa Rica, México y Venezuela, experimentaron crecimientos más elevados.

La transición demográfica experimentada algunas décadas antes en gran parte de los países latinoamericanos tuvo como consecuencia un extraordinario crecimiento de la población. Entre 1955 y 1965 el crecimiento promedio de la población latinoamericana alcanzó su máximo

Durante la década de 1970, los movimientos hacia fuera de la región se diversifican; si bien el destino principal son los Estados Unidos, también los países europeos, Canadá, Australia y Japón comienzan a recibir volúmenes significativos de inmigrantes latinoamericanos.

La crisis política y el advenimiento de regímenes represivos en el sur del continente tuvo como consecuencia que algunos países europeos abrieran sus puertas a refugiados políticos. Al mismo tiempo comienza a extenderse el fenómeno del retorno de los descendientes de inmigrantes europeos de períodos anteriores, quienes pueden recuperar la ciudadanía de sus antepasados, una ventaja adicional importante para su integración en el viejo continente. En los países del sur esto continúa teniendo influencia y también se ha manifestado —en los casos de Perú y Brasil— con los descendientes de japoneses que retornan a Japón

Posteriormente en la década de los noventa, se realiza el retorno al país de origen, debido a que la mayoría de los países latinoamericanos, vuelve a gobernar a través de la democracia, lo cual impulsa a las personas a regresar del exilio. Generando un nuevo proceso de migración en América Latina, debido al regreso de inmigrantes andinos que se encontraban en el extranjero.

## 2.5 Migración Interregional

Por lo que la migración interregional existió en algunas fronteras desde el momento que fueron trazadas por los nuevos estados independientes, en las primeras décadas del siglo XIX.

Si se excluyen los casos donde existen barreras naturales (la selva amazónica, las zonas desérticas o de montañas), los movimientos de población en las zonas fronterizas eran corrientes —especialmente donde existían identidades étnicas o vínculos preestablecidos— y relacionaban a las poblaciones más allá de la demarcación política de los territorios.

Para Hopenhayn, (revista esglobalmarzo 2016) durante la década de los 90 en América Latina se ejecutan migraciones *entre los países latinoamericanos, conocido también como migración intrarregional*, la cual se basa en que los países son emisores y receptores de inmigrantes simultáneamente; a diferencia de décadas pasadas donde el fenómeno migratorio era principalmente intercontinental.

Chile en los últimos 25 años ha experimentado un aumento sostenido de los flujos migratorios, que se explica, entre otras razones, por los vínculos históricos entre territorios fronterizos, en especial en las regiones extremas del país; los procesos de integración regional a los que se ha sumado Chile (Mercosur, Comunidad Andina de Naciones, Alianza del Pacífico, etc.); como también, a múltiples factores de orden económicos, sociales, de estabilidad política, de indicadores de seguridad que evidencia el país respecto de otros de América Latina, y de otros fenómenos de cercanía cultural e inserción en redes migratorias, que explican este cambio de signo de Chile, pasando de un país expulsor a un *destino atractivo para personas y familias que buscan las oportunidades y condiciones que no han encontrado en su país de origen*.

Este fenómeno de cambio de signo de la migración en Chile, se enmarca en un fenómeno más amplio de intensificación de la movilidad interregional. En América Latina la movilidad interregional ha sido una constante desde tiempos prehispánicos. En tiempos republicanos, esta tendencia se ha mantenido y ha exacerbado, en especial entre países limítrofes o cercanos; pero esta propulsión a desplazarse no se ha distribuido de manera homogénea entre los países.

Algunos se han caracterizado históricamente por ser países de destino, como ha sido el caso de Argentina, Brasil, Costa Rica y Venezuela; y otros, en cambio, han sido

tradicionalmente países expulsores de población, como es el caso de México, Cuba, Colombia o Chile; como de igual manera, otros países se han constituido en territorios de tránsito a otros destinos en el hemisferio norte, cómo es el caso de emblemático México.

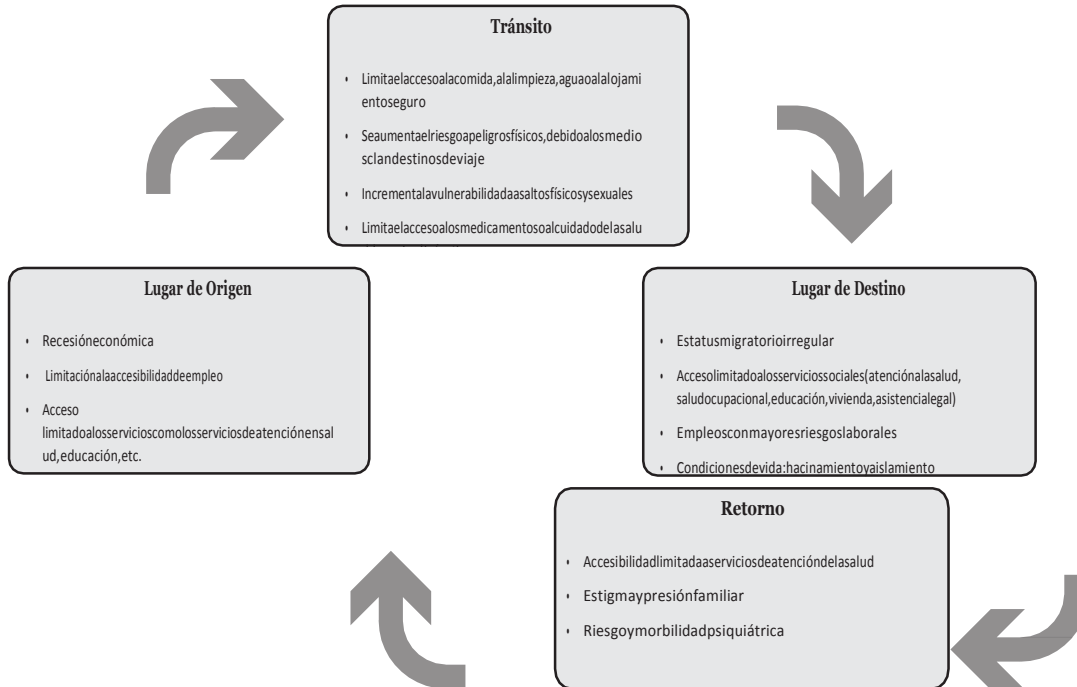
Para Martínez, (el encanto de los datos socio demográficas de la inmigración en Chile, Naciones Unidas 20013, pág. 13) los datos precisan la composición nacional de este stock migratorio. En el 2002, los principales países de procedencia eran: Argentina 26,1%; Perú 20,5%; Bolivia 5,9%; Ecuador 5,1%<sup>8</sup>.

Según la última cifra oficial del DEM del año 2009, los inmigrantes son preferentemente de origen sudamericano, destacándose la población de países fronterizos, que agrupa a más del 61% del total de inmigrantes. Dentro de estos sobresale la comunidad peruana, que tiene un 37,1% del total, seguido por Argentina con un 17,2%, Bolivia con un 6,8%, un segundo grupo lo conforman países sudamericanos, como son Ecuador con un 5,4%, Colombia con un 3,7%, y Brasil con un 2,7%<sup>9</sup>, lo que arroja que un 72,9% de la migración a Chile es interregional (sudamericana).

El Censo de 2012 arroja un porcentaje ligeramente pues un 70,5% de la migración a Chile provendría de países sudamericanos, que se desglosa de la siguiente manera: Perú 30,5%; Argentina 16,8%; Colombia 8,1%; Bolivia 7,4%; Ecuador 4,8%; y Brasil el 2,9%.

## Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso de migración

Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso de migración



Fuente: Adaptado de: OIM (12).

(La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernales M/ M clyreAM, 2017, pag, 19)

[http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)

## 2.6 Migraciones y Globalización

Según el análisis de Políticas Migratorias de la Misión Chile de la OIM, (2017) el fenómeno migratorio ha sufrido cambios a fines del siglo XX, producto de una serie de transformaciones, debido a los cambios sociales, tecnológica y económica de los últimos cincuenta años. Estos han afectado desde diversos aspectos al fenómeno migratorio, entre los que es necesario mencionar tres; a saber: a) la distribución de las migraciones; b) la duración de las migraciones; y c) los cambios en los componentes demográficos, culturales y económicos asociados al fenómeno.

A.- Claramente la disminución en los costos de los transportes, especialmente en el transporte aéreo, ha implicado un cambio en las características de los migrantes, aumentando su número en términos absolutos, si bien porcentualmente su participación en la población mundial se ha mantenido en un porcentaje pequeño — cercano al 3% de la población mundial. Por otra parte, este cambio ha permitido también el que las migraciones se conviertan en un fenómeno global, en el cual todos los países están involucrados, ya sea como países de envío, recepción, tránsito o una combinación de estos.

B.- También se han producido cambios en la duración de las migraciones. A diferencia de lo mencionado antes con respecto a este tema, actualmente se ha demostrado que la movilidad poblacional es por períodos de tiempo más cortos, estando, por tanto, siempre la posibilidad de volver a su país, una vez que las condicionantes de las migraciones hayan sido resueltas.

C.- Con relación a los cambios en los componentes de las migraciones es posible dar tres ideas fuerza:

1. Se observa una feminización de los movimientos migratorios;
2. Se observa también, por una parte, una mayor cantidad de estados receptores que deberían tender a convertirse en Estados pluriculturales; y por otra el mantenimiento de parte de los migrantes de su identidad cultural en el país de destino.
3. Se observa una mayor participación de los inmigrantes en la economía, mediante lo que se ha conocido como el establecimiento de “negocios étnicos”.

Estos dos últimos componentes, especialmente, han dado pie para que se comience a hablar de movimientos transnacionales o de transnacionalismo migratorio,

es decir movimientos migratorios que mantienen una presencia fuerte tanto en el lugar de origen como en el de destino.

## 2.7 La Feminización de la Migración

Asimismo Pedone (Relación de género y participación comunitarias mujeres inmigrantes en Chile, Universidad de Chile, 2010, pág.4) “plantea que la feminización mundial del mercado de trabajo ha originado la migración tanto a escala internacional como regional y rural-urbana, y se ha convertido en el mecanismo mediante el cual las mujeres de países pobres son incorporadas dentro del mercado de los países centrales.

En las investigaciones de Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile, de Zavala y Rojas, (Tijoux; 2005, pág. 12) se plantean que además, este proceso de feminización estará determinado por el rol de las redes de migrantes y las posibilidades reales de reconstitución del núcleo familiar en el país receptor. Varias autoras plantean que los factores que inciden en la decisión de migrar para las mujeres son de diferente orden, pero básicamente tienen relación con la posición que ellas ocupan en la esfera de producción y reproducción social en el país de origen, las oferta de empleo y de mejores condiciones de vida, reales o supuestas, en el país de acogida. La precarización del núcleo familiar, el aumento de la jefatura femenina de hogar, la violencia doméstica y la búsqueda de autonomía, constituyen los factores sociales que pesan en la decisión de emigrar de las mujeres.

El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA (2006) señala que la migración femenina ha recibido muy poca atención por parte de las políticas migratorias, lo cual ha traído consigo consecuencias, no sólo para las propias mujeres migrantes, sino también para las familias y las comunidades que quedaron atrás, recalcando que las mujeres enfrentan obstáculos y riesgos desproporcionados por el simple hecho de ser mujeres. Por consiguiente, plantea la necesidad de explorar las rutas o los mecanismos en las que se incorpore de manera efectiva a las mujeres y sus necesidades específicas en un marco más integral y realista de política y gestión migratoria. Especialmente, si se considera que la migración femenina toca aspectos esenciales de derechos humanos, cohesión familiar y comunitaria, inclusión social, prioridades de desarrollo nacional y cooperación internacional.

## 2.8 La Política Migratoria Chilena

En efecto en Chile las personas para acceder al sistema de Salud, o aún un hospital público o consultorio, es necesario tener su cedula de identidad, lo cual está relacionado con la legalidad del paciente.

En el caso del Extranjero legalmente en Chile la ley reconoce al extranjero con:

Visa temporaria: Se otorga por 90 días y es prorrogable por 30 días más, el plazo maximo es de un año, se solicita acreditar familia o vinculos, tambien se otorga a las personas que hubiesen permanecido mas de un año.

Visa sujeta a Contrato: puede tener un tiempo de hasta 2 años y puede ejercer laboralmente, la persona puede solicitar su permanencia definitiva y la persona pueden realizar actividades remuneradas sin limitaciones.

Dentro de la legislación de Extranjería no esta la categoría de Inmigrante y tampoco es un delito por lo que no esta la visación por inmigración. Por lo que el extranjero que viene de “visita” puede solicitar una visa de turista, para luego pasar a una por Trabajo y finalmente solicitar la permanencia definitiva.

La ley N°1.094 es conocida como la Ley de Extranjeria, que se promulgo el 14 de julio de 1975, por lo que es de larga data y donde prima un fuerte vision del control del migrante. Propio de la vision que existia en el regimen militar, quien ejercia el gobierno en la epoca que se dicto el cuerpo legal, esta falta de adecuación ha llevado a diferentes jefes de estado Sebastian Piñera y con posterioridad as Michell Bachelete a proponer el cambio de la legislacion sin arribar a un consenso de cual es el proyecto que requiere el país para lograr la plena inclusion de este segmento de la poblacion..

## 2.9 Demografía y migración en Chile

### Número de Nacidos vivos - Nacidos vivos hijos de padres extranjeros

Año	Nacidos Vivos (1)	Nacidos Vivos (2) padres extranjero	%
2010	251.075	3.641	1,45
2011	248.812	4.033	1,62
2012	243.974	4.405	1,81
2013	242.776	5.080	2,09
2014	252.167	6.045	2,40
2015	245.729	6.534	2,66
2016	232.969	7.189	3,09
Total	1.717.502	36.927	2,15

(1) Niños nacidos vivos en Chile inscritos en Registro Civil.

