



Universidad de Chile

Facultad de Derecho

Departamento de Derecho Internacional

**EL DERECHO A SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES EN CHILE:**

**¿EXISTE UN MARCO NORMATIVO QUE REGULE LAS PRESTACIONES  
PSICOLÓGICAS PARA PERSONAS MIGRANTES?**

Memoria para optar al grado de licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales

SCARLET CAROLINA PASTENE AHUMADA

Profesora Guía: Rita Sofia Lourenço Lages De Oliveira

Santiago, Chile

2024

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, Manuel Pastene Guerrero y Sandra Ahumada Burgos, por ser mi pilar fundamental y estar junto a mí en cada paso que he dado, apoyando cada decisión que me ha permitido llegar hasta donde estoy.

Asimismo, quiero agradecer a mi tata y abuelita por estar presentes en mi vida brindándome sus consejos y siendo un apoyo incondicional.

Además, gracias a todas las personas que han formado parte de este proceso mis hermanos, tías, amigas, mi madrina Carla, por estar siempre apoyándome, aconsejándome con una palabra de aliento, y siempre con una paciencia inagotable.

Gracias a mis mascotas Nala, Dixie y Luna, cada una cumpliendo con ciclo fundamental en mi vida, por entregarme el amor más genuino que puede existir, dándome una recarga de amor y energía cuando lo necesitaba.

Finalmente agradecer a la Profesora guía Rita Lages de Oliveira, por los conocimientos entregados, tanto en lo profesional como en lo personal.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo I: Marco normativo nacional e internacional del derecho a la salud.....	9
1. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos.....	9
2. El derecho a la salud en el derecho chileno.....	12
3. Principios del derecho a la salud.....	21
Capítulo II: Barreras en el acceso a la salud mental de las personas migrantes en Chile .....	28
1. Deficiencias y problemas en el acceso a salud mental .....	28
Capítulo III: Desafíos pendientes para otorgar servicios de salud mental .....	35
1. Identificación de puntos a mejorar en las prestaciones de salud mental .....	35
2. Recomendaciones de entes internacionales sobre salud mental .....	41
CONCLUSIÓN.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	52

## RESUMEN

Este ensayo tiene como propósito conocer las obligaciones jurídicas del Estado chileno en materia de salud mental, de modo a permitir el efectivo acceso a servicios y prestaciones médicas a las personas migrantes en Chile. Para esto se realiza un análisis de la normativa nacional e internacional vigente, y los principios jurídicos que comprenden el acceso al derecho a salud con un enfoque en salud mental. Posteriormente se identifican los principales jurídicos que impiden o dificultan una adecuada atención de estas personas. Y finalmente se plantearán los desafíos pendientes que tiene nuestro país en esta materia acorde a los parámetros establecidos por entes internacionales.

**Palabras claves:** *Derechos Humanos - derecho a la salud - salud mental – personas migrantes.*

## ABSTRACT

The purpose of the essay is to know the legal obligations of the Chilean State in terms of mental health, in order to allow effective access to medical services and benefits for migrants in Chile. For this, an analysis of the current national and international regulations is carried out, and the legal principles that integrate access to the right to health with a mental health approach. Subsequently, the main legal aspects that prevent or hinder adequate care for these people are identified. And finally, the pending challenges that our country has in this matter will be considered according to the parameters established by international organizations.

**Keywords:** *Human rights – right to health – mental health – migrant people.*

## INTRODUCCIÓN

La inmigración en Chile ha aumentado de manera significativa en los últimos años. Una de sus características es que los inmigrantes son principalmente personas latinoamericanas cuyos países de origen presentan un deterioro político y/o económico, y Chile se les presenta como una de las principales opciones por su estabilidad política y económica.

La Ley de Migración y Extranjería (Ley N° 21.325, 2021), en su artículo 1, número 11, define migrante como la “persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional, fuera de su lugar habitual de residencia, independientemente de su situación jurídica, el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, las causas del desplazamiento o la duración de su estancia”. El desplazamiento voluntario o involuntario que implica la inmigración puede acarrear distintas consecuencias físicas y/o psíquicas para la salud del migrante.

Según estimaciones realizadas al 31 de diciembre de 2021 por el INE, el SERMIG y otras instituciones, la población extranjera en Chile está compuesta por 1.482.390 personas. Los datos entregados implican un alza de 1,5% respecto a igual fecha de 2020, y un aumento de 14,1% en comparación con 2018; considerando cifras actualizadas para ambos años (1.460.047 personas en 2020 y 1.299.432 personas en 2018) (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Es notorio, entonces, que la población inmigrante ha ido al alza generando una mayor demanda al sistema de salud. Esto se ve reflejado en cifras, por ejemplo, para el 2020 “un 75% de los/as extranjeros/as posee Fonasa (modelo público y un 12% Isapre (modelo privado)” (Servicio Jesuita a Migrantes [SJM], Colegio Médico y ICIM, 2022, p.3). Es decir, la mayor demanda por la prestación de servicios de salud se encuentra radicada en el sistema público.

El derecho a salud es un derecho universal consagrado en el artículo 25 de Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, DUDH). Es decir, es un derecho inherente a todo ser humano. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) establece que “el goce del grado máximo de salud que

se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1948).

La misma OMS, en el preámbulo de su Constitución de 1948, estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Y en esta misma línea ha estimado que debemos exigir “el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental” (Naciones Unidas, s.f.). En el mismo sentido, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en adelante, PIDESC (1976) en su artículo 12 plantea que “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Por esto, Chile, en busca de brindar soluciones a las necesidades de las personas migrantes, ha implementado diversas prestaciones de salud que buscan satisfacer los parámetros establecidos por la OMS, de manera que el Ministerio de Salud ha establecido que:

*Todas las personas migrantes tienen derecho a acceder a prestaciones de salud pública, como: métodos de regulación de fertilidad, controles nutricionales, vacunas, mamografías, Papanicolaou, aplicación de Test de Elisa, atención de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual), entre otras.*

*En el sistema público de salud, los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, el parto y hasta 12 meses después del parto, aun cuando se encuentren en situación migratoria irregular, tienen derecho a: acceder a todas las prestaciones de salud que requieran, incluidos los controles médicos durante todo el embarazo y el control anual de crecimiento del niño hasta los 9 años (conocido como “control del niño sano”) y todas las prestaciones del Chile Crece Contigo. (Ministerio de Salud, 2019).*

Sin embargo, estos programas han tenido una orientación que no parece ser suficiente pues se han enfocado en satisfacer las necesidades de salud física de las

personas migrantes, sin considerar como se planteó anteriormente que el acceso a la salud también tiene que abarcar el ámbito mental.

Así pues, el concepto de salud mental según la OMS es “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS, 2022a). En este contexto debemos considerar que el proceso de migración puede suponer una serie de dificultades como “tomar la decisión de cambiar de residencia, despedida de nuestro lugar de origen, incertidumbre acerca de nuestro futuro, barreras lingüísticas, dificultades burocráticas, falta de red de apoyo, pérdida de identidad” (Baliña, 2020). Y estas barreras pueden generar un gran impacto psicológico desde el momento en que se decide cambiar de residencia, ya que los migrantes se desplazan largas distancias en precarias condiciones sufriendo diversas dificultades, donde se pueden ocasionar situaciones estresantes que afecten su salud mental.

En efecto “entre las causas de estrés se pueden incluir la ausencia de apoyo familiar o social, la discriminación, el origen étnico o el tiempo que se pasa en el país de acogida” (OMS, 2022b, p.17). Por lo que resulta imperativo que los países de acogida no solo tengan un enfoque en el concepto de salud física, sino que abarquen de manera integral los problemas psicológicos que pueden presentarse asociados al proceso migratorio. En concreto algunos de los problemas psicológicos que pueden presentarse son “estrés de adaptación cultura, choque cultural, duelo migratorio, síndrome de Ulises” (Baliña, 2020).

Estos síntomas se ven reflejados en un estudio que se realizó el 2008, en la comuna de Independencia donde se constató que “el 47,6% de la población migrante entrevistada declaró tener una salud mental mala o regular y un 26% declaró no haber accedido a servicios de salud frente a la presencia de una enfermedad, por motivos vinculados al desconocimiento del sistema de salud chileno, por el costo o no tener RUT” (Cabieses et al, 2021, p.126).

Además, es importante considerar que, con el aumento de inmigración, nuestro país ha enfrentado en consecuencia un aumento de población, que como se mencionó

se ha centrado en una mayor demanda al sistema de salud. Esto sumado a la población nacional ya existente que está demandando el uso de las diferentes prestaciones de servicios de salud, especialmente en centros de salud primaria como Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) que se encargan de la atención de urgencias medidas de menor complejidad, es decir:

*Las atenciones de salud que se proporcionan son ambulatorias y de rápida resolución. Por ejemplo, las campañas de vacunación, los tratamientos a pacientes crónicos (hipertensos, diabéticos), los controles de niño sano, la entrega de medicamentos, leche y sopas de crema para adultos mayores (OIM, 2022, p.4)*

Por lo que resulta relevante comprender las medidas o planes existentes para afrontar los diversos problemas que implican un acceso a la salud mental.

Las personas migrantes son sujetos de derechos, entre ellos el derecho a la salud que, como vimos, incluye una dimensión física, mental y social, por lo que es relevante investigar si existe un adecuado marco normativo en materia de salud mental para migrantes en Chile.

Un buen plan de salud mental implica la cooperación no solo del Estado, sino que tiene gran relevancia el rol que pueden desempeñar instituciones internacionales dentro de las que se encuentran la Organización Internacional para las Migraciones (en adelante, OIM), la OMS, etc., con la finalidad de establecer estándares globales que se puedan adaptar a la realidad local del país.

Por apoyo a salud mental se entiende “cualquier tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental” (OMS, 2022a). Por lo que un buen proyecto de salud mental implica la participación de los diferentes entes existentes. Pues como ha planteado el director general de la OMS, Tedros Adhanom, “en definitiva, no hay salud sin salud mental” (OMS, 2022c, p. V).

Considerando lo anterior, y con la finalidad de dar cuenta de si nuestro país posee con normativas específicas que obliguen al Estado a otorgar prestaciones psicológicas para personas migrantes. Metodológicamente, se investigará el marco normativo internacional y nacional del derecho a salud en general, con un enfoque en la salud mental, y se identificarán los principios básicos que rigen un adecuado acceso a salud.

Posteriormente, se identificarán los problemas que pueden presentarse durante el proceso migratorio, que puedan conllevar a patologías de salud mental por parte de las personas migrantes. Igualmente, se indagará si la regulación jurídica del sistema de salud chileno reconoce y garantiza en la práctica el derecho a la salud mental de las personas migrantes.

Finalmente, a partir de los estudios, informes, comentarios y observaciones brindados por entes internacionales, se formularán posibles soluciones jurídicas que permitan el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental a personas migrantes en Chile.