(2) Nacidos vivos en Chile, hijos de padres extranjeros,

Elaboración a partir de los datos del Servicio de Registro Civil identificación.

(3) Datos proporcionados en la norma técnica N° 9-2017 migración Sename.(

Infancia Migrante : Un enfoque de Derechos)

Se constata dentro de este gráfico como han cambiado los porcentajes de hijos de madres migrantes, en aumento. En la última Casen de 2015 arrojó que la población de inmigrantes era de 465 mil. De esta manera, de acuerdo a cálculos del Departamento de Migración y Extranjería la población de inmigrantes podría acercarse a las 600 mil personas.

Los migrantes que viene a Chile en busca de nuevas oportunidades laborales y de mejor calidad de vida, en el caso de las mujeres migrantes de los diversos países que llegan, tienen la problemática de la salud sexual y reproductiva. Las madres no llegan a control gestacional temprano y los niños no son controlados, situación que se reafirma en lo expresado por la Trabajadora Social Margarita Valdés citada en la nota técnica Infancia y Migración. Ello condicionado por la situación irregular en el país. Un temor existente en la población migrante es que sus niños sean separados de sus padres.

Debido a esto el Ministerio de Salud, ha determinado un programa, migrantes (Res. 1266, 12 diciembre, 2014. Minsal) que ha implicado inversión económica, física y de recursos humanos. Sin embargo, las cifras del programa se concentran en montos pequeños, a modo de proyectos, que no se condicen con las necesidades reales. Se puede señalar, tras entrevistar a la primera encargada del Programa en el Servicio de Salud Metropolitano Norte (A/S Sra. Carmen Obreque). A modo de ejemplo, durante el año 2016 se entregaron alrededor de 80 millones a la comuna de Recoleta, a otras 4 comunas se entregó 18 millones aproximadamente para ejecutar un programa de Migrantes. Sin existir ítem específicos para los programas, sino que montos asignados para ejecución de acciones.

Los montos sólo alcanzaban para tareas para la contratación vía honorario de “facilitadores” y algunas actividades. No constituían por sí mismos en valores que permitieran el levantamiento de un programa en rigor. De hecho, la Encargada tenía este quehacer junto a otras funciones. Cuando cesa de ser Encargada, lo asume una profesional a honorarios. Con todo ello, hablamos de proyecto y no programa. De carácter precario.

Hoy los encargados no son de carácter exclusivo, sigue siendo la encargada general del territorio a honorarios, y los facilitadores son todos a honorarios. Una cantidad relevante haitianos.

También debemos señalar que en una entrevista a la A/S Sra. Margarita Valdés Trabajadora Social del Hospital clínico San Borja Arriaran, quien comenta que fue el otro Hospital de la Región Metropolitana que fue asignado como piloto para la población migrante, quien es parte de la mesa interministerial para trabajar el tema junto al área norte que es el Complejo Hospitalario San José

## 2.2 Fundamentación Teórica

La presente investigación tiene el propósito es describir las variables, especificando los factores más relevantes del fenómeno de la migración, ya no existen estudios recientes que aborden el tema de acercamiento de la población femenina migrante en estado de embarazo a los centros de salud, cuando estos se encuentran irregulares en el territorio.

Entre los escasos documentos que se obtuvo disponible para investigación la estadística de ingreso a los Cesan de las comunas por el sistema de Control de Embarazo o por Urgencia para parto en el Hospital San José de Recoleta.

Por consiguiente, es necesario realizar investigaciones que aporten documentalmente y que describamos su problemática, desde su origen.

La palabra cultura proviene del latín y significa “cuidado de los campos” (La noción de cultura, pág. 9) En el siglo XVIII, cultura designa la formación y la educación de la mente, convirtiéndose para la Ilustración en la suma de los saberes transmitidos por la humanidad. Asimismo, se considera una cualidad propia del hombre vinculada a la razón y a la idea del progreso, evolución.

Lo que ha llevado a las diferentes disciplinas realizar diferentes estudios sobre el comportamiento y los procesos de movilidad que se registran ya sean internamente como externas (emigración-inmigración).

En términos de la estructura poblacional, (Rojas y Silva, 2016, pág. 10) el porcentaje de mujeres migrantes en Chile es más alto que el de los hombres, característica que se ha incrementado levemente en los últimos 10 años.

En términos de edad, se trata de una migración principalmente joven y adulto-joven, concentrándose entre los 20 y 35 años, que pasaron en 10 años de representar un 36,5% a un 43,3%.

Ello permite afirmar el carácter laboral de la migración internacional en Chile, no sólo por tratarse de una migración en edad activa, sino también migración definitiva está siendo reemplazado por proyectos migratorios que privilegian el corto y mediano plazo.

Hay nuevas formas de codificación cultural que experimentan los inmigrantes, muy distinta a su sociedad de origen, los empuja a vivir una nueva sociabilización, con la finalidad de insertarse en la sociedad receptora, la cual contiene costumbres y tradiciones que no corresponden a las que habitualmente conocía, generándose una nueva forma de interacción social.

Las investigadoras Galvín y Franco, (migración femenina en Chile, 1996, pág. 41), señalan que esta (re) construcción, la persona busca alcanzar tres finalidades que les son indispensables, a pesar de que no siempre sean compatibles:

1. Realización personal: Busca obtener la autorrealización consciente o inconsciente en las proyecciones futuras a través de la comprensión en esta nueva sociedad de residencia.
2. Reconocimiento social: La conciliación de su identidad. La visión de sí mismo, y lo que esperan las demás personas del individuo.
- 3.- Sentimiento de consonancia existencial: Aceptación Social de esta sociedad receptora con la finalidad de mantener un equilibrio, entre lo que quiere para sí mismo y lo que cree que los otros esperan de él.

Tratan de adquirir las mismas características que los sujetos de la sociedad receptora, pero de todas formas son categorizados despectivamente, obstaculizando los procesos de integración, “es por ello que los inmigrantes desarrollan en diferentes pautas de comportamiento en la sociedad receptora, con la finalidad de la inserción”. (Galvín y Franco P, 41).

Por consiguiente, el proceso de una nueva inserción cultural para el sujeto inmigrante, se adquiere a través de un aprendizaje continuo, donde la persona va aprendiendo los diferentes códigos culturales de la población receptora. Esta nueva conformación de conocimientos, emociones y percepciones, van construyendo la realidad social del sujeto en su forma de interpretarla y de entenderla.

Teniendo presente que existe un cambio cultural, el cual es un proceso social, caracterizado por múltiples formas en que las sociedades en este caso por grupos de inmigrantes que alteran las pautas de cultura. La alteración de estructuras sociales, incluidas las manifestaciones de esas estructuras, que se hallan incorporadas a las normas, a los valores y a los productos y símbolos culturales (Gelles y Leveine, 1995, P, 135-158).

Como se indica se ha visualizado la realidad de las mujeres en cultura y en la salud, ya que es un pilar fundamental la educación sexual y reproductiva, lo que permite que tenga más conciencia de su cuerpo.

Por tanto, cabe señalar que Chile, a través de su política de Salud Integral de la atención primaria, Consultorios, Cesfam, hay matronas disponibles para orientar y prevenir cualquier consulta que la paciente requiera.

En el caso de los inmigrantes esto permite que puedan acceder a una mayor equidad en salud y tener, así, un sentido de inclusión.

En cuanto al género, es importante señalar que la ONU, indica que las mujeres son una de las poblaciones más desfavorecidas en salud y discriminadas sobretodo en situación de vulnerabilidad.

En tanto la OMS indica que la población inmigrante necesita de protección sanitaria desde su llegada, que requieren un diagnóstico y un tratamiento adecuado para igualmente garantizar atención a los grupos específicos como son niños y mujeres embarazadas.

Para la población nacional, es un reto someterse a la adaptación de estas nuevas comunidades que eligen a Chile como país receptor, que en muchos casos definen establecerse.

La aculturación es un fenómeno que induce cambios importantes entre diferentes grupos, más solo es posible, según Fábregas (2012 pág., 2), cuando una cultura absorbe a la otra.

No se prevé la aceptación de la pluralidad cultural y la posibilidad de elaboración de ámbitos equitativos de interculturalidad.

La nación receptora, según Hernández (2005) genera este sentimiento etnocéntrico de creer que está por sobre los demás grupos de referencias y se permite enjuiciar toda la cultura que ingresa a través de los migrantes.

Para Rodríguez Zepeda (2006 pág. 33) la discriminación vulnera el principio de igualdad, y la experiencia social reafirma. Desde ahí se han redactado una amplia serie de instrumentos o leyes internacionales que se han convertido en modelos para las legislaciones nacionales.

Por ello la humanización, la oportunidad de atención, la garantía de atención, es el primer paso, reconociendo la salud como un derecho fundamental, que asume que las personas inmigrantes son Sujetos de Derechos.

Desde la política pública existe la obligación de igualar la atención en salud a la población migrante a través de la red de salud estatal. Cumplir con los acuerdos firmados y ratificados por Chile. Ya que en la Constitución Política indica en el Art. 9 “la protección del Estado en salud y el control de éste.”

El Hospital San José, que es donde termina la gestación y nace un nuevo chileno, ya que si su madre independiente de su condición de ingreso, se atiende en la Maternidad de Urgencia para así brindar una atención oportuna.

Ahora, bien lo legal de lo ilegal lo va constituir el tipo de residencia de la madre, ya que si es ilegal el bebe será legalizado como Chileno. Pero, cuando la madre extranjera está con visa Temporaria o en situación irregular, sus padres siguen en situación de precariedad.

Existe un avance cuando en la circular 15A n° 6 09/06/2015 indica la no cobranza de las prestaciones a las mujeres en gestación, en situación irregular.

(<http://www.crececontigo.gob.cl/que-ofrece-chile-crece-contigo/gestacion-y-nacimiento/>) ([www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto efectivo al derecho universal y el respeto de las libertades fundamentales del hombre. Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso.

La Asamblea General Proclama de Naciones Unidas, indica en la Declaración Universal de Derechos Humanos, como ideal común que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción

Se debe señalar que el marco normativa chileno garantiza a los extranjeros en situación migratoria regular acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Existe la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población.

El marzo de 2016 se publica el Decreto Supremo N°67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, Seguro Público, se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales.

En la actual constitución política que data de 1980 en su artículos

“Artículo 1°.- Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos.”

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;

2°.- Los hijos de padre o madre chilenos, nacidos en territorio extranjero. Con todo, se requerirá que alguno de sus ascendientes en línea recta de primer o segundo grado, haya adquirido la nacionalidad chilena en virtud de lo establecido en los números 1°, 3° ó 4°;

Numeral “9°.- El derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;”

En la actualidad la propuesta del Ministerio es otorgar salud a los migrantes en situación irregular o documentados, por la vulnerabilidad que se encuentran.

Se puede indicar que dentro del art. 9 se menciona claramente el acceso a la salud, pero que significa que el Estado se hace cargo de la salud de toda la población sin distinción, que resguarda protege promueve y realiza acciones en virtud de la buena atención sanitaria. Otro punto es que el ciudadano pueda escoger su institución donde atenderse.

Dentro de los artículos que se deben mencionar están los cuales de alguna manera se garantice el derecho a la salud y a la protección de las personas en la Constitución Política de Chile, como la garantía al derecho a la vida y a la vida del que está por nacer (6. Art. 19, No. 1), así también en el artículo 18 menciona el derecho a la seguridad social. En la Constitución Política de Chile se consagra entonces la protección de la salud en la cual el papel del Estado busca ser garante de la protección de las personas y de su salud, como también de tomar las medidas que sean necesarias para el resguardo de la salud.

En lo internacional, diversos son los efectos que Chile ha firmado o permitido y que en virtud del artículo 5º de la Constitución Política de Chile dan obligatoriedad de ley a estos. Entre ellos, cabe resaltar el Artículo 25º el cual indica en su numeral 1: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” (6).

Por otro lado, dentro de las alianzas Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual Chile ha firmado el 16 de septiembre de 1969, en su artículo 12º, Numeral 1 menciona: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (7). De la misma manera, el numeral 2do del mismo artículo

enlista una serie de acciones que los Estados deberán adoptar en el cumplimiento del compromiso asumido, en materia de salud.

El Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el "Protocolo de San Salvador", el cual ha sido firmado por Chile el 05 de junio de 2001, presenta el artículo 10, el cual tiene por título "Derecho a la salud" y en sus numeral 1o dice: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social." (8) y por su parte, en numeral dos enfatiza en la salud como un derecho público y enuncia una lista de funciones y acciones que los Estados partes deben comprometerse: "a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables." (8)

La migración internacional como concluyente social de la salud en Chile, evidencia y propuestas para políticas públicas. Cabe enfatizar que hasta ahora, todos estos instrumentos firmados por Chile reconocen la extensión y cobertura de los servicios mencionados a "todas las personas dentro del territorio nacional o dentro de la jurisdicción del Estado" y cabe acotar que no se hace reserva alguna. Para finalizar, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, la cual es tenida como el termómetro de la postura de un país con respecto a los migrantes. Chile firma la Convención en 1990 y la promulga en el 2005. En el artículo 7º, los países miembros se comprometen a no discriminar en el reconocimiento de los derechos humanos sin distinción alguna; en el artículo 25 compromete a la no discriminación con respecto a los nacionales; el artículo 28 indica que : "Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo."