## **Capítulo I: Marco normativo nacional e internacional del derecho a la salud**

En este primer capítulo, se plasmará el marco regulatorio internacional y nacional existente y vigente respecto del derecho a salud, en general, y la salud mental, en particular. Luego se analizarán los principios del derecho a salud que deben regir para lograr un acceso óptimo en las prestaciones de salud que permitan el bienestar físico, mental de las personas.

### **1. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos**

En el ámbito internacional, en primer lugar, encontramos la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948. En su artículo 25 consagra el derecho a la salud, estableciendo que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)”. Es decir, el derecho a la salud es un derecho inherente a todo ser humano. En esta misma línea la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de la Constitución de 1948 estableció que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En concordancia con la DUDH, el PIDESC de 1976 establece en su artículo 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y también detalla una serie de medidas para asegurar la plena efectividad del derecho de salud física y mental. En vista de esto se ha planteado que;

*Cuando el artículo habla del “nivel posible”, alude a la obligación que tiene el Estado de adoptar todas las medidas que permitan cumplir con el objetivo de que la persona pueda gozar del mejor nivel de salud dentro de sus características particulares y de la gravedad de la enfermedad o del cuadro clínico que presente. (Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales [CDHUDP], 2015, p.285).*

Lo anterior se reafirma con el Protocolo de San Salvador de 1988 que en su artículo 10 reafirma que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el

disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Asimismo, detalla una serie de medidas que permitirían garantizar la efectividad de este derecho.

De esta manera el Estado adquiere la obligación de tomar todas las medidas necesarias, es decir, por ejemplo que las instalaciones cuenten con los servicios y personal médico capacitado para entregar a las personas prestaciones de salud con el más alto nivel posible, que le permitan lograr una mejoría en su estado de salud, pues se trata que una obligación de medios y no de resultados, es decir, se tienen que brindar todas las medidas posibles para la prestación del servicio y no se trata de una obligación de resultados porque “la obligación del Estado no es “curar” a la persona, sino adoptar todas las medidas necesarias para que ello suceda” (CDHUDP, 2015, p.285).

En relación con los niños, niñas y adolescentes, la Convención sobre Derechos del Niño (en adelante, CDN) de 1990 establece un marco normativo de sus derechos fundamentales, sin importar su raza, género, origen étnico, religión o cualquiera otra condición. En su artículo 24 se plantea que;

*Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (CDN, 1990)*

Complementariamente se enumeran una serie de medidas que deben adoptar los Estados Partes para lograr la plena aplicación del derecho de la salud. De esta manera se brinda una protección y desarrollo al derecho a la salud en los niños y se promueve la participación activa y se responsabiliza a los Estados para que cumplan con sus obligaciones.

Por otro parte, el Convenio Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1969 basado en el principio de igualdad y dignidad de todos los seres humanos establece, en su artículo 5, el goce a una serie de derechos, entre ellos, en su letra e, número iv, “el derecho a la salud

pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”, fijando de esta manera el derecho a la salud como un estándar básico que se encuentra presente en todas las personas sin hacer distinción en motivos de raza, color u origen nacional.

En esta misma línea, el Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1981, basándose en la obligación que tienen los estados de garantizar la igualdad en el goce de todos los derechos de hombres y mujeres, plantea en su artículo 11, letra f), “el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”. De esta manera se refuerza la idea de establecer un acceso a prestaciones de salud sin discriminación donde incluso en el artículo 12 del convenio se plantea que los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias que permitan un acceso igualitario a prestaciones de salud.

Asimismo, para las personas adultas mayores, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2017, adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) con el objetivo de promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores en los países de las Américas, contempla en su artículo 19 que “la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación”. Es decir, a diferencia de los otros convenios antes mencionados que hablaban del derecho a la salud, este convenio nos dice que la protección y acceso al derecho a la salud no solo se compone de un ámbito físico, sino que integra lo mental. A la vez, en sus incisos siguientes, el citado artículo enumera una serie de políticas públicas que los Estados Partes deben diseñar e implementar con la finalidad de brindar una atención integral de salud a los adultos mayores, y de esta manera prevenir y abordar situaciones de discriminación, maltrato y abuso.

En relación con las personas migrantes, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 1990 el Convenio internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familiares. Dicho convenio reconoce y protege los derechos humanos de todos los trabajadores migrantes,

independientemente de su estatus migratorio. En virtud de lo anterior el Convenio (1990) en su artículo 28 destaca 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.*

Mientras que el artículo 43 plantea que debe existir un acceso igualitario entre personas migrantes y nacionales en el ámbito de acceso a los servicios de salud, pero fijando que se cumplan los requisitos de los planes correspondientes. Esta idea pareciera condicionar a que el acceso de prestaciones de salud no podrá negarse cuando se trate de atenciones médicas de urgencia, mientras que al tratarse de prestaciones programadas por las personas existirá una distinción de acuerdo con si se cumplen los requisitos de los planes establecidos.

A su vez, el artículo 45 consagra que gozarán de acceso a derecho de salud los familiares de los trabajadores migrantes, estableciendo el mismo condicionante antes mencionado.

De manera que el convenio establece que todos los trabajadores migrantes y sus familias tienen derecho a la salud, la vida, la integridad personal, la libertad de pensamiento, la igualdad ante la ley y otros derechos fundamentales, con la finalidad de garantizar la igualdad de trato en el acceso a servicios públicos que brindan prestaciones de salud, entre los trabajadores migrantes y los nacionales del país en el que trabajan.

## **2. El derecho a la salud en el derecho chileno**

En materia de normativa nacional encontramos diferentes fuentes normativas sobre el derecho a la salud. En primer lugar, la Constitución Política de la República la norma suprema del país, en su artículo 19 número 9 consagra la protección del derecho mencionado y se establece, en el inciso segundo que “El Estado protege el

libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”.

En el mismo artículo, en el numeral 1, se estipula que se debe asegurar “El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”. Esta idea nos permite afirmar que implícitamente nuestra Constitución protege la salud física y mental de las personas, en línea con lo que plantea la OMS al establecer que la salud comprende un ámbito físico, mental y social. De esta manera nuestro país intenta brindar una atención integral a las personas que requieran un acceso a salud y esta manera cumplir con parámetros como son los establecidos por la OMS.

Por otro lado, en su artículo 5, inciso 2, se establece una limitación en el respeto de los derechos esenciales y entrega un reconocimiento a los tratados internacionales ratificados por nuestro país que se encuentren vigentes. Lo planteado en esta disposición es de suma importancia pues, al afirmar la existencia de derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, nos permite reafirmar lo planteado por la DUDH sobre la existencia de derechos inherentes a todas las personas, como es el derecho a la salud, que se fundamentan en su dignidad y valor intrínseco como seres humanos. Al hacerlo, la Constitución establece una base sólida para la protección de los derechos fundamentales en el país.

Además, se establece que el ejercicio de la soberanía tiene entre sus límites los derechos fundamentales. De esta manera, el Estado al momento de actuar debe hacerlo dentro de los marcos de la ley y los principios constitucionales, garantizando la protección de los derechos fundamentales como es el derecho a salud de las personas.

Asimismo, los derechos garantizados por la Constitución también están respaldados por los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentran vigentes. Esto implica que los derechos reconocidos en estos tratados tienen el mismo rango y protección que los derechos establecidos en la Constitución, fortaleciendo así la protección de los derechos humanos en el país.

A la luz de lo descrito debemos identificar y describir las fuentes normativas que actúan de manera complementaria para lograr lo establecido en la Constitución, es decir, una protección al ámbito del derecho a la salud que permita el acceso a prestaciones para las personas.

En estos términos, el Decreto con Fuerza de Ley N°725, que contiene el Código Sanitario de 1968, es de vital importancia pues, según su artículo 1, es el encargado de fomentar, proteger y recuperar la salud de las personas exceptuando aquellas sometidas a otras leyes. Por ende, el Código Sanitario establece un marco normativo para la protección de la salud de las personas y regula diversas actividades relacionadas con la salud pública, lo que significa contribuir a la prevención de enfermedades, garantizar la calidad y seguridad de los productos y servicios sanitarios, proteger los derechos de los usuarios y promover la salud del público en general.

El Decreto Ley N° 2.763 de 1979 dispone que el Ministerio de Salud debe garantizar la igualdad en el acceso a prestaciones de salud. En este sentido, el Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL) es el principal ente encargado de coordinar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (en adelante, SNSS) compuesto por los diversos organismos públicos.

El Decreto Ley N° 3.500 de 1980, regula el sistema de pensiones, tiene su importancia en relación con el derecho a la salud pues establece una cotización obligatoria para el sistema de salud.

Por otra parte, la ley N° 18.469 de 1985, tiene por finalidad entregar una protección al derecho a la salud mediante la creación de un régimen de prestaciones de salud. En ella se reafirma el acceso igualitario a prestaciones de salud, la libre elección para elegir al profesional, o el establecimiento e institución asistencial de salud, y establece diferentes categorías de beneficiarios y las prestaciones médicas a las cuales se puede acceder (exámenes de medicina preventiva, asistencia médica curativa y atención odontológica). Es importante su artículo 17 que permite a las personas indigentes o carentes de recursos recibir ciertas prestaciones de salud de forma gratuita.

La ley N° 18.933 de 1990, modificada por la ley N° 20.015 en el 2015, tiene como eje principal la creación de la superintendencia de instituciones de salud previsional y dictar normas para el otorgamiento de prestaciones de las Isapres. Dentro de su normativa se encarga de regular funciones y atribuciones de la superintendencia.

La ley N° 19.966, o ley AUGE de 2004, es la encargada de establecer un régimen de garantías en salud, para esto se determina una lista con una serie de patologías, en las que el estado se ve obligado a garantizar explícitamente que las personas obtengan un acceso, calidad, oportunidad, protección financiera en la atención de su patología. Hasta julio de 2023, el plan auge entregaba cobertura a 87 enfermedades que garantizan un acceso universal para todos los habitantes de nuestro país, cabe considerar que la lista de patologías se va ampliando en la medida que existan recursos del estado que permitan cubrir una mayor cantidad de patologías.

La importancia de la ley AUGE radica en que no hace distinción entre el plan de salud de las personas, por lo que es irrelevante si estas pertenecen a Fonasa o Isapre pues existe la obligación de prestar estas garantías si estamos en presencia de alguna de las patologías incorporadas en el plan.

Además, la ley N° 20.584 de 2012 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En su artículo 2 se establece que “toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”. Por ende, se confirma la universalidad del derecho a la salud, y que el estado de Chile mediante la implantación de sus normativas busca entregar un acceso sin discriminación a prestaciones de salud. El alcance de esta ley se aplicará:

*A cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud (Superintendencia de Salud, s.f).*

Es decir, no solo se encarga de regular las instituciones, sino que además se entrega un marco normativo aplicable a los profesionales encargados de brindar la atención de salud.