Esto es una manera clara y evidente de los compromisos de los países firmantes y las obligaciones contraídas con los migrantes en su territorio, independientemente de su situación de regularidad o irregularidad en el país.

Este es la debilidad del Estado que hace la reflexión esta tesis de considerar el derecho al acceso a la salud por parte de los migrantes, sin condición alguna y la obligatoriedad legal por vía constitucional sobre los acuerdos firmados por Chile a nivel internacional, y la situación de los migrantes que esperan la obtención de documentos para acceder a la salud.

En relación a la población migrante que se atiende en el sistema público de salud, los profesionales de Trabajo Social están interpelados a comprender la situación de esta población y la de los miembros del equipo de salud. La disciplina permite al equipo ampliar la mirada, desde la complejidad biomédica a la complejidad bio-psicosocial. Más allá de la sintomatología, los resultados de laboratorio o el diagnóstico clínico. El Trabajo Social, mira y lenguajea desde el mundo de los derechos humanos, comprenden, la globalidad de las historias de desarraigo, con continuas violaciones sistemáticas a sus derechos. Se pronuncia la profesión desde un marco ético que rescata la intervención y la humaniza.

Los ciudadanos migrantes tienen una historia detrás de carencias, de orden económico, social, psicológico y biológico. El personal que acoge tiene su propia historia. Los y las funcionarias, son pobres, se atienden en el sistema público. Consideran al otro como una amenaza. Su formación y cultura es reducida a lo que los medios de comunicación masivos los restringe. La amenaza que es el otro se vuelve un peligro.

<https://www.elcato.org/efectos-sociales-y-culturales-de-la-migracion-domestica-e-internacional>

## 2.2.1 Trabajo Social y Migración

Uno de los Sectores más antiguos del desempeño del trabajador social es el Sanitario ya que se trabaja con el paciente como individuo, su familia y su red de apoyo como la comunidad, con el objetivo de restablecer la salud del paciente.

Para, Richmond, 2005, cita este hecho en su libro Diagnóstico Social, en el que se sientan las bases del Trabajo Social en el ámbito sanitario, no como un hecho casual, sino como un proceso histórico largo, que comienza en el siglo XIX cuando la medicina empezó a ser más sensible al contexto social que rodeaba a la persona, así como la relevancia en los orígenes de las experiencias en organizaciones sociales de caridad, como en los métodos que determinados trabajadores sociales desarrollaban en “El acercamiento médico” también reconocidos como asistencia social desde 1902. “Richmond, argumenta que dada la eficacia en el tratamiento algunos médicos buscaron trabajadores sociales para su consulta”. (Diplomados, 2007, pág. 131).

El Trabajo Social es multidisciplinario, capaz de integrar a todos los actores con una mirada socio cultural, holística y pluralista, de manera eficiente y eficaz. Se desarrolla trabajando en la red interinstitucional, interorganizacional, incluso en la red personal de los sujetos. En este marco, la mirada a la población migrante obliga al trabajador social a un exhaustivo trabajo de diagnóstico, de la particular situación de los individuos, y, a la vez, de la situación de sus comunidades. Es de especial tarea los catastros institucionales y organizacionales de apoyo a las poblaciones migrantes. Las mesas de trabajo con representantes de los ciudadanos extranjeros. Las comisiones que incorporan especialistas sociales en las temáticas.

En sus principios, el enfoque en los Derechos Humanos, prima como ente rector desde lo ético. Con elementos de tipo legal, teórico y metodológico que acompañan el ejercicio de la profesión en este ámbito de salud. Por tanto, como Trabajo Social el principio de la actuación será preservar los derechos de los ciudadanos migrantes (MINSAL, Trabajo social en el área de salud, 2012)

. Legal: El trabajador y la trabajadora social, dirigen su esfuerzo a prevenir, identificar y tratar deficiencias y problemas sociales implicados para restaurar o la recuperación de la salud de los pacientes. Su foco es la búsqueda del bienestar de las personas, en hogares y comunidades, promoviendo, entre otras, la salud como un componente básico que promueve la calidad de vida de las poblaciones. Dada la enorme complejidad de la situación de los migrantes, el acervo de Trabajo Social se

vuelve fundamental. El carácter multidisciplinario permite miradas complejas desde distintos ámbitos. En salud, son pocos los profesionales que se manejan a nivel jurídico, por tanto, es un aporte fundamental.

-Teórico: El Trabajo Social concibe la salud y la enfermedad como hechos sociales colectivos que superan la concepción biológica y trascienden la intervención más allá de las ciencias médicas, involucrando a las ciencias sociales en procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Como una actividad clínica donde el diagnóstico psicosocial es parte del diagnóstico global del paciente y la problemática psicosocial incide en el proceso de tratamiento de salud del enfermo y su entorno. La problemática migrante obliga a integrar miradas desde las ciencias sociales. Sabemos, por ejemplo, que los pacientes desarrollan tuberculosis por las condiciones del país que recibe. Por tanto, el entorno, la pobreza, el acceso a prestaciones será fundamental. Y la disciplina permite la observación y diagnóstico de los mismos.

-Metodológico: En el área de salud, el Trabajo Social desarrolla varios procesos como son, la intervención individual y grupal, y finalmente la intervención comunitaria. De esta manera el trabajador social está capacitado para identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas, hogares y comunidades, desarrollando su labor no solo al interior de las instituciones de salud, sino en espacios donde tienen lugar las relaciones sociales y se generan redes de apoyo que ayudan a la persona enferma, en los diferentes ámbitos de su entorno, desde un enfoque de derechos, con la fomentación y promoción de la dignidad como un derecho humano fundamental.

En el equipo interdisciplinario, el Trabajo Social aporta el diagnóstico social identificando factores de riesgo social, que pueden ser del orden individual, familiar y comunitario. El que se elabora, teniendo en cuenta aspectos particulares de la población como: Edad, sexo, etnia, nivel socioeconómico, ubicación y condiciones de la vivienda, pertenencia a grupos u organizaciones, entre otros. Con lo anterior, el equipo de atención profesional puede elaborar un diagnóstico global del paciente y un pronóstico real en su plan de tratamiento, teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo social como los factores protectores con los que cuenta el usuario.

Por otra parte, es importante identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de las personas, sus familias y la comunidad, por medio de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria migrante participe en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, basadas en sus necesidades. De ahí que el trabajo con líderes de comunidades extranjeras es primordial. Y Trabajo Social es el único ente en salud que tiene las herramientas para intervención específica.

Por tanto, es necesario seguir trabajando con la comunidad en red y desde allí hacer una retroalimentación para el sistema de Salud desde la atención primaria a la secundaria y la terciaria.

En consecuencia, fomentar cambios y transformaciones, validar los aspectos socioeconómicos y culturales como factores sociales centrales en el sistema integral de atención en salud, desarrollando intervenciones socio familiares en los componentes de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Se debe indicar que en el código de ética del Colegio de Asistente Sociales indica que las profesionales deben “Reconocer el valor del ser Humano como individuo cualesquiera sean sus circunstancias, condición, raza religión, opinión pública y hacer lo posible por fomentar en el individuo un sentimiento de dignidad y respeto propio”. (Colegio de Asistente Sociales, pág., 1)

## 2.2.3 El Estado como Garante de Derechos Humanos de las personas

### 2.2.3.1 Desde el Derecho Internacional

Una violación de derechos humanos es considerada hoy en día un hecho ilícito. Cuando ocurre y no se esclarece, es un signo de que algún nivel institucional está fallando. Si esto ha sucedido es porque el Estado, que debe ser el protector y garante de los derechos, no ha cumplido con su función o la ha cumplido en forma deficiente. Esta situación de desprotección habilita al ciudadano, una vez agotadas todas las instancias de reclamo en su respectivo país, a solicitar a la comunidad internacional el resguardo de los derechos que su país no protege, ya sea por decisión deliberada, porque no está en condiciones o porque no puede hacerlo.

Las convenciones internacionales, por lo tanto, son tratados que cumplen la función de obligar a los Estados respecto de sus propios ciudadanos, limitando su poder hacia el interior de sus fronteras y exigiéndoles la rendición de cuentas de sus actos por acción u omisión hacia el exterior de éstas. Esto pone de manifiesto una tensión constante entre dos principios: el de la protección internacional, por un lado, y el de la soberanía de los Estados a su libre determinación, por el otro.

Todo derecho tiene como correlato un deber u obligación, es decir, una disposición para dar, hacer o no hacer alguna cosa; de otro modo, el derecho sería un concepto vacío. Por ello, los derechos humanos incluyen tanto derechos como obligaciones y son los Estados quienes asumen, en virtud del derecho internacional, los deberes de respetar y garantizar estos derechos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos, por ejemplo, no puede privar ilegalmente de la vida a una persona, ni someterla a torturas o tratos crueles. La obligación de garantizar su cumplimiento exige que los Estados deban prevenir su violación, investigar si los derechos son quebrantados y, en consecuencia, castigar a los culpables. Si la violación se produce, toda la maquinaria del Estado debe actuar para que esta conducta no quede impune. En el plano individual, así como debemos hacer respetar nuestros derechos humanos, también debemos respetar los derechos humanos de los demás.

El Estado está obligado así a organizar el poder público de manera que pueda cumplir con los deberes de respeto y garantía. Esto se logra fundamentalmente a través de dos herramientas: El poder de policía destinado a velar por la vida y la seguridad de los ciudadanos, y la posibilidad de instrumentar políticas públicas que aseguren a todos la satisfacción de las necesidades básicas protegidas por los derechos positivos.

Es entonces la conducta del Estado, a través de cualquier persona que actúe en el ejercicio de la autoridad pública, la que puede caracterizarse como una violación de derechos humanos. Esto es independiente de que el órgano o funcionario del Estado haya actuado en contravención de disposiciones del Derecho interno o que haya desbordado los límites de su propia competencia. Asimismo, un hecho ilícito que inicialmente no resulte imputable al Estado, por ser obra de un particular, puede acarrear la responsabilidad del Estado, no por ese hecho en sí mismo, sino por su falta de diligencia para prevenirlo, investigarlo, sancionarlo, y garantizar a la víctima la reparación debida.

Desde la Convención Americana sobre Derechos Humanos este instrumento, que fue ratificado por Argentina el 5 de septiembre de 1984, señala que:

#### Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

Mientras en la Corte Interamericana el objetivo de estos tribunales es pronunciar decisiones obligatorias para los Estados avanzando en una mayor protección de las personas frente a los excesos de poder de los órganos del Estado.

La cuestión de los derechos humanos dejó de ser una problemática que cada Estado pueda resolver a su gusto y criterio, sino que debe adaptarse al modo como el derecho internacional la concibe y regula. Ahora es una cuestión compartida entre la jurisdicción interna del Estado y la internacional, el objeto es brindar a los ciudadanos de la comunidad internacional una protección cada vez mayor frente a posibles violaciones a los derechos humanos.

Para asegurar la Salud para los Inmigrantes garantía de Derechos en el cual todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud.

De esta forma, <sup>1</sup>*“la migración internacional tiene diversos efectos en las condiciones de salud de los individuos inmersos en el desplazamiento, en las familias de los migrantes, y de las poblaciones que confluyen en los contextos de origen, tránsito y destino. La movilidad poblacional no es por sí misma un factor que incremente los riesgos ante las enfermedades, son las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúa a las poblaciones migrantes -principalmente las indocumentadas- en situaciones de vulnerabilidad o desprotección frente a potenciales daños a la salud y amenazan la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto a sus derechos humanos”.*

La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile , Cabieses B/ Bernaldes M/ M clyre AM, 2017, pag, 19)  
([http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf))

#### 2.2.4. Salud y Migración

En materia de salud el Estado chileno ha realizado esfuerzos en la integración de la población migrante, sumándola al foco de atención junto a la población chilena.

Desde el año 2003 en adelante se incluye como medida el resolver la situación de las mujeres embarazadas en lo relativo a la atención primaria. Dicho aporte contribuirá al otorgamiento de una visa temporaria que facilitará las gestiones migratorias, modificará el status de las migrantes y así -en palabras del gobierno de la época- “contribuir a una sociedad genuinamente democrática”

Para la implementación de la integración con migrantes se inicia una labor de tipo interministerial, entre Ministerio del Interior en conjunto con el Ministerio de Salud, quienes tienen la intención de aunar fuerzas en pro de la facilitación en el desarrollo de estas políticas. Hay aportes interesantes en estas medidas que ponen de manifiesto la intención de los gobiernos de la época (2003-2009) de establecer “políticas públicas” en salud migratoria. Así, como ejemplo se entregan facilitaciones en la atención de salud, en especial, de salud mental, a las personas que se encuentran con visa en trámite, es decir, en el proceso de renovación o cambio de condición migratoria, ya que al encontrarse en trámite se les anulaba la posibilidad de atención. Se toma la medida de ser atendido bajo la condición de formar parte de FONASA, como beneficiario para parto y atención en el embarazo.

Como ya se ha descrito según datos estadísticos de la Casen (2013) un 91% de los inmigrantes está en condiciones de vulnerabilidad, esto permite que, junto a su precaria situación, que coexistan diversas trabas ante una atención de salud, que puede ser desde ambulatoria hasta de extrema gravedad.

De acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud en la circular A 15 N°6 de 09/06/2015, permite que los inmigrantes en situación irregular, puedan ser atendidos en los siguientes casos:

1.- Mujeres que esté en estado de gestación, el parto y su posterioridad hasta los 12 meses desde éste y las atenciones de salud que requieran, contenidas en el programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).

2.- Niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN).

3.- Casos de urgencia médica. Atención a todas las personas, sólo se podrán cobrar en los casos en que el afectado declare que le es posible pagar la prestación recibida.

4.- Prestaciones de salud pública: Métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: TBC, VIH/SIDA, ITS, educación sanitaria.

### **2.2.5 Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes**

Asimismo desde su creación el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes, es con fecha 12 de diciembre de 2014, N°1266, cuyo objetivo es desarrollar estrategias para que las personas migrantes puedan tener acceso a la salud y así superar la barrera para la atención de migrantes en situación irregular, con mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos, con desarrollo de protocolos de atención.

Las regiones que iniciaron el programa de manera piloto son; Arica, Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, y en la Región metropolitana se selecciona al Servicio de Salud Metropolitano Norte como el iniciador nacional desde la fase experimental en el año 2012.

Dentro de la Zona Norte de Santiago, cubre las 8 comunas de la zona norte, Independencia, Recoleta, Conchalí, Quilicura, Huechuraba, Lampa, Colina, TilTil.

## Red de Salud Servicio de Salud Metropolitano Norte

### Situación de pobreza comunal

<b>INDEPENDENCIA</b>	<b>14,2</b>
<b>RECOLETA</b>	<b>10,7</b>
<b>CONCHALI</b>	<b>10,0</b>
<b>TIL-TIL</b>	<b>9,8</b>
<b>QUILICURA</b>	<b>9,2</b>
<b>LAMPA</b>	<b>8,5</b>
<b>COLINA</b>	<b>7,3</b>
<b>HUECHURABA</b>	<b>5,2</b>
<b>PROMEDIO SSMNORTE</b>	<b>9,4</b>
<b>PROMEDIO REGION METROPOLITANA</b>	<b>9,2</b>

Referencia Fuente encuesta CASEN 2013 ELABORACION PROPIA



Fuente Servicio de Salud Metropolitano Norte

En la red de salud del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) se encuentran los siguientes hospitales bajo su dependencia: Complejo Hospitalario San José, Hospital de Niños y Niñas “Dr. Roberto del Río”, Hospital Comunitario Til-Til, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto Psiquiátrico “José Horwitz Barack.

La jurisdicción del SSMN corresponde a toda la zona norte de Santiago, desde el Río Mapocho, por el sur, hasta las cumbres de cerros de TilTil que colindan con la Quinta Región, por el norte. Desde la Calle Pío Nono por el Oriente y la Carretera Panamericana Norte por el Occidente. Cuenta con 8 comunas con alrededor de 1.000.000 como usuarios. Y una red total de 76 establecimientos de salud.

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

<b>22</b>	<b>CESFAM (Centro de Salud Familiar)</b>
<b>07</b>	<b>CECOF (Centro Comunitario de Salud Familiar)</b>
<b>08</b>	<b>COSAM (Centro de Salud Mental)</b>
<b>10</b>	<b>POSTAS RURALES</b>
<b>11</b>	<b>SAPU (Servicio de Atención Pública de Urgencia)</b>
<b>04</b>	<b>SAR (Servicio de Atención Alta Resolución)</b>
<b>03</b>	<b>HOSPITALES</b>
<b>02</b>	<b>INSTITUTOS HOSPITALARIOS</b>
<b>01</b>	<b>CLINICA DENTAL MOVIL</b>
<b>08</b>	<b>UAPO (Unidad de Atención Primaria de Oftalmología)</b>

923.626 HABITANTES DE LAS 8 COMUNAS DEPENDIENTES DEL SSMNORTE

639.646 INSCRITOS EN FONASA

EQUIVALENTE AL 71% DE LA POBLACION TOTAL

## 2.2.6. Red de Salud Estatal

Se debe indicar que la red de salud estatal, tiene 3 etapas, para la atención de la población:

Atención primaria: Cecof, Cesfam

Atención: Secundaria: COSAM, CDT, Centro de Diagnóstico y Tratamiento.

Atención Terciaria: Hospitalización de paciente, Institutos Hospitalarios de Especialización y PRAIS.



Fuente: SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Cabe señalar que el equipo de Urgencia se constituye por el SAPU y/o SAR en el caso de las comunas y para una mayor complejidad esta la Urgencia del Hospital San José, que internamente se divide en la Unidad General de Cirugía y Maternidad.

La clasificación de los Usuarios que ingresan por Fonasa corresponde a la acreditación de su nivel de ingresos en sus diferentes:

## FONASA

A	Carentes de recursos	No cancelan en sistema de salud publico	No puede comprar bonos
B	Ingreso menor a 270.000.-	No cancelan en sistema de salud publico	Puede comprar bonos
C	Ingreso mínimo mayor a 270.001.- e inferior a 394.200.-	Bonificación del 90% en el sistema de salud publico	Puede comprar bonos
D	Ingreso imponible mayor a 394201.-	Bonificación del 90% en el sistema de salud publico	Puede comprar bonos

Creación propia datos Fonasa.

<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>

A través de los copagos el sistema permite que, al ser una Red Pública de Salud, esta sea de carácter solidario asegurando la cobertura a los beneficiarios de los 4 tramos.

En las atenciones médicas de salud, hospitalizaciones, ya sea medicamentos o insumos que se otorguen dentro de los hospitales públicos (atención terciaria).

-Las personas del Tramo A, B y Adulto mayor de más de 60 años su copago 0%, de su atención.

-Las personas del Tramo C es de copago 40%, de su atención.

-Las personas del Tramo D es de copago 65%, de su atención.

Dentro de los tramos de Fonasa están los tramos A, B, C Y D, con un trato de prestación diferente los pacientes PRAIS, que caen en la calidad de tramo A, pero son usuarios del Programa de Reparación de Atención Integral, que otorga una atención sin costo a todo nivel, amparados por la ley N° 19.123 de Reparación de Salud.

Afiliando a los usuarios que tuvieron algún grado de Represión política entre el 11 de septiembre de 1975 y el 10 marzo de 1990.

En el Marco Regulatorio del Programas Migrantes, independiente de su de sus status migratorio, para recibir atención inmediata en atención primaria o de urgencia, tienen derecho a calificar en el tramo A para su atención.

Decreto Supremo N° 67 y Circular A 15 N°4: *“Se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a la atención de salud de las personas migrantes, pero persisten barreras de acceso y situaciones de discriminación que han sido documentadas en estudios e informes de organismos de derechos humanos, particularmente en personas en situación migratoria irregular o indocumentados”.*

En qué consiste el Decreto Supremo N° 67: *“La modificación del Decreto Supremo N°110 incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia recursos para la calificación de beneficiario del FONASA tramo A, a las personas inmigrantes que carecen de documentos o permisos de residencia”.* Esta modificación se funda en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la Constitución de Chile, el DFL N°1 del 2005, la Ley N° 18.469, dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015.

### 2.2.7 Chile Crece Contigo

Como ya se ha visto la red estatal es muy amplia y dentro de ese Marco existen el Programa ChileCrece Contigo es la política pública que nace, como protección a la infancia, que se interrelaciona con organismos como son Mineduc, Junji, Ministerio del Trabajo, Fosis, Minsal. El programa trabaja bajo el amparo del Ministerio de Desarrollo Social y tiene como objetivo intervenir integralmente a niños y niñas desde la gestación, en el caso de las mujeres en situación irregular este programa no solicita el RUN nacional, solo alguna identificación para ingresar al programa por ejemplo el pasaporte o en situaciones irregulares el carnet del país de origen, la madre en gestación entra al programa automáticamente desde su pesquisa en el CEFAM o al término en el hospital y su red interministerial como el equipo Bio-psicosocial se encarga de dar cobertura en salud, educación, hasta los 8 años, dando así oportunidades para igualar desde la cuna su desarrollo integral.

Dentro de la maternidad la atención del programa se dirige desde la gestación, con una atención integral y personalizada hasta el nacimiento con charlas como maternidad y paternidad responsable, visitas guiadas a la maternidad, fortalecimiento del desarrollo prenatal.

Todo esto es Parte del Programa Biopsicosocial que trabaja desde el consultorio hasta la primera infancia. ( <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>)

### 2.2.8 El modelo Bio-psicosocial

Como referencia hemos hablado del modelo Bio-psicosocial que es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químicos biológicos), (<https://educacionnutricionalsite.wordpress.com/modelo-biopsicosocial/>) el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. Al ser un modelo integrador, lo que permite ver al paciente desde los diferentes enfoques como un todo en un ser humano donde los diferentes agentes, de las diversas disciplinas llevan a un consenso el Diagnóstico y

Tratamiento Médico desde las diferentes especialidades con un enfoque multidimensional desde una enfermedad biológica, psicológica y social.

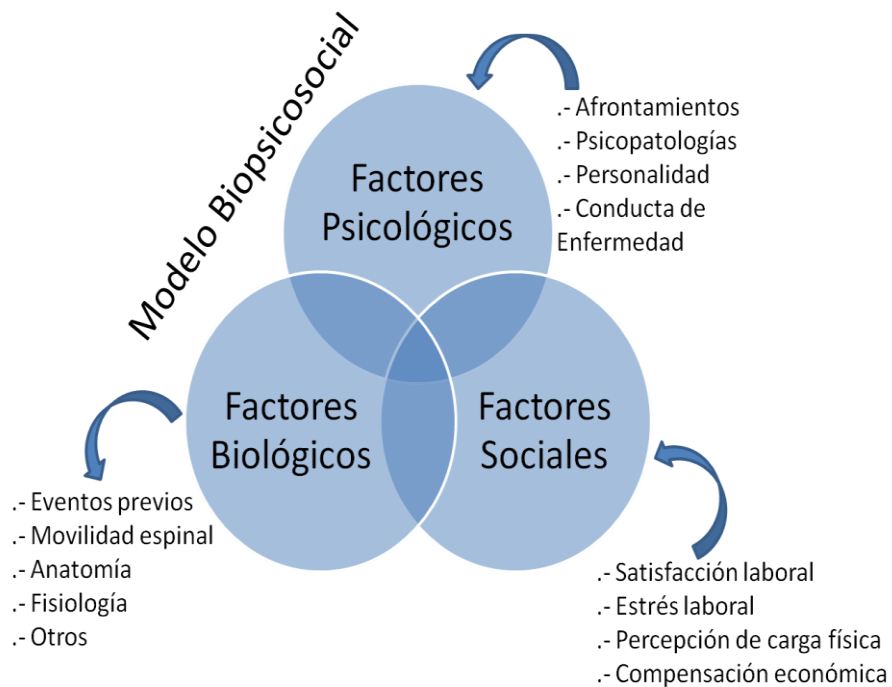
Este es el modelo que aporta una combinación de factores:

- Biológicos- médicos- enfermeras- kinesiólogos- matronas -técnicos paramédicos
- Psico- psiquiatras- psicólogas
- Social-asistente sociales- terapia ocupacional – fisioterapeutas

El paradigma de este modelo es integral. Considera al ser humano como un todo conectado con la familia, la comunidad y la sociedad. El cuerpo es una expresión compleja que se compone de aspectos biológicos pero está condicionada por la salud mental y espiritual del sujeto.

Debemos indicar que los enfoques y modelos en salud no son estándar.

La importancia es que el paciente que accede a restablecer la integridad física y mental, a través de un acompañamiento integral de un profesional calificado según su necesidad.



Fuente: <https://fisioterapiajesusrubio.com/tag/biopsicosocial/>

## 2.2.9. Población Migrante y Hospital San José

El 9.4 % de la población que atiende el Complejo Hospitalario San José, se encuentra en situación de pobreza, de las 8 comunas de la zona norte de Santiago y que la presencia de migrantes con presencia definitiva es 13.831. (Ministerio de desarrollo social, 2015), que como la maternidad más grande de Chile, por la cantidad de partos registrados, indica que en año 2015 nacieron vivos 7541 recién nacidos de ellos el 25 % son de madre extranjera. Se reconoce dentro del recinto la atención desde 2014 ha ido aumentando por la llegada al país de más inmigrantes y porque una gran cantidad reside en comunas de la zona norte de Santiago.

Una barrera importante de migrantes lo reportan en las pacientes haitianas por el idioma.

De todos los partos de extranjeras que se atendieron en 2015 en el hospital San José se distribuyen en el cuadro que sigue.

### Partos en Porcentajes

56%	Peruanas
24%	Haitianas
6.4%	Colombianas
13.6%	Otras Nacionalidades incluyendo chilenas
100%	Total mujeres

Elaboración propia datos complejo Hospitalario San José

Por lo que muestran las estadísticas, se puede indicar que la mayor cantidad de mujeres en término de gestación que llega al Hospital San José son inmigrantes extranjeras.

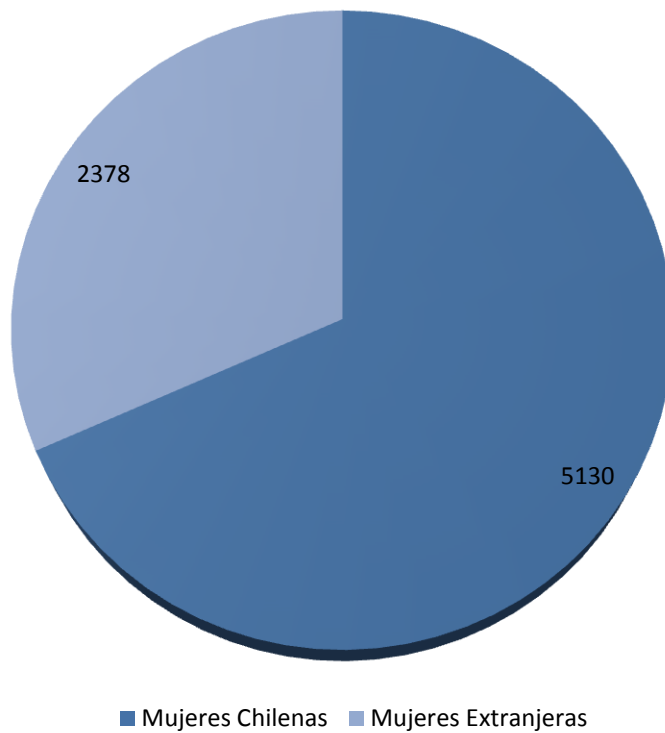
En cuanto a su política interna se solicita que a su llegada al hospital las mujeres tengan alguna documentación carnet de identidad chilena o Pasaporte para su registro en caso de no tenerlo se solicita un documento como su carnet de identidad según su país de origen.