Con todas estas normas antes mencionadas se establece un marco regulatorio general del derecho a la salud, y estas normas al ser interpretadas en concordancia con lo dispuesto en el artículo 19 número 2 de la Constitución nos lleva a establecer que todos los habitantes que se encuentren en nuestro país gozan de una igualdad ante la ley, por ende, el marco normativo nacional es aplicable tanto a nacionales como personas extranjeras.

De igual manera existe regulación normativa que tiene como finalidad entregar mayor certeza sobre el derecho a la salud para personas migrantes. En primer lugar, la Ley de Migración y Extranjería (Ley N° 21.325), en su artículo 3, dispone un marco general de protección que se debe brindar a los derechos humanos para personas extranjeras que se encuentren en Chile, especificando que no se debe discriminar pues estos derechos humanos son exigibles sin importar la condición migratoria. Por otro lado, en sus incisos finales instruye sobre el deber del estado de asegurar la igualdad ante la ley y la no discriminación, además de tomar medidas que permitan la plena efectividad en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales los parámetros de la Constitución y de los tratados vigentes ratificados por Chile.

De esta manera, la Ley N° 21.325 al hablar de derechos humanos contempla el derecho a salud. De igual forma en su artículo 15 se refiere de forma específica a:

*Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales.*

*Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales.*

En virtud de esto podemos observar que las disposiciones siguen una idea de no discriminación, donde no se distingue por la condición migratoria de población

migrante, sino que prima el interés mayor que consiste en brindar acceso a prestaciones de salud.

Asimismo, el Decreto Supremo N°110 de 2004 del MINSAL, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, sigue la línea de lo planteado en la Ley N° 18.469, que en su artículo 17 estableció que personas indigentes o carentes de recursos reciban ciertas prestaciones de salud de forma gratuita. Mientras que en el artículo 29 se establece que estos beneficiarios serán clasificados en el grupo A, es decir, tendrán “copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública en la Modalidad de Atención Institucional (en adelante, MAI), y no tiene acceso a compra de bonos, pues es carente de recursos” (Fonasa, s.f). Si bien esto permite que personas de bajos recursos logren acceder a prestaciones de salud, no parece ser suficiente por lo que se implementó una modificación al Decreto N° 110.

Esta modificación se realizó mediante el Decreto Supremo N° 67 de 2015 que en sus considerandos plantea que el objetivo de la modificación se debe al aumento de personas migrantes en Chile, sin documentación y el deber del Estado de otorgar un acceso a prestaciones de salud, especialmente enfocado en personas migrantes que llegan de forma irregular, y no presentan documentos de inmigración. Por lo que, con la modificación se agregó al artículo 2 la circunstancia N° 4, es decir, “tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos” (DS N°67, 2015). Esto permite integrar a las personas migrantes sin documentos en el tramo A de Fonasa. Sumado a que como plantea el MINSAL:

*Esta modificación, además de tratarse de un importante avance en materia de equidad en salud, al equiparar los derechos de personas migrantes y nacionales en iguales condiciones, constituye una importante medida de salud pública y de inclusión social de la que se beneficia todo el país (Ministerio de Salud et al., 2017, p.19).*

En relación con lo último planteado, la Circular A 15 N°4 de 2016 completa lo establecido en el Decreto Supremo N°67 y, detalla las instrucciones para la aplicación de la circunstancia N°4.

En el 2017, el MINSAL, en su función de formular y fijar las políticas de salud, aprobó mediante la Resolución Exenta N° 1.308 la política de salud de migrantes internacionales en Chile. Esta es un instrumento marco que deberá considerarse al momento de establecer cualquier tipo de acción que se relacione con salud para personas migrantes. Este documento resulta de gran relevancia pues establece la normativa a seguir para respetar los estándares en el ámbito de salud al momento de otorgar las diferentes atenciones o prestaciones de salud para personas migrantes que se encuentren en nuestro país, pues, como ya se señaló esta normativa sigue los estándares constitucionales e internacionales vigentes.

Esta resolución establece una serie de normas que permiten que las personas migrantes obtengan el goce efectivo del derecho a la salud:

- *Oficio Circular N°1179, de 28 de enero de 2003, del Departamento de Extranjería e Inmigración, se instruye a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo.*
- *Oficio Circular N.º 6232, de 26 de mayo de 2003, del Departamento de Extranjería e Inmigración, 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, como que son atendidas en los consultorios públicos correspondientes a su domicilio.*
- *Resolución Exenta N.º 3972 del 16 de junio 2007, Aprueba Convenio de Colaboración Técnica entre Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud. Tratándose de las personas migrantes que se encuentran en calidad de refugiados, en*

*virtud del Convenio celebrado entre el FONASA y la Subsecretaría del Interior, aprobado por la R. E. N° 2453 de 2007, se les asegura la entrega de completa cobertura de salud en la red pública*

- *Resolución Exenta N°1914, de 10 de marzo de 2008, se aprobó el convenio de colaboración entre Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Mediante dicho instrumento los ministerios acordaron generar los procedimientos necesarios para proporcionar atención en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones de sus pares chilenos a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años migrantes, con independencia de su situación migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales; e inscribir a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentren en condición migratoria irregular, en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio, pudiendo además solicitar un permiso de residencia temporaria con el certificado que acredite esta inscripción.*
- *Oficio ordinario N° 3.229, de 11 de junio de 2008, del Ministerio de Salud, a propósito del convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, se instruyó que las personas extranjeras que se encuentren en Chile en condición migratoria irregular tienen derecho a atención médica de urgencia.*
- *Oficio Circular A 15 N° 06, de 06 de junio de 2015, del Ministerio de Salud, sobre “Atención de salud de personas inmigrantes” desvincula la atención de salud de la situación migratoria y establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años; a casos de urgencia donde se establece que sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas. Complementa el Ordinario A 14 N°3229 que no especificaba los aspectos del cobro de la prestación,*

*y reafirma el derecho a los bienes públicos de salud en los casos como la anticoncepción de emergencia, las vacunas, las enfermedades transmisión sexual y cuando sea necesaria la educación sanitaria.*

- *Circular A 15 N°4, de 13 de junio de 2016, imparte instrucciones para la implementación del Decreto Supremo N° 67, -que agrega la circunstancia de calificación de carencia N°4- y establece todas las vías de acceso al Sistema Público de Salud de las personas migrantes internacionales.*
- *Resolución Exenta 4 E N°1439, de 28 de marzo de 2016, del Fondo Nacional de Salud, que “Aprueba procedimiento de acreditación para inmigrantes sin documentos o permisos de residencia” y reitera la normativa más relevante de acceso a la atención de salud para esta población. (Ministerio de Salud et al., 2017, p.20-21).*

Todo lo anteriormente descrito, evidencia la existencia de un marco regulatorio en Chile sobre el derecho a la salud, el cual entrega una protección para las personas nacionales, y en virtud de normas constitucionales que disponen la existencia de una igualdad ante la ley y la no discriminación podemos extender esta protección a la salud para personas extranjeras, cumpliendo de esta manera con los parámetros internacionales establecidos por los tratados internacionales ratificados y vigentes en Chile.

En materia de acceso a prestaciones de salud para personas migrantes nuestro país ha establecido normas que permiten que estas pueden acceder a los servicios inclusive encontrándose de manera irregular en el país, pues se concibe el derecho a la salud como un derecho inherente a todas las personas, primando su universalidad.

Sin embargo, todo lo anterior no parece ser suficiente, pues el marco normativo que posee Chile es muy general y se enfoca en una dimensión física del derecho a la salud, sin comprender el ámbito mental que plantea la OMS al momento de establecer una definición de salud. Por ende, al existir un énfasis en la salud física y no existir un marco normativo encargado de regular las prestaciones o acceso a salud mental, resulta difícil lograr que las personas migrantes puedan acceder a prestaciones de

atención que permitan dar una solución efectiva a las diferentes patologías que pueden surgir a raíz del proceso migratorio.

### **3. Principios del derecho a la salud**

Los principios son “normas que ordenan que algo se realice en la mayor medida de lo posible, de acuerdo con las posibilidades fácticas y jurídicas” (Alexy, 2019, p. 56), es decir, son los pilares fundamentales encargados de promover comportamientos éticos, y ayudan en la toma de decisiones, pues la aplicación de los principios se realiza de manera complementaria a las normas jurídicas existente. En consecuencia, podemos señalar que el marco normativo encargado de brindar una protección al derecho a la salud presenta una serie de principios que resultan fundamentales para la protección del derecho en mención, pues se encargan de entregar parámetros que no pueden ser vulnerados.

La OMS ha planteado que para obtener el goce más alto de salud posible nos debemos regir por los principios: no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad (OMS, 2022d).

En cuanto al principio de no discriminación implica que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2000, p.4). Dado que este principio tiene como finalidad garantizar el acceso equitativo y justo a los servicios de atención médica y promover la igualdad de oportunidades en el disfrute del derecho a la salud, su aplicación garantiza que todas las personas tengan igual acceso a los servicios de salud y se les trate con dignidad y respeto, independientemente de sus características personales. Esta idea va en línea con la normativa nacional antes detallada donde no se distingue entre migrantes regulares e irregulares, para lograr un acceso a prestaciones de salud.

En relación con el principio de no discriminación se encuentra el principio de universalidad, pues como se ha planteado:

*El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.* (Organización Panamericana de la Salud [OPS], y OMS, s.f)

Por ende, la no discriminación y la universalidad son principios que se encuentran intrínsecamente ligados, y permiten otorgar una igualdad en trato y protección de los derechos humanos, permitiendo así que todas las personas tengan acceso a prestaciones de salud.

El principio de rendición de cuentas consiste en que “los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos” (OMS, 2022d). Este principio es de suma importancia, pues permite garantizar la transparencia, la responsabilidad y la legitimidad en la toma de decisiones y acciones en todos los niveles de gobierno, organizaciones e instituciones, y de esta manera la población obtiene una mayor confianza en que las instituciones actúan de manera eficaz en garantizar las prestaciones de salud promoviendo el respeto a los derechos humanos.

Sumado a lo anterior, la Observación General N° 14 realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que los estados deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, siendo estos los parámetros mínimos que deben garantizar los estados.

La disponibilidad consiste en que se “deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” (ONU, 2000, p.3). Todo esto en un contexto relacionado con el nivel de desarrollo que cuente el país, es decir, el nivel de la infraestructura, condiciones sanitarias etc., tienen como estándar el nivel económico del país, por lo

que mejores condiciones económicas suponen una mejor disponibilidad de prestaciones médicas. Esta idea de que la disponibilidad dependa de los recursos económicos de los países hace aumentar la brecha de protección del derecho a la salud entre países del primer y tercer mundo, pues estos últimos al no poseer una buena situación económica provocan que existe una inequidad en el acceso a la salud.

Mientras que la aceptabilidad dice relación con que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital” (OMS, 2022 e). De forma que se debe respetar a todas las personas, entregando un acceso igualitario sin discriminar a las personas por su situación migratoria. Debe existir, además, calidad, esta implica que:

*Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (ONU, 2000, p.4).*

Este tema resulta relevante, pues se espera que los estándares de calidad siempre se apliquen en la atención de las personas, para que estas obtengan una atención en tiempo oportuno.

Finalmente, la accesibilidad, es decir, “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos” (OMS, 2022d), y también encontramos que este concepto se refiere a “una relación entre los servicios de salud y los usuarios en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Flores-Sandi, 2012, p.181). La accesibilidad presenta cuatro dimensiones; la no discriminación, la accesibilidad física, económica y a la información.

La accesibilidad física comprende que los establecimientos encargados de entregar prestaciones de salud se encuentren territorialmente ubicados en lugares que permitan que todas las personas tengan un acceso, además deben contar con todas las

medidas de acceso al lugar en buenas condiciones para que personas con movilidad reducida tengan un trato digno al momento de asistir a los establecimientos.

La accesibilidad económica busca que todas las prestaciones de salud sean asequibles económicamente para todo tipo de población. Esto va en línea con medidas como las adoptadas por la legislación chilena, ya comentadas, de considerar a las personas migrantes sin documentos como personas carentes de recursos por lo se les incorpora en el tramo A de FONASA permitiendo así el acceso a prestaciones de salud. La finalidad de esta tercera dimensión radica en que el costo de la salud no debe ser un impedimento para que las personas más pobres puedan acceder a una atención en salud, cuando les sea necesario.

La accesibilidad a la información significa que:

*Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (ONU, 2000, p.4).*

Una buena difusión de información sobre las diferentes prestaciones, programas de salud disponible, operativos etc., permite que las personas conozcan sus derechos al momento de acceder al sistema de salud.

La resolución exenta N° 1.308 sobre la política de salud de migrantes internacionales en Chile se encarga de detallar una serie de principios con un enfoque en mejorar la salud de las personas migrantes. Estos principios, además de los de calidad y universalidad anteriormente vistos, son los siguientes:

1. Principio de participación ciudadana, consagrado en la Constitución en el artículo 1 inciso final “el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional”. Este principio junto con la accesibilidad a la información permite que las personas pueden acceder al goce de sus derechos.

Y como se ha planteado por organismos del MINSAL:

*La participación se basa hoy en el principio de corresponsabilidad que implica la activa presencia de los ciudadanos en los asuntos públicos como condición*

*necesaria para promover el bien común y a su vez para que el Estado esté al servicio de las personas. (Servicio de Salud Metropolitano Central, 2021).*

De manera que en busca de promover el bien común es importante que en la participación ciudadana prime la no discriminación para que de esta forma la población migrante pueda gozar de manera efectiva de sus derechos.

2. Principio de equidad, es decir:

*La equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales. (Whitehead y Dahlgren, 2010, p.16)*

En virtud de lo anterior nuestro país plantea que “en el caso de los migrantes, como otros grupos que históricamente han experimentado la discriminación, la equidad implica tomar medidas afirmativas que equiparen su situación con la población nacional en el ejercicio efectivo del derecho a la salud” (Ministerio de Salud et al., 2017, p.31).

Por ende, la equidad implica una imparcialidad al momento de entregar un trato a las personas para que de esta manera se les otorgue un acceso a prestaciones de salud en función de sus necesidades.

3. Principio de ética y bioética, ambos principios actúan en conjunto, donde el objetivo principal de la bioética es “el estudio de la relación existente entre la vida y los principios o pautas de la conducta humana” (Azulay, 2001, p.651), mientras que la ética conlleva a que los profesionales en salud sigan con parámetros, como la no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia al momento de entregar una prestación de salud.
4. Principio de igualdad y no discriminación, en base a lo planteado en el Convenio Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial y en el Convenio sobre la eliminación de todas las formas de

discriminación contra la mujer se busca la no discriminación, enfocado en una igualdad en el trato entre nacionales y migrantes para que estos últimos gocen de forma efectiva de sus derechos. Y así lo consagra la Observación General N° 18 al señalar que “la no discriminación, junto con la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley sin ninguna discriminación constituye un principio básico y general relativo a la protección de los derechos humanos” (Comité de Derechos Humanos, 1989, p.1).

5. Principio de integralidad, consiste en que la salud de y para personas migrantes debe abordarse integral e intersectorialmente. Es decir, debemos mirar la protección a la salud en los términos planteados por la OMS donde:

*Si bien el derecho a la salud carece de sentido sin un sistema de prestación de servicios de salud, solo puede realizarse plenamente una vez se tienen en cuenta los demás factores que influyen en nuestra salud, como el acceso a instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, a una vivienda adecuada y una alimentación y nutrición adecuadas. (Naciones Unidas, s.f).*

6. Principio de cohesión social, es decir, “se puede definir la cohesión social como el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a una situación común” (Ferrelli, 2015). Como se plantea en la resolución N° 1.308 “la salud es una construcción colectiva, las condiciones de exclusión y fragmentación social tienen impactos negativos en los resultados en salud de toda la población” (Ministerio de Salud et al., 2017, p.33). En virtud de esto es primordial la existencia de una cohesión entre las instituciones involucradas en el sistema de salud, sumada a la participación ciudadana provocando que se pueda obtener un nivel óptimo de funcionamiento del sistema, lo que permita obtener un estado de bienestar de salud tanto para nacionales como migrantes.

En resumen, la variedad de principios existentes resulta fundamental para realizar una adecuada interpretación de las normas existentes, pues aquellos intentan plasmar de forma más expresa como se debe llevar a la práctica la protección en el derecho a

la salud, es decir, debe existir un acceso a salud sin discriminación, igualitario, accesible etc.

Es de vital importancia tener siempre presente que el derecho a la salud corresponde a:

*La garantía, por el Estado, de condiciones dignas de vida, y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad. (Flores-Sandi, 2012, p.182)*

En virtud de lo planteado por Flores-Sandí sobre las garantías que debe brindar el Estado en la salud de las personas, resulta relevante que exista un marco regulatorio específico en materia de salud mental, que plasmen de manera objetiva una conjugación de las normas y los principios existente, abarcando de manera integral los parámetros y exigencias internacionales en el ámbito de la salud mental, y a la vez adoptándose a la realidad nacional. Para que así las personas tengan un respaldo jurídico sobre sus derechos en salud mental, y en caso de que estos sean vulnerados poder optar a todas las medidas necesarias.

## **Capítulo II: Barreras en el acceso a la salud mental de las personas migrantes en Chile**

Como se ha descrito, la definición de salud tiene tres ámbitos. Hasta el momento hemos analizado que la normativa internacional vigente ha planteado que debe existir una protección a la salud tanto física como mental, pero esto al momento de plasmarse en nuestra normativa nacional no parece ser suficiente, ya que nuestra CPR solo ha reconocido de forma implícita una protección al ámbito mental. Y solo gracias a la interpretación del artículo 5 de la CPR podemos integrar la normativa internacional, permitiendo una mejor protección.

Cabe considerar, además, que, durante la migración,

*Las personas que cambian de cultura, como los inmigrantes, experimentan unos estresores únicos. La pérdida de status, la marginalidad, la alienación y discriminación percibida, la fragilidad de la identidad cultural, etc., se pueden llegar a convertir en preocupaciones que ponen a prueba la fortaleza de la salud mental de la persona. (Collazos et al, 2008, p.310)*

De manera que el acceso de prestaciones a la salud mental resulta de gran importancia.

Pero la salud mental sigue siendo un tema complejo y ambiguo, pues no existe normativa explícita que permita que las personas migrantes tengan un acceso a prestaciones de salud mental, ya que nuestras normas actuales siguen estando enfocadas en entregar prestaciones sobre salud física. Por lo que resulta fundamental identificar cuáles son las barreras que existen, que no permiten entregar un acceso a prestaciones de salud mental, y de esta forma entregar una cobertura integral en el ámbito de salud para migrantes.

### **1. Deficiencias y problemas en el acceso a salud mental**

El Ministerio de Salud (2022), realizó un análisis de la migración en nuestro país, en el que se identificaron las regiones que concentran el mayor número de personas

migrantes y se realizó un diagnóstico sobre las principales barreras de acceso a la atención en materia de salud, las que abarcan incluso el acceso a salud mental. Donde se identificó las siguientes barreras:

- *Condición migratoria no regulada.*
- *Carencia de cédula o documentos de identidad, seguro público o privado de salud.*
- *Situación laboral irregular: contrato, horarios laborales y cotizaciones.*
- *Bajo nivel de información sobre el acceso al sistema de salud y funcionamiento de la red asistencial.*
- *Barreras lingüísticas y culturales: siglas, lenguaje, idioma, explicaciones demasiado técnicas.*
- *Barreras Psicosociales del usuario: valoración de la salud, temor, percepción respecto al trato, redes de apoyo, integración e inserción.*
- *Barreras psicosociales del funcionario de salud: falta de información, prejuicios, discriminación.* (Ministerio de Salud, 2022, p.2)

Las barreras identificadas por el MINSAL concuerdan con algunas identificadas por los autores Aninat y Vergara en 2019, donde daban cuenta que la población migrante presentaba problemas para acceder a prestaciones de salud. Una de estas barreras es el tema sobre la falta de información que presenta la población migrante sobre el sistema de salud chileno, por lo que no conocen cuales son los derechos que poseen en el país lo que conlleva que las personas migrantes tuvieran dificultades para acceder a prestaciones.

Sumado a que se identificó además una “reticencia en los inmigrantes para acercarse a los centros de salud por miedo a ser discriminados o la tendencia a posponer su cuidado cuando hay otras necesidades urgentes, como encontrar trabajo o vivienda” (Aninat y Vergara, 2019, p.193). Esta idea de posponer su cuidado por parte de las personas migrantes se ve exacerbado más aun en salud mental, ya que

muchas veces las personas por miedo a ser discriminados prefieren ocultar o no logran identificar las enfermedades psicológicas que pueden estar presentando.

A la vez, debemos sumar la existencia de una barrera lingüística, ya que algunas de las personas migrantes desconocen el idioma español, el cual es el idioma oficial de Chile, lo que dificulta las comunicaciones con los respectivos funcionarios de los servicios públicos. Asimismo, muchas veces el personal no cuenta con otros conocimientos lingüísticos que permitan brindar una atención adecuada a migrantes no hispanohablantes, y tampoco muchas veces conocen los derechos de los migrantes (Aninat y Vergara, 2029). De manera, que es fundamental, como plantea la OMS, “disponer de un personal competente y motivado es vital para que el sistema de salud funcione bien” (OMS, 2022c, p. 6).