Hoy los inmigrantes suman 465 mil (2,7% de la población). De ellos, casi el 70% vive en la Región Metropolitana.

[\(http://www2.latercera.com/noticia/uno-cuatro-ninos-nace-hospital-san-jose-hijo-una-madre-extranjera/\)](http://www2.latercera.com/noticia/uno-cuatro-ninos-nace-hospital-san-jose-hijo-una-madre-extranjera/)

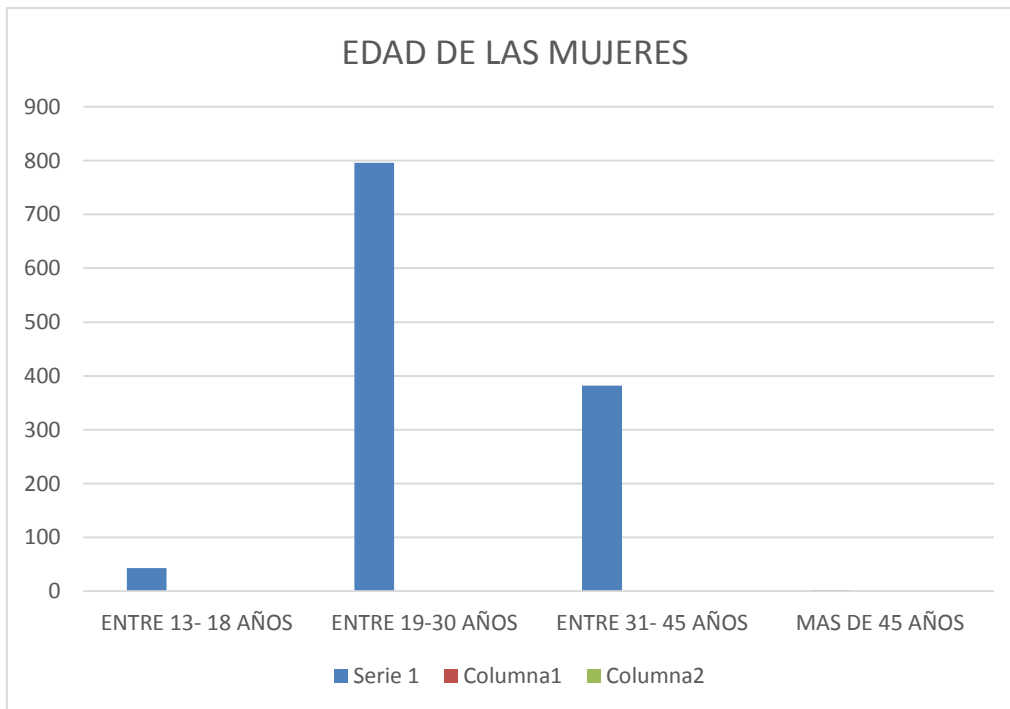
De este modo, desde enero hasta octubre del 2017 se pueden describir de los partos:

**PARTOS EN LA UNIDAD DE  
MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN  
JOSE AÑO 2017  
TOTAL DE CASOS 7508**



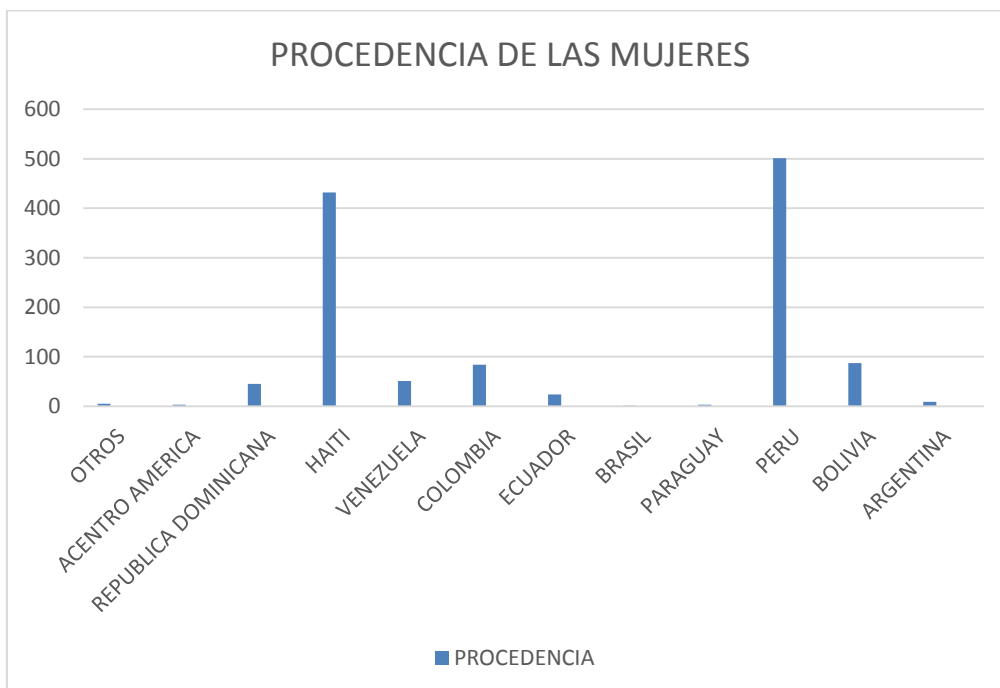
**FUENTE:** Planilla de partos del Hospital San José año 2017

**Elaboración Propia**



FUENTE: Planilla de partos del Hospital San José año 2017

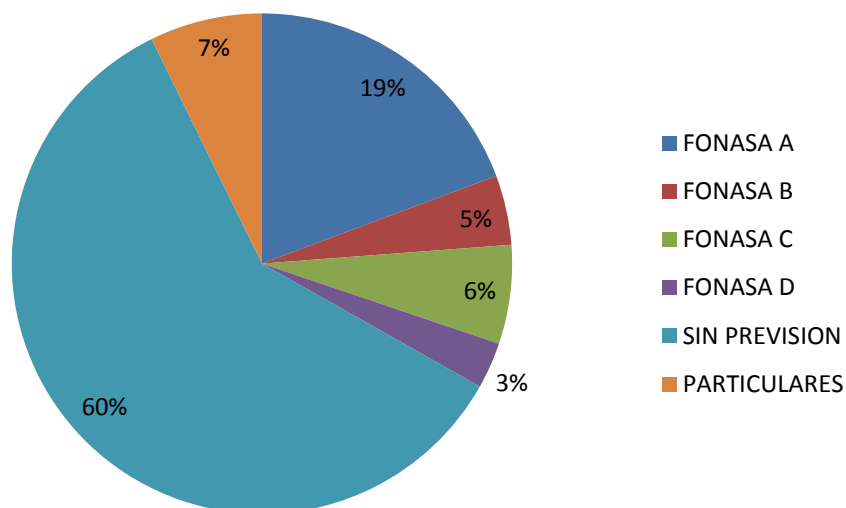
Elaboración Propia



FUENTE: Planilla de partos del Hospital San José año 2017

Elaboración Propia

## PREVISION DE LAS MUJERES MIGRANTES 2378 PARTOS



FUENTE: Planilla de partos del Hospital San José año 2017

Elaboración Propia

Como contra referencia en el seminario de Migración , organizado por el MINSAL el 11 de abril del año 2017, en la presentación “Atención de Inmigrantes Hospital Clínico San Borja Arriaran” expuesto por la Trabajadora Social Jefa del área de atención a usuario Sra. Margarita Valdés, señaló que de acuerdo al registro estadístico del año 2016, el 50,3% de los nacimientos correspondía a hijos de madres extranjera, el aumento de los casos según señaló la profesional registra un aumento sostenido desde inicios del año 2016, en relación a sus nacionalidades las madres provenían del Perú en el 20,4% de las pacientes, de Haití en un 16,1% de los casos y de Colombia 8,8%. Al mismo tiempo indicó que las pacientes haitianas presentaban el mayor riesgo de morbilidad asociada al nacimiento y puerperio, siendo precisamente estas pacientes las que registraban la mayor cantidad de traslados a unidades críticas del Hospital.

El riesgo perinatal se asocia al desconocimiento de los programas de control prenatal, muchas veces ellas no concurrían a los centros de salud por encontrarse en situación migratoria irregular, a raíz de lo cual esperan hasta el inicio del trabajo de parto para concurrir al hospital, ingresando por urgencia a maternidad. Esta conducta es permanente en estas pacientes, por lo cual es un factor de riesgo para el niño que está por nacer y para la madre aspectos que son un desafío para los servicios de salud de nuestro país.

La encuesta Casen 2013, indica que la mayoría de la población migrante es joven, en edad de procrear y ser económicamente activa el 64, 2% tiene un rango etario entre 15 a 44 años.

Desde el año 2003 en adelante, se norma, como medida resolver la situación de las mujeres embarazadas migrantes, que puedan tener una visa temporaria que podra facilitar las gestiones mujer. (<http://www.extranjeria.gob.cl/acciones-de-integracion/>)

En otra política de integración corresponde al de igualar la atención de salud a niños no chilenos pero que se encuentren habitando en el territorio. El respaldo de ésta política emana de la convención de los Derechos del Niño, planteándose en el país que *“Es deber del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta constitución, así como los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”*. ([http://www.academia.edu/33059431/Estado\\_chileno\\_y\\_migraci%C3%B3n\\_Distinciones\\_sobre\\_el\\_ejercicio\\_de\\_la\\_protecci%C3%B3n\\_de\\_derechos.pdf](http://www.academia.edu/33059431/Estado_chileno_y_migraci%C3%B3n_Distinciones_sobre_el_ejercicio_de_la_protecci%C3%B3n_de_derechos.pdf))

Con las medidas anteriormente planteadas se pone en marcha la implementación de una labor de tipo interministerial, entre Ministerio del Interior en conjunto con el Ministerio de Salud, quienes tienen la intención de aunar fuerzas en pro de la facilitación en el desarrollo de estas políticas. Hay aportes interesantes en éstas medidas que ponen de manifiesto la intención de los gobiernos de la época (2003-2009) de establecer políticas públicas en salud migratoria.

Ya que el Estado ha realizados esfuerzos por facilitar la atención es salud, pero al encontrarse con su visa en trámite, en proceso de renovación no aparecía como beneficiaria de Salud, por otra parte FONASA otorga un Rut provisorio y comprobando la tramitación de su visa (<http://www.sjmchile.org/wp-content/uploads/2016/05/Tri%CC%81ptico-Contratacio%CC%81n-de-migrantes.pdf>)

Dicho de otro modo, la regularización es la forma que transitoria si permite la atención pero no permite la regularización como un ciudadano normas de inclusión al sistema de salud. Para este caso el Estado, a partir de la política pública acoge desde la ilegalidad a mujeres embarazadas y niños/niñas hasta los 18 años y los respalda, facilitando su integración al aparato del Estado, donde este los enfoca como los migrantes.

El sistema de salud chileno funciona bajo dos formas claves, la convivencia de la salud pública y la salud privada. La salud pública se sostiene desde la institucionalidad en salud reconocida como FONASA, el Fondo Nacional de Salud. Dicha entidad es un sistema solidario que se alimenta a partir del 7% de cotización de los cotizantes, independientes del salario o condición laboral individual. Así, este sistema apoya a los que tienen menos recursos, sostenido desde los que pueden pagar más. Este sistema funciona ya sea en prestaciones primarias o secundarias y dependiendo de los convenios como los bonos especiales, las atenciones se pueden realizar en clínicas privadas. En cambio el sistema privado a través de las Isapres funcionan según los pagos de salud, y los planes ya sean individual, de instituciones o empresas, con reglas como la preexistencia de enfermedades, o los diferentes planes según la edad, lo que cancele mensual, y sus rangos de precios por cada persona, la cobertura ya sea para atención general y/o hospitalización, esto con la restricción de que cada Isapre da una mayor cobertura según su clínica establecida.

Otro punto dentro de salud, es el sistema que en Chile tienen las Fuerzas Armadas. Ellos tienen sus propios centros médicos, hospitales y su sistema por puntaje según su operación, tratamiento o atención de acuerdo a su rango, el cual es rebajado de su sueldo según lo acordado por el hospital o Capredena.

Debemos indicar también que los Hospitales base de las Fuerzas Armadas son Hospitales son muchas veces auxiliares del sistema de salud Estatal, por ejemplo: la lejanía.

Ante las dificultades antes mencionadas, se suman determinantes sociales como ya se ha mencionado lo que pueden incidir en la salud de esta población, destacándose la falta de acceso a servicios básicos tales como educación, vivienda y empleo entre otros, además del nivel de ingreso económico. Según CASEN 2013 un 25,2% de los inmigrantes vive en situación de pobreza, siendo el hacimiento crítico una de las condiciones de mayor gravedad, ya que 9,1% de ellos vive en esta condición. Existen distintas barreras para acceder a los servicios de salud como las económicas, previsionales, de información, geográficas, culturales, lingüísticas y

administrativas. Las mayores dificultades de acceso la presentan los migrantes no regularizados.