Sumado a lo anterior, la población migrante relaciona su falta de uso de las atenciones o prestaciones de salud con que “las acciones de salud podrían no ser adecuadas para ellos” (Aninat y Vergara, 2019, p.204). Esto radica principalmente en las diferencias culturales, pues los métodos de tratamientos, enfermedades, enseñanzas médicas pueden variar, por ejemplo, existen países donde las creencias medicinales radican principalmente en la naturaleza por lo que para los diversos tratamientos se priorizan métodos naturales, mientras que otros países cuentan con médicos que poseen un acceso mayor en tecnología que permite entregar tratamientos especializado principalmente en el uso de fármacos.

A su vez, el Servicio Jesuita de Migrantes (SJM), en un informe realizado durante 2022, identificó cinco puntos que influirían en el tema:

- a. “Acceso a previsión de salud;
- b. Situación migratoria;
- c. Asimetrías de información;
- d. Enfoque cultural de atención en salud;
- e. Tensión entre migración como determinante de la salud y teoría del migrante sano” (SJM et al., 2022, pp. 6-7).

En relación con el acceso a previsión de salud, como se detalló anteriormente cuando las personas migrantes llegan al país, desconocen, muchas veces, la normativa interna y sus derechos, y, en consecuencia, desconocen las normas que les permite el acceso al sistema previsional, ya sea Fonasa (ente público) o Isapre (ente privado), y, de esta manera, acceder a prestaciones de salud. En términos prácticos, el SJM plantea que en relación con la barrera del acceso a previsión de salud:

*En Arica se han visto situaciones en que Fonasa (sistema previsional público de salud en Chile) ha rechazado la adscripción de personas irregulares – por medio de un número de identificación provisorio (NIP))- y que no tienen cómo acreditar residencia -algo sensible en las personas desplazadas que han llegado en 2021, como también a personas en situación irregular, que buscan extender el NIP luego de tenerlo por un año. (SJM et al., 2022, p. 6).*

Con respecto a la situación migratoria, se ve reflejado principalmente en personas que se encuentran en situación irregular, que por temor a ser expulsados y el desconocimiento sobre el acceso a las prestaciones de salud, no hacen uso de las prestaciones médicas. Aunque la situación migratoria irregular no es impedimento para acceder a las prestaciones médicas, pues el Decreto supremo N° 67 de 2015, permite a las personas migrantes sin documentos integrarse al tramo A de Fonasa.

Las asimetrías de información se relacionan con la falta de información por parte de los migrantes sobre sus derechos y forma de acceder al sistema de salud, y esta asimetría se acrecienta cuando existen diferencias en el idioma entre las personas migrantes y el personal del sistema de salud, pues se dificulta la comunicación entre ambas partes. Sumado a las asimetrías de información se plantea que existe un desconocimiento por parte de los funcionarios de salud sobre la normativa interna, lo que conlleva a que los funcionarios no tengan conocimientos sobre los derechos que presentan las personas migrantes en nuestro país, ya que “se han estudiado carencia de pautas para aplicar el mencionado Decreto N°67. Ello deja en manos de los funcionarios constatar la vulnerabilidad de las personas extranjeras, lo que se presta a arbitrariedades e interpretaciones” (SJM et al., 2022, p. 7).

El enfoque cultural de atención en salud se relaciona con lo planteado anteriormente con la idea de que la población migrante presenta una falta de uso del sistema de salud producto de que “las acciones de salud podrían no ser adecuadas para ellos” (Aninat y Vergara, 2019, p.204). Además, las personas migrantes acusan un trato discriminatorio o malos tratos muchas veces en centros de salud. Donde estos malos tratos “fueron atribuidos a un trato cortante, entrega de poca información por parte de los funcionarios y poca disposición a responder dudas” (Cabieses, B et al., 2017, p. 29).

Y, finalmente, la tensión entre migración como determinante de la salud y teoría del migrante sano dice relación con los factores que se producen durante o posterior al proceso migratorio que puede desencadenar diferentes patologías en salud, especialmente psicológicas, y esta idea se contrapone con la “teoría del migrante sano, la que plantea que los inmigrantes presentan mejores niveles de salud que la población local puesto que migran aquellos en condiciones de hacerlo, en su mayoría adultos jóvenes” (SJM et al., 2022, p. 7). De esta manera al pensar que los migrantes en general presentarían un buen estado de salud, genera que exista poco interés por brindar una mayor cantidad de prestaciones de salud para ellos, y a la vez es poca la difusión de información la que se presenta para que la población migrante acceda a prestaciones de salud, lo que conlleva a que el marco normativo existente sea bastante vago o inexistente sobre, por ejemplo, el acceso a prestaciones de salud mental.

Sumado a las múltiples barreras mencionadas encontramos que las personas migrantes cuentan con acceso a servicios de urgencias, pero estos son en gran parte para emergencias en el ámbito físico, pues en la actualidad no se encuentra incorporada una atención de urgencias de salud mental en el sistema de salud, pues el MINSAL (2017) indica:

*Existen obstáculos para el traslado, para la atención efectiva y para la continuidad de cuidados de los usuarios que necesitan este tipo de atención. Existe atención por psiquiatra de urgencia en el Instituto Psiquiátrico (Servicio de Salud Metropolitano*

*Norte) y en el Complejo Asistencial Barros Luco (Servicio de Salud Metropolitano Sur), ambos en la región metropolitana. (p.64)*

En consecuencia, la salud mental no se encuentra incorporada plenamente en las redes de salud, y los pocos centros que entregan prestaciones de salud mental se encuentran en Santiago, lo que ocasiona quienes se encuentran en regiones, incluidas las personas migrantes, tengan poca o nula accesibilidad a las prestaciones psicológicas.

A estas barreras se suma otra, identificada por Dainius Puras, quién en un informe realizado sobre el derecho a la salud mental planteó que, según “los cálculos realizados por la OMS desde 2014 que indican que, en el mundo entero, sólo el 7 por ciento de los presupuestos sanitarios se destinan a asuntos de salud mental” (Naciones Unidas, 2018). Esto no es lejano a nuestra realidad pues:

*Chile es el país con el menor porcentaje de inversión en Salud Mental entre todos los países de la OCDE, con solo un 2,1% del presupuesto total de salud destinado a esta línea, lo que está muy por debajo de 6% recomendado por la OMS, y de lo que invierten países como Francia, con un 15% o Noruega con un 13,5%. (Plaza, 2022).*

En nuestro país el presupuesto para salud mental es insuficiente, pues como se ha planteado “los sistemas de salud mental adolecen en todo el mundo de importantes deficiencias y desequilibrios en materia de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios” (OMS, 2022c, p.3). Es decir, los problemas que encontramos en las prestaciones de salud mental son debido a los pocos recursos invertidos en el tema, lo que conlleva que no se puedan desarrollar planes para la entrega efectiva de prestaciones de salud mental.

En virtud de lo descrito, se puede vislumbrar que las barreras planteadas por el MINSAL (2017), los autores Aninat y Vergara (2019) y el SJM et al (2022) son coincidentes e implican un obstáculo significativo que enfrenta la población migrante en el país. Sumado a que pueden manifestarse de diversas formas y conllevar un

impacto negativo en la capacidad de las personas para recibir el tratamiento y el apoyo necesarios para mantener su bienestar mental.

Por lo que, considerando la vaga normativa en materia de salud mental, pues como analizamos en el capítulo I no se encuentra normado de forma explícita. Es que resulta primordial que se aborden estas barreras mediante la implementación de políticas y programas que promuevan la conciencia, reduzcan el estigma de discriminación, mejoren el acceso a servicios asequibles y de calidad. También se debe garantizar la disponibilidad de recursos adecuados para la salud mental de todas las personas.

Además, debe existir una mayor inversión en las áreas de investigación y educación para comprender mejor las necesidades de salud mental, lo que permitirá que esto se aborde de manera efectiva a nivel individual y sistemático.

### **Capítulo III: Desafíos pendientes para otorgar servicios de salud mental**

#### **1. Identificación de puntos a mejorar en las prestaciones de salud mental**

A luz de lo descrito en los capítulos anteriores, es importante realizar un análisis sobre las complejidades que presenta el sistema de salud en el ámbito de salud mental para personas migrantes. Pues “los trastornos mentales siguen teniendo graves consecuencias en la vida de las personas, al tiempo que los sistemas y servicios de salud siguen estando mal equipados para satisfacer las necesidades de las personas” (OMS, 2022c, p.1). Por lo que es fundamental identificar que mejoras se podrían realizar para brindar un acceso a prestaciones médicas en salud mental.

En esta materia debido a la inexistencia de un marco regulatorio en prestaciones de salud mental, se han identificados objetivos con la finalidad de otorgar un servicio que entregue cobertura a la población migrante, y así poder cubrir sus necesidades psicológicas en caso de ser necesario.

Así pues, el MINSAL, junto a otras instituciones públicas, en el 2017, identificó una serie de objetivos que permitirían reducir las brechas y barreras existentes que presentan las personas migrantes en la prestación de los servicios de salud. Estos objetivos son los siguientes (Ministerio de Salud et al., 2017, p.36):

- 1. Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren.*
- 2. Garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales.*
- 3. Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales.*
- 4. Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración.*

5. *Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales.*
6. *Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales.*
7. *Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales.*
8. *Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.*

Podemos observar que estos objetivos tienen un enfoque basado en la promoción de los derechos de las personas migrantes, pues como se planteó muchas veces ellos no logran acceder a las prestaciones de salud, en la mayoría de los casos por falta de información. A la vez, entre los objetivos enumerados, existe una alusión al principio de participación ciudadana, ya que es fundamental involucrar a las personas migrantes en las políticas públicas, pues serán los principales beneficiados al poder conocer lo derechos y deberes que poseen, pero a la vez las instituciones públicas pueden brindar un mejor servicio en prestaciones al conocer las realidades y necesidades que poseen las personas migrantes.

Sin embargo, para poder implementar y concretar los objetivos, se necesitan bases que permitan garantizar la viabilidad de los objetivos. Por lo mismo, resulta fundamental la existencia de un marco normativo que regule la salud mental, y a la vez se necesita que se destine un mayor presupuesto al ámbito de salud mental. Para que de esta manera los objetivos antes mencionados puedan ser una realidad.

En línea con lo planteado existe un plan estratégico para la implementación de políticas de salud para personas migrantes, que se caracteriza por la armonización y adecuación del marco normativo. Dada la vaguedad del actual marco normativo en Chile en el ámbito de la salud mental se busca que:

*La legislación referente a la salud mental debe codificar y consolidar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de la política de salud mental. Esa legislación es indispensable para garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos fundamentales de los pacientes. (OMS, 2001, p.84)*

Además, el marco regulatorio debe contar con un enfoque sectorial e intersectorial, pues, como hemos comentado, la salud tiene distintos ámbitos que deben cumplirse para que las personas migrantes tengan un bienestar adecuado. Adicionalmente, es importante contar con los indicadores de la accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud. Estos actúan en conjunto con el principio jurídico de la no discriminación, lo que permite entregar un trato igualitario al momento de otorgar prestaciones en la salud.

Para lograr que el sistema de salud mental funcione de manera adecuada, se ha planteado por el MINSAL (2022) que es fundamental contar un monitoreo, seguimiento, capacitaciones y fiscalizaciones para que no se generen abusos o discriminaciones por parte de los funcionarios hacia los migrantes. Y, a la vez, los funcionarios pueden conocer y entregar una información clara a las personas migrantes sobre los derechos que poseen (p.4).

Debido a la importancia que tiene la salud mental, el MINSAL durante 2022 ha lanzado el programa “Construyendo Salud Mental”. Este programa, siguiendo la idea de los objetivos antes mencionados, plantea distintas líneas de acción que buscan abordar y fortalecer el tema de salud mental en nuestro país. Los puntos por mejorar son:

- 1. Fortalecer el liderazgo y la gobernanza.*
- 2. Mejorar la provisión de servicios en Salud Mental.*
- 3. Promover la salud mental y la prevención del suicidio.*
- 4. Fortalecer Salud Mental en contextos de emergencias.*
- 5. Fortalecer los datos, evidencia y la investigación. (Ministerio de Salud, s.f)*

Estos lineamientos concuerdan con los planteados en 2017 por el mismo MINSAL junto a otras instituciones públicas, es decir, se vuelve a recalcar la importancia de la

promoción del derecho a salud mental, pero a la vez buscan ir más allá y entregar un mejoramiento en las áreas de investigación lo cual puede conllevar a perfeccionar los resultados en la calidad de prestaciones otorgadas.

Con el propósito de entregar un progreso en las prestaciones este programa plantea los lineamientos que permitirían un avance en el sistema de salud mental e implementó una línea de atención telefónica “\*4141 no estás solo, no estás sola” (MINSAL, s.f). Esta línea consiste en un número telefónico a la que las personas pueden llamar si necesitan ayuda psicológica, y su principal objetivo es brindar ayuda para prevenir el suicidio.

En efecto, para entregar una adecuada prestación de servicios en salud mental es fundamental considerar la implementación de todas las políticas públicas mencionadas para migrantes, además de contar con un marco normativo que implique un presupuesto adecuado. Se requiere también la existencia de un monitoreo por parte de las respectivas autoridades para asegurar que no existan vacíos legales que puedan generar una vulneración de derechos de las personas migrantes. Ya que la migración:

*Puede constituirse como una instancia de crecimiento y desarrollo, así implique al mismo tiempo experimentar situaciones difíciles y problemáticas, como enfrentarse a la adaptación cultural, a la xenofobia, a dificultades de acceso a instituciones públicas, a trámites de regularización migratoria o a dificultades económicas, entre otras; situaciones que pueden tornarse estresantes y alterar el bienestar psíquico de los migrantes al incidir directamente en su salud mental. (Urzúa et al., 2012, p.71).*

Así, es primordial que ese monitoreo permita una mirada estratégica, inteligente e intersectorial del sistema de salud, en sus ámbitos físico, mental y social, siendo cierto que estos dos últimos ámbitos son muchas veces poco valorados. Así, “los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios, como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda” (OMS,2001, p.76).

Por ende, es fundamental establecer estructuras institucionales que aseguren la transparencia y coordinación de todos los entes públicos, bajo una normativa armónica

que permita el funcionamiento a nivel nacional, regional, provincial, pero por sobre todo a nivel municipal, pues son los municipios los que deben tomar un mayor grado de protagonismo e independencia que les permita velar por una adecuada protección del derecho a la salud.

Es crucial implementar “la “municipalización del tema migratorio”, indicando que los gobiernos locales deben tener un papel estratégico en las políticas públicas migratorias porque son los principales afectados” (Colmenares y Abarca, 2022, p. 176). Bajo la supervisión de las municipales se encuentran los centros de atención primaria como los CESFAM, donde acuden en forma mayoritaria la población migrante. Para velar por un mejor acceso en las prestaciones de salud mental, se debe entregar a las municipalidades las herramientas necesarias, como son presupuesto, competencias y facultades normativas que les permitan implementar de manera concreta y viable algunas de las políticas antes mencionadas.

Sumado a lo planteado, los autores Aninat y Vergara (2019) han esbozado dos líneas de acción que permitirían avanzar progresivamente en el sistema de salud y que actuarían en conjunto. A saber, avanzar en una mayor cobertura de seguros de salud en la población inmigrante, principalmente para las personas migrantes que no trabajan o lo hacen, pero sin los respectivos contratos, y, además, promover los derechos con que cuentan los migrantes, pues la falta de información que presentan las personas migrantes no permite que accedan a prestaciones de salud (p.224).

Otro punto considerado por los autores es que “en algunas de las comunas donde se concentra la mayor parte de los inmigrantes, no existe una oficina presencial de entrega de información para esta población (y pocas han desarrollado plataformas de entrega de información virtual)” (Aninat y Vergara, 2019, p. 225). Aquí toma importancia el plan de difusión y promoción sobre los derechos de las personas migrantes, donde el rol de entidades públicas en la implementación de planes de difusión es fundamental para que exista un goce efectivo de los derechos, en especial el derecho a salud.

De manera que, en busca de la promoción efectiva de derechos, se requiere que los funcionarios de salud cuenten con una capacitación adecuada para generar un trato digno e igualitario para la población migrante, por lo mismo se debe contar con

“servicios de facilitación lingüística a través de traductores (presenciales, remotos o de forma digital)” (Aninat y Vergara, 2019, p.226). Esto permitiría que los funcionarios puedan entregar una atención de calidad y un servicio que satisfaga las necesidades que presenta el migrante al momento de acudir al sistema de salud.

Además, los autores han considerado que generaría un mejor aprovechamiento de los servicios de salud:

*Aprovechar el aumento en técnicos y profesionales de la salud inmigrantes que se ha evidenciado durante los últimos años. Estos podrían ser un aporte capacitando a sus pares locales en torno a las necesidades y normas culturales propias de dicha población. (Aninat y Vergara, 2019, p.226)*

En nuestro país para que los médicos extranjeros puedan ejercer la profesión se requiere aprobar el examen de EUNACOM, el cual busca “certificar que un médico cuenta con los conocimientos y habilidades mínimos requeridos para ejercer la medicina en el sistema público de Chile y su aprobación significa la revalidación automática en Chile del título médico obtenido en el extranjero” (EUNAMed, 2021).

Es decir, la implementación de este examen permite evaluar de forma objetiva bajo los mismos estándares la competencia de todos los médicos, y así garantizar que tengan los conocimientos necesarios para ejercer la medicina en Chile, permitiendo una atención segura y efectiva a los pacientes. De manera que solo los médicos que aprueban este examen pueden ejercer en Chile.

Esto va de la mano con lo descrito por la OMS al estipular que los países deben “ampliar su personal especializado en salud mental y, al mismo tiempo, reforzar las competencias en materia de atención de salud mental de otros proveedores de atención de salud y de otras personas” (OMS, 2022c, p.7). Esta idea debe plasmarse principalmente en la atención primaria pues en estos servicios acuden la mayoría de las personas migrantes, y al existir una mayor cantidad de médicos disponibles en el sistema de salud, se permitiría entregar una mejor y oportuna respuesta a las demandas que poseen los pacientes respecto a las prestaciones de salud.

La identificación de los puntos a mejorar tiene como objetivo principal fomentar su debida implementación, con la finalidad de entregar un acceso a prestación de salud

específicamente en el ámbito mental a las personas migrantes. Además de que la entrega de este servicio se realice de manera oportuna y de calidad.

La concretización de los objetivos conlleva a que exista una claridad y enfoque con la existencia de un marco normativo adecuado que regule la salud mental en Chile, sumado a la asignación de recursos suficientes los cuales se tienen que destinar de manera eficiente para enfrentar los distintos puntos críticos.

Debe existir una participación y colaboración de todas las entidades correspondientes, y de los ciudadanos migrantes para que, de esta manera, todos tengan claros sus respectivos derechos y deberes, lo que permite que el sistema funcione de forma íntegra, y no existan desigualdades al momento de acceso a prestaciones de salud mental.

Y, finalmente, debemos lograr “el gran reto para los países latinoamericanos está en descentralizar las políticas públicas y territorializar la política migratoria” (Colmenares y Abarca, 2022, p. 176). Una gran barrera en nuestro país es la centralización de los servicios, que genera la saturación del sistema y su incapacidad para brindar una respuesta a las necesidades de las personas. Ante esta situación cobra importancia lo mencionado sobre el plan de municipalización de las políticas migratorias, especialmente en el ámbito de salud, donde al dotar a las municipalidades de facultades y recursos, estas podrían llevar a cabo planes concretos sobre las problemáticas que presenten para el acceso de servicios de salud mental, pues cada municipio presenta su propia realidad.

Lo anterior, debe ir de la mano con un sistema de monitoreo sobre los recursos destinados para que así exista un goce efectivo del derecho a la salud mental, y que no existan vulneraciones a los derechos de las personas.

## **2. Recomendaciones de entes internacionales sobre salud mental**

Las diferentes organizaciones internacionales cumplen un papel fundamental en el campo de la salud. Dado que se trata de un derecho que trasciende las fronteras nacionales, se requiere una respuesta global para dar respuesta a las complejidades que pueden surgir, por ejemplo, de una pandemia. De esta manera, las organizaciones internacionales permiten que los países colaboren y compartan información para abordar los problemas de manera efectiva.

Además, estas organizaciones establecen estándares internacionales que se convierten en modelos a seguir por los países de forma a garantizar calidad y seguridad en materia de atención, productos farmacéuticos etc. Sumado a lo anterior, otro objetivo de los entes internacionales es entregar una defensa a los derechos de salud, dar respuesta a situaciones de emergencia, brindar capacitaciones, pero por sobre todo reducir la desigualdad que se presenta en el acceso a prestaciones de salud, especialmente de los grupos vulnerables como son las personas migrantes.

En virtud de esto, la OMS, a fin de fortalecer el derecho a salud como un derecho humano, ha entregado una serie de ideas enfocadas en aumentar su nivel de participación y liderazgo, a saber:

- *Fortalecer la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;*
- *Promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales;*
- *Promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud. (OMS, 2022d)*

Además de la OMS, existe la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que ha planteado:

*El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. (OPS y OMS, s.f)*

Esta idea de enfoque multisectorial concuerda con los puntos a mejorar identificados por el MINSAL, quien también planteaba que las políticas de salud pública deben presentar una intersectorialidad. De esta manera podemos observar que los parámetros internacionales están siendo implementados en las políticas de salud migratorias de Chile.