El Ministerio de Salud ha establecido una serie de medidas afirmativas orientadas a mejorar el acceso a la atención de salud de grupos prioritarios de migrantes. Así, la Circular A 15 N°06 del 9/06/2015 determina respecto a la atención de salud a personas inmigrantes, que *“se desligará la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, situación que ha operado como barrera de acceso para que los derechos que se han asegurado se puedan ejercer en el caso de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia”*.

Los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud brindarán las atenciones y prestaciones de salud que sean necesarias a los extranjeros que estén en el país en calidad de inmigrantes y no cuenten con otro derecho a atención de salud, que carezcan de documentos o permisos de permanencia, como, por ejemplo:

*“Mujeres durante el embarazo, el parto y post parto hasta los 12 meses desde éste. Todas las prestaciones de salud que requieran incluidas las del programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido” (PARN)”. (2016, P.2)*

Como propuesta general sería eliminar las barreras estructurales para proveer el acceso a los servicios de Salud, para garantizar una salud inclusiva e integral.

**CAPITULO III**  
**CONCLUSIONES**

### 3 CONCLUSIONES

1.- Respecto de las barreras que tienen las mujeres al ingresar a un centro de Salud en etapa terminal de gestación en la Maternidad del Hospital San José. Las mujeres migrantes en proceso de terminación de su embarazo ingresan tardíamente al Centro Asistencia, sin controles previos. Por temor o desconocimiento. Perdiendo con ello su derecho de oportunidad de atención de un profesional. El miedo a ser deportados o que sus hijos sean institucionalizados, obstaculiza la atención precoz del embarazo.

Otra barrera son los documentos de ingreso, en la obligatoriedad de portar la cédula de identidad otorgada por Chile, cuando son extranjeros en situación irregular se solicita el pasaporte, que permite crear una ficha (cp), con un número asignado, para el registro clínico, el tema no es menor ya que después de su parto hay que hacer seguimiento; hacia el consultorio o Centro de Salud familiar, por lo que se le hace muy difícil a la trabajadora Social ya sea de la atención primaria, consultorio o terciaria hospital, continuar su búsqueda, si no contamos con la información, al ser mujeres en situación irregular o regular, viven o sobreviven en piezas o departamentos pequeños, que arrendan, por lo que es común que cambien de dirección constantemente.

Otra barrera es el idioma, por lo anterior en Programa Hospital migrante han contratado facilitadores lingüísticos, que hablan creole y francés en los hospitales que atienden mayor número de población migrante ,pero ellos son solo uno por consultorio o en el caso del Complejo Hospitalario rio san José, lo que se hace insuficiente para atender a toda la población Inmigrante. Por otra parte el está el personal sanitario el cual no tiene conocimiento del idioma creole y esto no facilita la atención de este importante número de personas Haitianas inmigrantes debido a ello se están realizando programas pilotos dirigidos a funcionarios de salud para que puedan comunicarse en creole aspectos básicos, experiencia del Hospital San Borja Arriaran y el Hospital Clínico San José.

2.- Respecto de los cuerpos normativos productos de las políticas vigentes para la atención en salud para mujeres Migrantes embarazadas en la Maternidad del Hospital San José, solo existen resoluciones internas del ministerio de salud a partir de las resoluciones presidenciales, Decreto Supremo N°67, el D.F.L.N° 1 del 2005 , LEY N° 18.469, con dos dictámenes de la Contraloría General de la República, promulgada

por el Ministerio de Salud, Junto con la circular N<sup>o</sup> 15 9/6/2015, que acredita la carencia de recursos para el paciente y el Decreto 67 con la modificación N<sup>o</sup> 110 que coloca a los usuarios en tramo A de Fonasa, como carentes de recursos, ya que la mayoría de los inmigrantes se encuentran en ese tramo, debido a que están recién ingresando al país o cuentan con un trabajo precario y las mujeres están sin empleo o red de apoyo. Fonasa también indican en la circular que “Determina respecto a la atención de salud a personas inmigrantes, que se desligará la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, situación que ha operado como barrera de acceso para que los derechos que se han asegurado se puedan ejercer en el caso de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia”. Por lo que ha determinado el Ministerio pero no hay una ley que ampare a las mujeres si hay la que otorga a los migrantes en general, ya sea que se encuentren de manera irregular o en trámite de visa, se operan en todo el territorio nacional, aparte se nombran las políticas internas del hospital las cuales rigen y permiten su acceso.

Con esto Chile cumple con lo establecido en la Constitución política que data de 1980 en su artículo 9 *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.”* Esto en caso de la madre en término de gestación ya que su atención está garantizada y normada solo por una circular, que puede ser modificada por la siguiente administración, lo que no sucedería si se aprueba una Ley que asuma integralmente el fenómeno de la migración involucrando transversalmente a los distintos sectores como educación, salud, servicio de Extranjería, vivienda, sistemas de protección social. En la actualidad no existe un cuerpo que establezca líneas generales y permita la articulación por lo cual las iniciativas corresponden a cada cartera, situación que implica una voluntad de legislar sobre esta temática emergente hace unos años pero que hoy es una situación que es visible en las diferentes dimensiones de la sociedad chilena.

3.-Respecto del cumplimiento del Estado de Chile en las garantías de atención en Salud para con las migrantes en término de gestación el Estado de Chile, solo ha tomado medidas de paliativas, para cumplir, a través de resoluciones y con respecto a las mujeres atendidas en el Complejo Hospitalario San José al norte de la Región Metropolitana si con lo dictado por la autoridad ( Ministerio de Salud) no es suficiente para garantizar el 100% de la atención, ya sea por falta de infraestructura o bien por alta demanda, no se puede indicar que la atención si está cubierta, por la larga demora en la sala de espera; en una entrevista a la radio cooperativa, realizada el Miércoles 3 de agosto de 2016, la dirigente de la “Fenats realiza duro diagnóstico: “El Hospital San José quedó chico para población que atiende”, Sin embargo, Pinto aseguró que "esta situación lleva mucho tiempo y el servicio de **Urgencia y el hospital en general quedó chico para la población que tenemos**". y los tiempos de espera son muy largo debido al colapso en general del hospital, por lo que las falta de camas es un factor muy importante en otra entrevista a la radio Bio-Bio, el sábado 25 junio de 2016, “Las Clínicas reconocieron la escasez de camas pediátricas para el traslado de pacientes desde el servicio público. Indicar que el hospital y los consultorios atienden una población estimada por ejemplo Hospital San José infraestructura 400.000.- personas y hay 1.800.000.- inscritos por lo que la población asignada ha crecido sobre todo en las zonas de alta migración como la Zona Norte de Santiago, esto significa que el servicio sanitario se ve sobrepasada por la demanda actual.

Todo, en medio de la tensión que experimenta la red hospitalaria por el fuerte aumento de enfermedades respiratoria “Sobre todo en la campaña de Invierno. no está comprobado que efectivamente la garantía internacional que solicitan los acuerdos firmados por Chile. En Junio de 2009 Chile ratificó los derechos humanos y en la reunión Nª 68 de la ONU, 2013, todos los estados miembros ratificaron un trato preferente para la migración, Chile ratificó este convenio internacional el 14 de agosto de 1990, el que se rige por cuatro principios fundamentales: la **no discriminación**, el **interés superior** del niño, su **supervivencia, desarrollo y protección**, así como su **participación** en decisiones que les afecten.

4.-La discriminación, hoy en Chile, surge desde el desconocimiento del otro y sus orígenes, y como este enfrenta los cambios en un escenario diferente. Esta sociedad receptora, debe aprender a convivir con las diferencias, si desea avanzar hacia la interculturalidad y menos hacia el prejuicio.

Por lo que se hace necesario educarnos desde y hacia la comunidad, incluyendo a los colectivos extranjeros, para acercarnos a sus percepciones individuales de interacción cotidiana con las personas e instituciones en este país.

En este elemento conviven la ignorancia y la falta de educación social según los señalados por Silvia Schemlkel, (generación y análisis de secuencias 2006). Para comenzar a pensar en cambios, se requiere:

- Reconocer el derecho de todos a crecer desde su diferencia.
- Promover el diálogo entre culturas y a constatar el mutuo enriquecimiento resultante de ello
- Profundizar la democracia: un país multicultural que quiere ser democrático, tiene que transitar de la multiculturalidad a la interculturalidad, desde el Pluralismo, Tolerancia, Escucha de minorías y Justicia.

Desde esta perspectiva, es tiempo de masificar la importancia de los derechos humanos e igualdad de las personas, como cambio paradigmático en nuestra sociedad chilena frente a este fenómeno social, que va en aumento exponencialmente y que afectaría en forma positiva el desarrollo de la convivencia comunitaria interna.

Se debe indicar que el día Internacional de la Eliminación de la Discriminación Racial que se celebra el 21 de marzo, por lo que es importante mencionar que para construir un país que camina al desarrollo, necesita ser inclusivo y erradicar la discriminación hacia los/as migrantes.

5.- Para ello es muy importante la capacitación que se les otorgue a los funcionarios de la salud, en todos los niveles, hacia un mejor trato usuario, que aprendan palabras básicas de comunicación, para que en el momento que la facilitadora(or) pueda comunicarse básicamente con el extranjero y por parte de los inmigrantes a través de los conversatorios que ellos se puedan integrar y proponer nuevas instancias que mejoren su Acceso a la red pública de Salud.

Esto es a través del programa “Migrantes del Servicio de Salud Metropolitano Norte”

Si bien hay facilitadores lingüísticos generalmente es uno o una por consultorio por lo que se hace verdaderamente insuficiente para la cantidad de inmigrantes que llegan sobre todo a la atención primaria o a la urgencia.

El hablar el mismo idioma en el caso de las mujeres haitianas y desde allí poder tener una mejor llegada, ya que se encuentran en situación de vulnerabilidad, sobre todo la mujer embarazada, en otro país, a lo mejor sin mucha red de apoyo por lo que tienen muchas dudas, esto también beneficia al personal sanitario, para dar mejores instrucciones a las pacientes y mejorar la atención de una manera más expedita.

Desde la perspectiva de Trabajo Social la importancia que tiene la disciplina en salud es fundamental ya que no solo es el nexo entre el médico y el paciente, sino que de manera complementaria interviene en todos los aspectos sociales y médicos, conformando parte del equipo de trabajo y al ser una profesión interdisciplinaria, permite ser parte de la red y trabajar con ella para la restauración de la salud en ámbitos como prevención, educación, etc.

6.- Ante esta nueva realidad se hace más inminente una nueva legislación de acuerdo a los tiempos, para regular jurídicamente y con un marco normativo claro y desde allí hacer políticas públicas más adecuadas y más actuales al tiempo. En cuanto a salud una nueva ley de migración permitirá que las personas puedan seguir reconocer sus derechos y puedan recibir una adecuada atención y promoción en salud, para realizar la prevención de las enfermedades.

Debemos recordar que la ley antigua fue dictada en 1975 por el régimen militar, dado ese contexto la normativa tienen una fuerte influencia del resguardo a la seguridad nacional y contempla márgenes de discrecionalidad a la autoridad que favorece la instalación de discriminación hacia ciertos grupos, amparados en el bien común, los especialistas concuerdan que se debe transitar hacia un marco que integre la normativa internacional en derechos humanos en la materia , que contemple un enfoque de derechos y que asuma que la migración es parte de un proceso global.

7.- Podemos concluir también que las determinantes sociales también influyen en la salud de la población por lo que la falta de condiciones básicas como vivienda, educación y empleo precario o cesantía, producen en la población migrante un grado de vulnerabilidad mayor y si a esto incluimos indocumentación es más delicada su situación.

La situación de las condiciones de vida de los migrantes hace la diferencia, de un inmigrante con red de apoyo que es hablante de español y otra que sea haitiana sin red de apoyo no hablante... Son situaciones que son determinantes que llevan a una desigualdad, para ello una política pública inclusiva, en la cual su primera red de apoyo sean sus propios compatriotas, donde la trabajadora social tiene un rol muy importante a través de la sociabilidad de ellos, ser orientador, educador, coordinador, gestor, planificado, apoyar la educación sanitaria y comunitaria para conseguir mejorar las condiciones de vida, para ellas y su bebe que viene en camino, También para entorno. Orientar a las mujeres y realizar programas de intervención en comunidad, desde lo micro social hasta lo macro social realizando propuestas concretas a las autoridades ya sean locales o de otra instancia.

Otorgarles las herramientas necesarias para salir adelante, con lo que emprendan o trabajen, prestarle apoyo no solo en lo social, sino también en lo médico y psicológico.

8.- Dentro de los hallazgos de este trabajo se concluye la dualidad de la ley de migración, con la mujer en estado de Gestación ya que la ley indica que al respecto, mediante el oficio circular N° 1.179 de 28 de enero de 2003, del Departamento de Extranjería y Migración, se instruye a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria cuyo valor está sujeta a cancelar en dólares según su país de origen, que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo. Que para eso ella obtendrá el RUN Rut Único Nacional, pero al momento de renovar su residencia temporal, en el departamento de extranjería y migración, solicita a la mujer las cotizaciones para acceder a la residencia permanente.

Asimismo, el oficio circular N° 6.232 de 26 de mayo de 2003 del Departamento de Extranjería y Migración, cuyo propósito es precisar el sentido y alcance de la circular N° 1.179, amplía el beneficio mencionado para las mujeres extranjeras que, habiendo tenido residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar tanto su condición de irregularidad y que son atendidas en los consultorios públicos correspondientes a su domicilio, en calidad de madre en gestación, se les otorga la residencia temporal por el tiempo de embarazo y lactancia materna.