Pero si bien existen políticas que ya se están implementando, la OPS formula las siguientes propuestas:

1. *Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en la comunidad.*
2. *Fortalecimiento de la administración y la gobernanza.*
3. *Aumentar y mejorar la financiación, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación de los pagos directos que constituyen una barrera para el acceso en el punto de servicio.*
4. *Fortalecimiento de la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que aseguran la sostenibilidad de la cobertura universal. (OPS y OMS, s.f)*

Estas líneas de estrategia concuerdan con los puntos a mejorar identificados anteriormente, pues en el número 2 se plantea que debe existir un fortalecimiento en la administración y gobernanza lo que podría ayudar en la idea de municipalizar las políticas públicas de salud mental, ya que al entregar competencias sobre materia de salud a las municipalidades y el aumento de presupuesto a nivel país destinado a salud mental, como se plantea en el punto número 3, se permite una mejora en el sistema de salud.

Además, se ha planteado que, para dar una mejor respuesta a los problemas de salud mental de la población migrante, se deben “adoptar medidas en sectores distintos del de la salud, por lo que los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social” (OMS, 2022e). Nuevamente se sigue con la idea de la importancia de que las políticas públicas que se implementen sobre el derecho a la salud mental cuenten con un enfoque multisectoriales, para de esta manera lograr una cobertura integral que permita que las personas cuenten con un bienestar de salud, que los permita desarrollarse de manera plena en su vida.

La OMS desarrolla la idea de que las iniciativas nacionales deben ir más allá de promover y proteger el bienestar mental, y deben adoptar un enfoque de salud mental comunitaria, para que esta sea accesible para todas las personas, especialmente de las personas que componen los grupos más vulnerables, pues son más propensas a vivir violaciones de derechos humanos (OMS, 2022e). Ya que “la vulnerabilidad a las violaciones de los derechos humanos es el resultado de múltiples formas de discriminación, desigualdad y dinámicas estructurales y sociales que se entrecruzan y conducen a niveles de poder y disfrute de los derechos disminuidos y desiguales” (Comité de Derechos Humanos, 2018, p.7). Para lograr lo anterior, se debe implementar un sistema donde los servicios de salud mental que cuente con lo siguiente:

- *Servicios de salud mental integrados en los servicios de salud generales, ofrecidos comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado;*
  - *Servicios comunitarios de salud mental a nivel comunitario, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana, y*
  - *Servicios que brinden atención de salud mental en los servicios sociales y entornos no sanitarios, como la protección infantil, los servicios de salud escolar y las prisiones.*
- (OMS, 2022e)

De esta forma se pretende otorgar una atención y tratamiento a la salud mental que sea oportuna y de calidad, para toda la población. Incluso la OMS plantea que “los países deben encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención para estas afecciones, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital” (OMS, 2022e). Esta idea de innovación se puede ejemplificar con el programa “Construyendo Salud Mental” que propuso nuestro país, con el cual implemento una línea telefónica para personas que necesiten ayuda psicológica.

Durante el 2022 la OMS en su informe sobre salud mental estableció tres vías que tienen como objetivo crear un cambio en la mirada de la salud mental, y de esta manera fortalecer el sistema de atención de salud mental. En primer lugar, la OMS plantea que los Estados deben aumentar el valor que atribuyen a la salud mental, es decir, debe existir un mayor compromiso en la inversión e implementación de las políticas por parte de las comunidades y el gobierno. En segundo lugar, se debe operar sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios familiares, escolares, laborales y comunitarios en general, a fin de proteger mejor la salud mental y prevenir afecciones, todo esto en virtud del enfoque intersectorial. Y, en tercer lugar, se estipula que se debe robustecer la atención de salud mental para que todo el espectro de necesidades en la materia sea cubierto por una red comunitaria y por servicios de apoyo accesibles, asequibles y de calidad, es decir, se deben considerar los principios básicos analizados en el capítulo I (OMS, 2022c).

La OMS se ha encargado de establecer distintos lineamientos cuyo eje principal es la protección y promoción del derecho a la salud, en específico en su ámbito mental. La importancia de la salud mental radica en que “es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de la comunidad” (OMS, 2022e). Es un derecho fundamental para el desarrollo del ser humano, ya que “invertir en salud mental puede permitir el desarrollo social y económico. Una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja” (OMS, 2022c, p.5).

Por lo mismo la OMS se encuentra:

*Trabajando a escala nacional e internacional, en particular en entornos humanitarios, para proporcionar a los gobiernos y asociados el liderazgo estratégico, los datos científicos, las herramientas y el apoyo técnico necesarios para fortalecer una respuesta colectiva a la salud mental y permitir una transformación que favorezca una mejor salud mental para todos. (OMS, 2022e).*

Todo esto para lograr una mejor salud mental para las personas, que implique un acceso a prestaciones de salud mental de forma oportuna y de calidad.

Ahora si bien las directrices planteadas por la OMS cumplen un rol fundamental en la promoción y protección del derecho a la salud, debemos considerar que no tiene autoridad para imponer leyes y reglamentos en ningún país, ya que son los países los que eligen adherirse o no a las directrices y recomendaciones.

Sin embargo, nuestro país ha implementado varias de las recomendaciones de la OMS, pues cuenta esta institución con una influencia que se basa en una gran experiencia técnica y credibilidad que ha permitido que varios países cooperen de forma voluntaria.

## CONCLUSIÓN

Las personas migrantes son titulares de derechos humanos que deben ser garantizados por los países de destino. Entre ellos, el derecho a la salud en todos sus enfoques.

Existe un marco normativo internacional que, en sus diferentes tratados e instrumentos, como la DUDH, el PIDESC, las convenciones contra la discriminación, entre otros, establece una regulación con directrices hacia la protección y promoción de la salud. Estableciendo en sus diferentes artículos un énfasis en su ámbito físico y mental. Estos múltiples cuerpos normativos además de instaurar el goce efectivo del derecho a salud establecen ciertas medidas que deben ser consideradas por los Estados Parte para que se concrete el efectivo goce del derecho a salud.

En Chile existe protección al derecho a la salud, pero con un enfoque normativo que se ha encargado de regular el acceso a prestaciones de salud en el ámbito físico. Con un consenso en que el acceso a prestaciones de salud debe brindarse tanto para la población migrante que se encuentra en situación regular e irregular.

Sin embargo, este acceso a prestaciones de salud se plantea solo en el ámbito de urgencias, lo cual abarca en su mayoría prestaciones de atención física, pues nuestro país no cuenta con un servicio de urgencias para salud mental. Lo anterior va de la mano con el vago reconocimiento normativo a la salud mental. La Constitución plantea que debe existir un trato igualitario entre las personas y dispone que debe existir una protección a la integridad física y psíquica. Así, considero que la Constitución brinda de manera implícita un reconocimiento y protección al derecho de salud mental.

Debido al reconocimiento implícito que existe al derecho a salud mental en la Constitución, toma gran importancia su artículo 5, inciso 2, que establece una limitación en el respeto de los derechos esenciales y entrega un reconocimiento a los tratados internacionales ratificados por nuestro país que se encuentren vigentes. Por ende, solo se reconoce una base sólida para la protección del derecho a salud en sus diferentes ámbitos, si consideramos el reconocimiento que entrega nuestra Constitución a los diversos cuerpos normativos internacionales.

Al mismo tiempo, existen distintos decretos, leyes, circulares, etc., que se encargan de reforzar lo establecido en nuestra Carta Magna. Entre ellos, la Ley de Migración y Extranjería de 2021, que de manera específica dispone de una protección del derecho a salud para las personas migrantes sin importar la condición migratoria, en línea con lo dispuesto en el 2015 por el Decreto Supremo N° 67, que incorpora a las atenciones del sistema de salud a las personas migrantes que se encuentran indocumentados en el país.

De esta forma, si bien podemos encontrar un marco normativo internacional y nacional que intentan brindar garantías para el acceso a prestaciones de salud, concretamente en el ámbito físico, debemos desprender una protección a la salud mental al realizar una interpretación implícita, y solo gracias a que se incorporan los tratados internacionales se robustece la protección en el ámbito mental. Por ende, la incorporación de los principios es fundamental, pues permiten complementar las normas jurídicas existentes, y son los encargados de brindar una mejor interpretación a los cuerpos normativos.

Existen múltiples indicadores de derechos humanos en esta materia, entre los que se destacan la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad. Nuestro país en el 2017, mediante la implementación de una política de salud de migrantes (Resolución exenta N°1.308), ha incorporado los principios de participación ciudadana, equidad, ética y biótica, igualdad, integralidad y cohesión social.

Estos principios tienen un papel fundamental, y Chile ha considerado su inclusión para el efectivo goce de los derechos de tienen las personas. Por ejemplo, mediante el principio de participación ciudadana, las personas migrantes pueden formar parte, y ser escuchados de los problemas que presentan para acceder a prestaciones de salud mental. De manera que la actuación conjunta de las normas y los principios se convierten en la base para llegar a establecer una política migratoria que permita el goce efectivo del acceso a prestaciones a salud mental en la población migrante.

En vista de esto, la falta de normativa en salud mental puede tener diversas implicaciones prácticas y jurídicas, tanto en términos de la protección de los derechos

de las personas migrantes con patologías mentales como en la provisión de servicios de salud mental adecuados.

Lo anterior se refleja en el acceso a prestaciones de salud mental que presenta una serie de dificultades, lo cual trae como consecuencias que las personas migrantes se vean expuestas a una vulneración de sus derechos como la dignidad, igualdad, autonomía, pues una deficiente salud mental afecta el bienestar de la persona lo que puede desencadenar problemas en la capacidad para trabajar lo que conlleva una dificultad para generar ingresos y así sucesivamente se afectan otros derechos como la vivienda, educación etc. De manera que el menor acceso a las prestaciones implica más dificultades para alcanzar un bienestar adecuado que permita a la persona migrante vivir en condiciones dignas, y la falta de normas específicas podría dejar a las personas migrantes vulnerables a abusos y discriminaciones.

Entre las barreras identificadas se encuentra la falta de información que poseen los migrantes sobre el acceso al sistema de salud, punto que se incrementa si le sumamos las barreras lingüísticas y culturas. Pues existe un temor por parte de la población migrante al momento de acudir en busca de prestaciones de salud, ya que pueden sufrir discriminación, malos tratos o tienen prejuicios sobre la calidad y tipo de atención que se les puede brindar por las diferencias culturales. Y esto se exagera más en la salud mental, ya que muchas veces las personas por miedo a ser discriminadas prefieren ocultar o no logran identificar las enfermedades psicológicas que pueden estar presentando.

También se ha considerado que parte de los funcionarios de salud muchas veces no cuentan con la información adecuada sobre los derechos de la población migrante, e incluso muchas veces existe discriminación por parte de los funcionarios. El sistema de salud debe considerar capacitaciones para sus funcionarios con un énfasis en la integración de la población migrante en cuanto a sus derechos, pues los funcionarios deben conocer cuáles son los derechos con que cuenta la población migrante, los que cada vez son más recurrentes en los servicios de salud de nuestro país.

Por otro lado, muchas veces, acceder a prestaciones de salud no es una de las prioridades de los migrantes, pues al llegar al país buscan encontrar un trabajo que les

permita pagar una vivienda, subsistir, y principalmente ahorran para enviar remesas a su país de origen. Por otro lado, el reducido presupuesto nacional destinado a la salud mental dificulta la tarea de establecer un plan de salud mental con las garantías suficientes que permitan generar atenciones de calidad y oportunas.

En vista de las múltiples barreras existentes, nuestro país debe establecer políticas de salud públicas con énfasis en la salud mental, para ello, se debe establecer una normativa que regule el tema con los principios y objetivos bases, ya que el marco legal debe ser claro para garantizar la provisión de servicios de salud mental.

A la vez, la dictación de una normativa sobre salud mental debe ir vinculada a un presupuesto adecuado que permita realizar políticas migratorias que permitan un acceso a la salud mental, con una mayor promoción de los derechos de los migrantes, fortalecer y dotar a los municipios de las competencias necesarias para que logren tomar un mayor protagonismo en salud, pues los municipios son los encargados de los CESFAM, centros a los que acuden en mayor parte la población migrante cuando busca acceso al sistema de salud.

Las políticas de salud deben tener un enfoque multisectorial, pues la salud mental permite a las personas un bienestar adecuado para realizar su vida diaria, superar dificultades y lograr una vida digna.

La falta de un marco regulatorio específico sobre el tema puede originar lagunas en la protección legal de las personas migrantes con patologías mentales y el surgimiento de desafíos en relación con determinar la responsabilidad legal en casos de negligencia médica o abuso en entornos de salud mental. Pues al no existir leyes claras que establezcan los estándares de atención y conducta profesional, es difícil saber si se han violado los derechos de los pacientes.

Si bien nuestro país, respecto del derecho a la salud mental ha tomado en consideración algunas de las medidas planteadas en el capítulo III, aquellas no parecen suficientes, ya que no existe un marco normativo que regule el acceso a la salud mental para personas migrantes, solo existen disposiciones generales que se desprenden de la Constitución, leyes chilenas y políticas públicas que garantizan el acceso a salud para todos, incluidos los migrantes, y que al realizar una interpretación implícita de las normas podría extenderse a la atención de salud mental.

La OMS (2022C) plantea que el “hecho de invertir en salud mental y de transformarla significa invertir en las personas. Toda persona tiene derecho a la salud mental. Toda persona merece que se le dé la oportunidad de prosperar” (p.VII). La inversión en salud mental no es una pérdida de tiempo, sino que implica velar por el bienestar de los habitantes, para que de esta manera las personas tengan la oportunidad de prosperar, individual y colectivamente, y así obtener un mejor nivel de vida.

Por ello, es crucial que el Estado implemente un marco jurídico específico en el acceso a prestaciones de salud mental, ya que el derecho a la salud es un derecho que debe otorgar el Estado para todos los habitantes del territorio nacional, personas nacionales y migrantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexy. Robert (2019). *Ensayos sobre la teoría de los principios y el juicio de proporcionalidad*. Palestra Lima.  
<https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/sites/default/files/page/files/2020-06/Alexy%202000%20%282019%29%20-Sobre%20la%20estructura%20de%20los%20principios%20jurídicos-.pdf>
- Aninat, Isabel & Vergara, Rodrigo. (2019, agosto 5). *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional*. CEP Chile. <https://www.cepchile.cl/investigacion/inmigracion-en-chile-una-mirada-multidimensional/>.
- Azulay Tapiero, A. (2001). *Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal*. *Anales de Medicina Interna*, 18(12), 650-654. Recuperado en 26 de julio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es&tlng=es).
- Baliña Cortiñas, Laura (2020, noviembre 4). *Cómo adaptarse a vivir en otro país: claves para manejarlo*. Center Psicología. Psicólogos en Madrid. <https://www.centerpsicologia.com/es/2020/11/04/como-adaptarse-a-vivir-en-otro-pais-claves-para-manejarlo/>.
- Cabieses, B., Bernales, M., McIntyrw, A., Berseno, P., Gálvez, P., & Nassim, A. (2017). *Escenario actual de la vida y salud de migrantes en la comuna de Santiago*. Santiago: Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/a5974267-61e0-45bd-ad7c-029f2e825af6/content>
- Cabieses, B., Obach, A., & Urrutia, C. (2021). *Interculturalidad en Salud: Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales*. Santiago: Universidad del Desarrollo. <http://hdl.handle.net/11447/4357>
- Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales (2015) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2015: Capítulo 7: acceso a salud personas*

migrantes. <https://derechoshumanos.udp.cl/informe-anual/informe-anual-sobre-derechos-humanos-en-chile-2015/>.

CHILE. Instituto Nacional de Estadísticas. (2022). *Estimación de personas extranjeras*. Recuperado 26 de marzo de 2023, de [www.ine.gob.cl](http://www.ine.gob.cl).

Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J. (2008). *Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante*. Papeles del psicólogo, 29(3), 307-315. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829307.pdf>

Colmenares, Neida, & Abarca, Karelys. (2022). *La migración a nivel local en Chile. Desafíos, demandas y políticas en tiempos de pandemia\**. Si Somos americanos, 22(1), 164-192. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482022000100164>

Comité de Derechos Humanos (1989). *Observación General No. 18, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, No discriminación*, 37º período de sesiones, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev. 7. Disponible en: <https://conf-dts1.unog>.

Comité de Derechos Humanos (2018). *Informe del Alto Comisionado de Derechos Humanos: Principios y orientaciones prácticas sobre la protección de los derechos humanos de los migrantes en situación de vulnerabilidad*, 37º período de sesiones. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/002/02/PDF/G1800202.pdf?OpenElement>

Constitución Política de la República de Chile [CPCH]. 22 de septiembre de 2005. Recuperado de <https://bcn.cl/2f6sk>.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017, enero 1). OEA. [https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp).

Convención sobre Derechos del Niño (1990, septiembre 2). OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.

Convenio Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1969, enero 4). OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>.

Convenio internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familiares (1990, diciembre 18). OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>.

Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1981, septiembre 3). OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.

Decreto Supremo N° 67 de 2015. Modifica decreto N° 110 de 2004. 29 de mayo de 2015. <https://bcn.cl/2mvjy>.

EUNAMed. (2021, febrero 20). EUNACOM: *¿Qué es y cómo funciona?* EUNAMed.com. <https://eunamed.com/blog/eunacom-que-es-y-como-funciona/>

Ferrelli, Rita. (2015, julio 24). *Cohesión social y equidad en salud* | EURO social II | Programa Para la Cohesión Social en América Latina. Eurosocial. <http://eurosocial-ii.eurosocial.eu/es/entrevistaarticulo/cohesion-social-y-equidad-en-salud>.

Flores-Sandí, Gretchen. (2012). *Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud*. Acta Médica Costarricense , 54 (3), 181-188. Recuperado el 16 de agosto de 2023, de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000300010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010&lng=en&tlng=es).

Fonasa Chile (s. f.). *Tramos*. Recuperado 18 de julio de 2023, de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>.

- Ley 20.584 de 2012. *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. 13 de abril de 2012. <https://bcn.cl/3ci3b>.
- Ley 21.325 de 2021. *Ley de migración y extranjería*. 11 de abril de 2021. D.O. No. 42.934.
- Ministerio de Salud (2022). *Anexo 6: Diagnóstico de población migrantes*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-06-2022.pdf>.
- Ministerio de Salud, Fonasa, & Superintendencia de Salud. (2017, octubre). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan de Salud Mental 2017- 2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2019, enero 15). *Salud del Inmigrante*. Recuperado 26 de abril de 2023. <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>.
- Ministerio de Salud. (s. f.). *Construyendo Salud Mental*. Recuperado 12 de agosto de 2023, de <https://www.minsal.cl/construyendo-salud-mental/>.
- Naciones Unidas. (s.f.). *El derecho a la salud: Aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. Recuperado 14 de abril de 2023, de <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>.
- Naciones, Unidas (1948, diciembre 10). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- Naciones, Unidas. (2018, mayo 24). *La salud mental es un derecho humano*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/05/mental-health-human-right>.

- Naciones, Unidas. (s.f.). *El derecho a la salud: Aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes*. Recuperado 14 de abril de 2023, de <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>.
- OIM. (2022, agosto 10). *Lo que debes saber sobre el acceso a la salud y la educación*. Recuperado 26 de abril 2023. <https://chile.iom.int/sites/g/files/tmzbdl906/files/documents/FolletoOIM-DerechoSalud%26Educaci%C3%B3n.pdf>.
- Organización de Naciones Unidas. (2000, agosto 11). *Comité de derechos económicos, sociales y culturales: Observación General 14*.
- Organización mundial de la Salud. (1948, abril 7). *Constitución*. Recuperado 14 de abril de 2023, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Mundial de la Salud. (2022 a, junio 3). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022 b). *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: Resumen*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360465>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022 c). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022 d, diciembre 10). *Salud y derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

- Organización Mundial de la Salud. (2022 e, junio 17). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Salud Universal*. Recuperado 25 de julio de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales. (1976, enero 3). OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.
- Plaza, Francisca. (2022, octubre 10). *Chile es el país con menor porcentaje de inversión en salud mental entre los miembros de la OCDE*. Agricultura. <https://www.radioagricultura.cl/nacional/2022/10/10/chile-es-el-pais-con-menor-porcentaje-de-inversion-en-salud-mental-entre-los-miembros-de-la-ocde/>.
- Protocolo de San Salvador (1988, noviembre 17). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://bcn.cl/38vms>.
- Servicio de Salud Metropolitano Central. (2021, diciembre 15). *Normativa de la Participación Ciudadana en Salud*. Servicio de Salud Metropolitano Central. <https://ssmc.redsalud.gob.cl/normativa-de-la-participacion-ciudadana-en-salud/>.
- Servicio Jesuita a Migrantes (SJM), Colegio Médico y ICIM (2022). *Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile (Informe N°3)*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2022/03/CASEN-Y-SALUD-III-compressed.pdf>.

Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile (s.f). *¿En qué consiste la ley N°20.584, sobre Derechos y Deberes?* Recuperado 17 de julio de 2023, de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-7959.html>.

Urzúa M, A., Boudon Torrealba, S., y Caqueo-Urizar, A. (2017). *Salud mental y estrategias de aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el norte de Chile*. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 70–79. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.5>.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud*. *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud*. Europe. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf> \n <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>.