En Fonasa queda en la Modalidad MAI, (Modalidad de atención inmigrante) que representa la atención en toda la red de salud como la primaria, secundaria y terciaria, con derivación a entidades privadas (vía convenio) si así el establecimiento lo requiriera.

Otro punto que se ha detectado es la baja posibilidad de acceder a una licencia médica por maternidad a raíz de la ausencia de un contrato de trabajo y del requerimiento de tener a lo menos un año de cotización para hacer efectivo el pago del subsidio lo que implica que las mujeres irregulares, que trabajan tienen muy bajas posibilidades de mantener sus ingresos durante el proceso de parto y puerperio.



## GLOSARIO

### **Acogida humanitaria de inmigrantes recién llegados**

La llegada de personas inmigrantes en situación de vulnerabilidad a determinados Puntos del territorio chileno ha exigido la actuación urgente de los poderes públicos y de las entidades sociales para prestar la necesaria atención humanitaria y dar respuestas a las distintas necesidades sobrevenidas (atención socio sanitaria de urgencia, programas de acogida temporal y atención a las necesidades básicas).

### **Aculturación**

Es un proceso mediante el cual los inmigrantes cambian su orientación cultural, identificándose con los valores y costumbres de la sociedad de acogida pero sin abandonar completamente los rasgos identitarios que provienen de su cultura de origen, morales, instituciones y costumbres de los pueblos hebreos principalmente.

### **Apátrida**

Persona que ningún Estado considera como nacional suyo, conforme a su legislación. (Art. 1 de la Convención sobre el estatuto de los apátridas, de 1954). Como tal, un apátrida no tiene aquellos derechos atribuibles a la nacionalidad, como, por ejemplo, en el contexto de la protección diplomática de un Estado en que el principio aplicable es que un Estado solamente puede ejercer la protección diplomática en favor de sus nacionales. Por tanto, el apátrida sólo podrá disfrutar de la protección diplomática “en el momento del perjuicio y en la fecha de la presentación oficial de Derecho Internacional sobre Migración la reclamación, tenga residencia legal y habitual en ese Estado.”

### **Carácter holístico de las políticas de integración**

Las políticas de integración deben tener en cuenta no sólo los aspectos económicos y sociales de la integración, sino también los problemas relacionados con la diversidad cultural y religiosa, la ciudadanía, la participación y los derechos políticos.

### **Cohesión social**

Cohesión significa literalmente “mantenerse unidos”. Promover la cohesión social consiste en intentar “que todos tengan un sitio en la sociedad”.

### **Denegaciones de Entrada o Rechazos**

Implican que el extranjero no logra penetrar en el país de acogida porque es retenido en la frontera por no tener su documentación en regla.

### **Derecho a la unidad familiar**

La familia, elemento natural y fundamental de la sociedad tiene el derecho a vivir unida, recibir respeto, protección, asistencia y apoyo conforme a lo estipulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948(Art. 16 (3); la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969(Art. 17); el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, 1950 (Art. 8); la Carta Social Europea de 1961 (Art. 16); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1966 (Art. 17 y 23) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 1). Este derecho, protegido por el derecho internacional, no está limitado a los nacionales del Estado territorial.

### **Discriminación**

La discriminación se basa en la creencia de que unas personas son inferiores a otras o por el hecho de pertenecer a una etnia o raza, a un sexo...lo cual conduce a tratarlas de modo desigual. Tiene su origen en los estereotipos y prejuicios que existen sobre los diferentes grupos humanos (mujeres, gitanos/as, personas negras, inmigrantes, etc.) Hablamos de doble o triple.

### **Discriminación laboral de las mujeres**

Los procesos de segregación que padecen las mujeres inmigrantes responden, en general, a las mismas pautas que sufren en el mercado de trabajo las mujeres españolas: las condiciones del mercado en que se insertan las conducen inicialmente a ramos de actividad muy feminizadas, con un alto nivel de precariedad laboral y, a veces, socialmente estigmatizadas. Los efectos de la discriminación se incrementan cuando se asocian al de identidad étnica.

### **Emigración**

Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier país, incluido el suyo. Sólo en determinadas circunstancias, el Estado

puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales.

### **Emigrante**

Persona que sale de un territorio para asentarse en otro. Una persona ese migrante en el territorio en que sale e inmigrante en el territorio en el cual se asienta. Migrante es el término que agrupa tanto a emigrantes e inmigrantes.

### **Estigma**

El estigma se produce porque una persona pertenece a un grupo determinado y automáticamente esas personas son devaluadas en situaciones concretas. Es decir, no siempre los estigmas tienen que producir discriminación o exclusión en todo tipo de situaciones. Es importante remarcar que la noción de estigma se refiere a las relaciones entre las personas más que a los atributos reales que tenga un individuo. Una característica es aceptada o no por la sociedad según el marco socio-cultural en el que se desarrolle. “El estigma es una marca, una señal, un atributo profundamente deshonroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien “manchado” (Goffman, 1963).

### **Exclusión**

Acción por la que una persona o grupo es separado del conjunto de la sociedad o de alguno de sus procesos esenciales aunque se le siga considerando parte de dicha sociedad.

### **Exclusión social**

Se entiende por exclusión social el proceso por el que una persona o grupo social no se desarrolla en forma integrada dentro de una determinada sociedad, generalmente debido a razones socioculturales que así lo han determinado. La falta de participación política, económica, social y cultural es uno de los síntomas visibles de la exclusión.

### **Expulsión**

Acto de una autoridad del Estado con la intención y el efecto de asegurar la salida del territorio de ese Estado de una o varias personas (extranjeros), contra su voluntad.

### **Extranjero**

Persona que no es nacional de un Estado determinado. El término abarcaría El apátrida, el asilado y el refugiado.

### **Extranjero indocumentado/irregular**

Extranjero que entra o permanece en un país sin la documentación requerida. Ello incluye, entre otros, (a) quien, sin documentación para entrar al país, ingresa clandestinamente; (b) quien entra utilizando documentación falsa; (c) quien después de haber ingresado con documentación legal permanece en el país después del tiempo autorizado o, si habiendo violado las Condiciones de entrada, permanece en él sin autorización.

### **Feminización de la inmigración**

La feminización de la inmigración es una realidad que se va constatando en los últimos años, y que consiste en que el porcentaje de mujeres inmigrantes ha ido aumentando notablemente. Dicha feminización plantea retos específicos a las políticas de integración que deben incluir la transversalidad de la perspectiva de género.

### **Gestión migratoria**

Término que se utiliza para designar las diversas funciones gubernamentales relacionadas con la cuestión migratoria y el sistema nacional que se encarga, en forma ordenada, del ingreso y la presencia de extranjeros dentro de los límites de un Estado y de la protección de los refugiados y otras personas que requieren protección. Sin embargo, gestionar la forma y dinámica de futuros flujos de inmigración para que convengan a la economía de la UE puede resultar difícil en la práctica pues la inmigración es consecuencia de múltiples factores que pueden escapar al control de cualquier poder público por sí solo.

### **Igualdad de derecho**

Igualdad formal ante la ley. Equiparación mediante medidas legislativas.

### **Igualdad de oportunidades**

Los Estados Miembros y las autoridades de gestión velarán porque los programas operativos incluyan una descripción de la manera en que se favorece la igualdad entre hombres y mujeres en la programación, la aplicación y el seguimiento, así como en la evaluación. La interpretación de la igualdad, se traduce, básicamente en: la participación “numérica” equilibrada de hombres y mujeres como beneficiarios de los programas.

### **Igualdad de trato**

Ausencia de toda discriminación, tanto directa como indirecta, basada en el origen racial o étnico.

### **Inmigración económica**

La inmigración económica es la que se desplaza a otro país para mejorar su poder adquisitivo o para mejorar simplemente su situación en el mercado laboral. Ésta puede desempeñar un papel en la corrección de los desequilibrios del mercado laboral, a condición de que las cualificaciones de los trabajadores inmigrantes sean adecuadas. A corto plazo, la inmigración laboral puede ayudar a reducir las carencias de mano de obra que padecen, en particular, los sectores de las tecnologías de la información y la comunicación, las tecnologías avanzadas o la asistencia sanitaria, pero también algunas profesiones o sectores poco cualificados, como la construcción o la agricultura.

### **Inmigrante**

Persona que se desplaza de un territorio para asentarse en otro. El desplazamiento puede ser: dentro de un mismo país (migración interior) o de un país, otro (migración internacional). La persona inmigrante puede tener: la misma nacionalidad del país al que llega (migración de retorno), o una nacionalidad diferente (migraciones de extranjeros). (Ver migrante internacional).

### **Inmigrantes con necesidades específicas**

Algunos inmigrantes tienen necesidades y prioridades específicas que deben tenerse en cuenta en las estrategias de integración globales. Éste es el caso de los refugiados, las personas que gozan de una protección internacional, las mujeres y los jóvenes inmigrantes de segunda o tercera generación.

### **Inmigrantes de segunda o tercera generación**

Se denomina así a los hijos o nietos de inmigrantes nacidos en el lugar de destino. El término en realidad no es correcto porque los nacidos en un país no son inmigrantes en ese país.

### **Inmigrantes irregulares**

El trabajo no declarado de los residentes no regularizados constituye una preocupación grave, que requiere una acción que reduzca su atracción cara a los

empleadores y a los potenciales inmigrantes irregulares. La Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género considera que la transformación de empleos no declarados en empleo legal es un factor fundamental para luchar contra la inmigración económica ilegal, de la que las mujeres son víctimas frecuentemente.

### **Integración**

La integración es un proceso de ajuste mutuo bidireccional y continuo, dinámico y a largo plazo, y no un resultado estático. Requiere la participación no sólo de los emigrantes y sus descendientes sino de todos los residentes. El proceso de integración implica una adaptación por parte de los inmigrantes, tanto mujeres como hombres, todos los cuales tienen derechos y responsabilidad en relación con su nuevo país de residencia. También implica a la sociedad receptora, que debe crear oportunidades para la plena participación económica, social, cultural y política de los inmigrantes.

### **Integración cultural y social**

Se refiere a la relación que mantiene el inmigrante con la población autóctona y a los valores y costumbres de la sociedad de acogida, así como el dominio del idioma y el conocimiento de la cultura del país de acogida.

Pueden existir vínculos entre los miembros de ambas poblaciones y los inmigrantes pueden ir participando, en igualdad de condiciones, en las organizaciones sociales y en los servicios públicos generales. El inmigrante, a través del camino recorrido, puede ir teniendo una sensación de seguridad y estabilidad, comprobando que está inserto en una manera consistente en la sociedad de acogida y compartiendo las nociones de ciudadanía.

### **Integración laboral**

El empleo es un medio importante para que los inmigrantes aporten una contribución visible a las sociedades de los Estados miembros y participen en la sociedad de acogida. En el lugar de trabajo, la integración de los inmigrantes puede fomentarse mediante el reconocimiento de las calificaciones adquiridas en otro país, la facilitación de oportunidades de formación para adquirir las capacidades exigidas en el lugar de trabajo y el establecimiento de políticas y programas que faciliten el acceso a un empleo y la transición hacia el mundo laboral. También es importante que existan incentivos y oportunidades suficientes para que los inmigrantes busquen y consigan empleo, en particular aquellos que tengan la perspectiva de asentarse.

### **Integración legal y política**

Se refiere a las decisiones políticas y las estructuras legales que afectan a los inmigrantes, así como el uso de los derechos y obligaciones vinculados a la ciudadanía. Los temas que se abordan son la nacionalización de los inmigrantes, la reagrupación familiar y la participación en los procesos democráticos.

### **Interculturalidad**

La interculturalidad pone el acento preferentemente en el aprovechamiento de la diversidad para establecer un diálogo permanente entre las diferentes culturas de forma que, respetando las diferencias, se vaya construyendo entre todos una convivencia justa y satisfactoria, de una mayor riqueza y con unas perspectivas más amplias que venga a ser como la síntesis de los diversos elementos de todas ellas.

### **Intolerancia**

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en las convicciones cuyo fin o efecto sea la abolición del reconocimiento, el goce o el Ejercicio de igualdad de los derechos humanos y las libertades fundamentales, para un grupo determinado de individuos.

### **Legalización**

Acto de legitimar. Autorización o justificación por un acto legal. También se trata del acto de validación de un documento ante las autoridades del Estado en el que se utiliza.

### **Mediación intercultural**

Es la intervención de terceras personas, generalmente profesionales, en la resolución de conflictos o simplemente en el acercamiento de la población autóctona y la inmigrada en los distintos aspectos de la vida ordinaria (sanidad, educación, trabajo, vivienda.) Es un servicio cada vez más extendido tanto en las administraciones locales como en las entidades privadas en contacto con la población inmigrada. Sería como el resultado de la acción de tender puentes o trabajar por el entendimiento entre personas de diferentes culturas que, por razón de esas mismas culturas, se encuentran ante un conflicto.

### **Migración**

Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus

causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos.

### **Migración irregular**

Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas.

### **Migración regular**

Migración que se produce a través de canales regulares y legales.

### **Migrante**

Migrante es la persona que se desplaza de un territorio a otro. Es emigrante en el territorio del que sale e inmigrante en el territorio al que llega.

### **Migrante documentado**

Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él, de acuerdo al criterio de admisión.

### **Migrante irregular**

La situación de los extranjeros en un país puede ser irregular por diversos motivos. La más común es entrar en un país sin la debida documentación autorización, en este caso la situación irregular desde el momento en que llegan. Pero, además, los extranjeros los que entran de forma legal pueden perder su condición de regular si cambian de actividad o caducan sus permisos administrativos, ejemplos: turistas que trabajan, inmigrantes a los que no se renuevan los permisos de residencia o de trabajo, solicitantes de asilo a los que se deniega la solicitud pero que no abandonan el país...

### **Multiculturalidad y Pluriculturalidad**

Existencia simultánea de personas y grupos de varios orígenes culturales. El término no define, por sí mismo, ningún tipo de convivencia entre ellos. En efecto, pueden convivir de una manera paralela sin mezclarse entre ellos. Dicha situación, mantenida durante mucho tiempo, significaría o ahondaría en el desconocimiento mutuo y podría llevar, incluso, a enfrentamiento entre una cultura y otra. En este sentido, hay que diferenciar estos conceptos del de la interculturalidad.

### **Multiculturalismo**

El modelo multicultural está basado en la convivencia de distintas culturas, supone que la inmigración es permanente y refuerza el carácter plural de la sociedad. Es preciso favorecer el diálogo entre la población autóctona y las comunidades o minorías étnicas para evitar que sus culturas respectivas se desconozcan entre sí. Tal modelo fomenta, en principio, que los inmigrantes preserven e incluso desarrollen su identidad cultural, aunque queda por conseguir su entramado con la cultura autóctona.

### **No discriminación**

La no distinción por el simple hecho de pertenecer a un determinado grupo social. La discriminación está prohibida por el derecho internacional. Así se ha consignado en diferentes instrumentos internacionales de Derechos Humanos entre los cuales el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 en el que se señala en su Artículo 26 que: "Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección y la ley.

### **Orden de expulsión**

Acto administrativo o judicial de un Estado por el que se comunica a un no nacional la prohibición de permanecer en el territorio de ese Estado. Esta orden se da si la persona entró ilegalmente al territorio de ese Estado o si ya no está autorizada a permanecer en él. Esta orden va acompañada, por lo general, de la notificación de que será ejecutada, de ser necesario, por medio de la deportación.

### **País de destino o país receptor**

País al que se dirigen flujos migratorios (legal o ilegal). Un país asume el papel de país de destino (o receptor) cuando centra sus políticas en cuestiones relacionadas con la admisión, el empleo y la estancia de extranjeros en su territorio. Los países que se consideran principalmente de destino establecen complejos sistemas normativos para

regular la admisión y la estancia de extranjeros. En la situación actual de las migraciones internacionales todos los países son en alguna medida de origen de destino o de tránsito.

### **País de origen**

País del cual procede un migrante o flujos migratorios (legal o ilegal). Un país asume el papel de país de origen cuando se centra en políticas relativas a la emigración y al retorno de sus ciudadanos. Los países que se consideran principalmente de origen establecen instituciones y políticas centradas en la organización de la emigración de sus ciudadanos y en la protección de sus nacionales en el extranjero.

### **Participación Ciudadana**

Se entiende “Participación” como un proceso con el cual se quiere influir, crear o modificar situaciones y/o tomar decisiones en el entorno del individuo o colectivo en el espacio público y político. Participación es entonces un término del mundo político. Quiere decir que los individuos y colectivos que participan y actúan en los procesos del espacio público, tienen un papel político. Los/las participantes actúan como miembros de la sociedad, como sujetos en el espacio público, es decir, como ciudadanos. Para separar el término participación en el espacio político de la participación en el espacio privado usamos la expresión “participación ciudadana”.

### **Pasaporte**

Documento oficial que identifica a la persona como un nacional del Estado que lo emite. Es una prueba del derecho del poseedor, para regresar a ese Estado. En las prácticas occidentales, los pasaportes han sido utilizados para los viajes al extranjero, no como documento de identidad nacional. El pasaporte es el documento aceptado internacionalmente como certificado y prueba de la identidad y de la nacionalidad de una persona. Su valor probatorio es solamente prima facie.

### **Permanencia no permitida**

Permanencia en un país más allá del tiempo autorizado al ingresar. La población extranjera indocumentada está compuesta de quienes entraron ilegalmente y de quienes se quedan más del tiempo autorizado.

### **Personas desplazadas**

Los nacionales de un tercer país o apátridas que hayan debido abandonar su país o región de origen, y cuyo regreso en condiciones seguras y duraderas sea imposible debido a la situación existente en su país.

### **Planes de integración**

Son los planes que las políticas públicas ponen en marcha con la finalidad de promover la integración de la población inmigrante. Así, las Comunidades Autónomas tienen planes propios interdepartamentales de inmigración e integración, y disponen en su estructura administrativa de centros directivos y han creado órganos participativos (foros) de ámbito autonómico. Por su parte, numerosos municipios también cuentan con Planes de Integración propios mediante los cuales desarrollan programas específicos para la inmigración en su propia localidad.

### **Prejuicio**

Idea preconcebida, juicio de valor o generalizaciones hechas en relación con una persona, grupos de personas o cosas generalmente asociados a cultos o creencias religiosas, color de la piel, orientación sexual o género. Esto vinculado al desconocimiento de la realidad de estas personas, cosas o grupos de personas. Los estereotipos son una forma de prejuicio.

### **Racismo**

Conjunto de creencias que aseveran la superioridad natural de unos grupo sobre otro tanto a escala individual como institucional. El racismo va más allá de la ideología, sin embargo, involucra prácticas discriminatorias que protegen y mantienen la posición de ciertos grupos y persevera la posición inferior de otros. Se trata de un concepto utilizado genéricamente para referirse a la discriminación de las minorías raciales, étnicas o nacionales. Consiste en el trato discriminatorio, segregacionista, insultante o dañino en cualquier aspecto, que se otorga a alguien perteneciente a un grupo humano racializado; dicho trato se apoya precisamente sobre la inferiorización ala que ese grupo ha sido sometido, o que sirve para generar o aumentar esa inferiorización. Una acción sólo puede ser calificada de racista si se ejerce contra alguien perteneciente a un grupo que ha sido previamente racializado, o se ejerce contra el propio grupo con el objetivo de racializarlo. Se suele distinguir tres dimensiones del racismo: el racismo como prejuicio (estereotipos, opiniones, creencias, etc.); el

racismo como prácticas (discriminación, segregación, violencias, etc.); y el racismo como ideología (teorías, doctrinas y visión del mundo).

### **Regularización**

Proceso por el cual un país permite a un extranjero en situación irregular obtener un status legal. Prácticas usuales incluyen la amnistía (también conocida como “legalización”) a extranjeros que han residido en el país en situación irregular por un determinado período de tiempo y que no hayan sido considerados inadmisibles.

### **Residencia**

Lugar en que se habita por un tiempo determinado. La residencia se distingue del domicilio que es el lugar de morada fija y permanente. Usualmente residencia significa sólo la presencia física como habitante en un sitio determinado, mientras que domicilio de hecho requiere, además de la presencia física, la intención de hacer de él, la sede de sus negocios e intereses. Una persona puede tener al mismo tiempo más de una residencia, pero sólo un domicilio.

### **Residencia habitual**

Lugar en un país en donde una persona vive y en donde normalmente transcurre u período diario de descanso

### **Residencia permanente**

Derecho otorgado por un Estado a un no nacional para vivir y trabajar de forma permanente (ilimitada) en su territorio.

### **Residencia por razones humanitarias**

Esta situación se contempla en los casos de personas inmigrantes que permanecen en España en situación administrativa irregular por un tiempo prolongado y no han podido ser expulsados. El Reglamento de la Ley de Extranjería prevé, con ciertos requisitos que, a través de la figura del arraigo social, se conceda la residencia por razones humanitarias dichos inmigrantes.

## **Retorno**

En sentido amplio, acto o proceso de regresar. El retorno puede ser dentro de los límites territoriales de un país como, por ejemplo, los desplazados internos que regresan y los combatientes desmovilizados; o, desde el país receptor (tránsito o destino) al país de origen, como por ejemplo los refugiados, los solicitantes de asilo y nacionales calificados. Hay sub-categorías de retorno que describen la forma en que se organiza: voluntario, forzoso, asistido y espontáneo; y otras sub-categorías que describen las personas objeto del retorno como, por ejemplo, repatriación (de refugiados).

## **Segregación**

La segregación es una de las muchas formas que puede adoptar la discriminación. La segregación mantiene a uno o varios grupos a distancia y les reserva espacios propios, que únicamente puede abandonar en determinadas condiciones, más o menos restrictivas.

## **Sensibilización**

Conjunto de acciones que pretende influir sobre las ideas, percepciones, estereotipos, conceptos de las personas y de los grupos para provocar un cambio de actitudes en nuestras prácticas sociales, individuales y colectivas.

## **Xenofobia**

Odio, repugnancia u hostilidad hacia los extranjeros. En el ámbito internacional no hay una definición aceptada de xenofobia aunque puede ser descrita como actitudes, prejuicios o conductas que rechazan, excluyen y, muchas veces, desprecia a otras personas, basados en la condición de extranjero o extraño a la identidad de la comunidad, de la sociedad o del país. Hay una relación muy estrecha entre racismo y xenofobia, términos difíciles de separar

## REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

- Álvarez-Gayou, J.L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Bronfman, Mario y Leyva René. *Migración y SIDA en México*, (2008), Tomado desde: Quintino, Frida. *Desarrollo de un mapeo analítico y propositivo sobre procesos de investigación acción relacionados a la migración y salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala*, México.
- *Glosario sobre Migración*. (2006). Organización Internacional para las Migraciones. Suiza: OIM Chile.
- Jiménez, M. (2003) *Inmigración, Mercado de Trabajo y género*. Fundación Centro de estudios. Departamento de Sociología, Andaluces., España
- Pedone, C. (2006) *Estrategias migratorias y poder: tú siempre jalas a los tuyos* Publicado por Editorial AbyaYala. España
- Pereyra, B (2005). *¿La unión hace la fuerza? Ciudadanía y organizaciones en el contexto de la migración*. En *Migraciones, Globalización y Género en Argentina y Chile*. Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el marco de los procesos de integración regional en América Latina, Fundación HeirinchBöll. Argentina.
- Pries, L.(2002), "Migración transnacional y la perforación de los contenedores de Estados-nación" en *Estudios Demográficos y Urbanos* (México: El Colegio De México), Vol. 17, N° 3, México
- Stefoni, C. (2003) *La inmigración peruana en Chile, una oportunidad de integración*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile
- Zavala, X. y Rojas, C. (2005) *Globalización, procesos migratorios y Estado en Chile*. En *Migraciones, Globalización y Género en Argentina y Chile*. Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el marco de los procesos de integración regional en América Latina, Fundación HeirinchBöll. Argentina.

## PÁGINAS ELECTRONICAS

- Construcción de la Ciudadanía Colegio Parroquial S.C. Borromeo. (2012). El estado Garante de derecho. 11 de junio de 2017, de Construcción de la Ciudadanía Colegio Parroquial S.C. Borromeo Sitio web:  
<http://construccionciudadana2012.blogspot.cl/p/estado-garante-de-derechos.html>
- Pellegrino, A.(2003) La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Serie Población y desarrollo, Sitio Web:[http://historia.ihnca.edu.ni/ccss/dmdocuments/Bibliografia/CCSS2007/tema3/Adela\\_Pellegrino.pdf](http://historia.ihnca.edu.ni/ccss/dmdocuments/Bibliografia/CCSS2007/tema3/Adela_Pellegrino.pdf)
- Vasquez de Kartzow, R., (2009). Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?. *Revista chilena de pediatría*, 80(2), 161-167. Sitio web:
- <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200009>/situacion de inmigrantes en chile
- <https://www.leychile.cl> –constitución política de Chile
- [www.crececontigo.gob.cl/](http://www.crececontigo.gob.cl/) programa integral
- pdf/publicaciones/2007\_Glosarioinmigrantes.pdf
- <http://conceptodefinicion.de/migracion/> Conceptos Migrantes
- [www.un.org/es/com](http://www.un.org/es/com) - Página Onu internacional-
- [www.cruzrojainternacional.com](http://www.cruzrojainternacional.com)- Pagina Cruz roja internacional-
- [www.oitorg/es/com](http://www.oitorg/es/com)- Declaración de los Derechos Humanos Onu.
- <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/> Programa Migrantes
- [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-52002016000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002016000100006) Migraciones impacto en Chile
- <http://www.sjmchile.org/wp-content/uploads/2016/05/Tri%CC%81ptico-Contratacio%CC%81n-de-migrantes.pdf>- Servicio Jesuita Migrante en Chile.
- [http://www.academia.edu/33059431/Estado\\_chileno\\_y\\_migraci%C3%B3n\\_Distinciones\\_sobre\\_el\\_ejercicio\\_de\\_la\\_protecci%C3%B3n\\_de\\_derechos.pdf](http://www.academia.edu/33059431/Estado_chileno_y_migraci%C3%B3n_Distinciones_sobre_el_ejercicio_de_la_protecci%C3%B3n_de_derechos.pdf) Estado chileno y migración Distinciones sobre el ejercicio de la protección de derechos.

- <http://www.extranjeria.gob.cl/acciones-de-integracion/> Pagina Extranjeria de Chile
- <http://www2.latercera.com/noticia/uno-cuatro-ninos-nace-hospital-san-jose-hijo-una-madre-extranjera/> Diario la Tercera.
- [http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf) La migración internacional como determinantes social de la salud en Chile, Cabieses B/ Bernales M/ M clyre AM, 2017.
- <https://fisioterapiajesusrubio.com/tag/biopsicosocial/> Modelo Biopsicosocial.
- <https://educacionnutricionalsite.wordpress.com/modelo-biopsicosocial/> Modelo Biopsicosocial.
- <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos> - FONASA
- <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134726/Protecci%C3%B3n-a-la-maternidad-y-el-amparo-de-las-trabajadoras-durante-el-fuero-maternal.pdf?sequence=1> - Protección a la maternidad y el amparo de las trabajadoras durante su fuero maternal.
-

