

Universidad Siglo 21



Licenciatura en Relaciones Internacionales Trabajo Final de Grado - Manuscrito Científico

Acciones de Chile y Argentina para la salud de los migrantes
(Derecho al acceso a la salud en el marco de la Conferencia Suramericana de
Migraciones 2011-2018)

Actions taken by Chile and Argentina for the health of migrants
(Right of migrants to access healthcare services within the framework of the
South American Conference on Migration 2011-2018)

Autor: Azar Abalos, Juan Carlos

Legajo: VRIN03340

Tutora: Sesma, María Inés

Córdoba, Julio de 2020

Índice General

Resumen, abstract y palabras claves	2
1 Introducción.....	4
1.1 Objetivo general	18
1.2 Objetivos específicos.....	18
2 Método.....	19
2.1 Diseño.....	19
2.2 Participantes	19
2.3 Instrumentos y análisis de datos.....	20
3 Resultados.....	21
3.1 Lineamientos de la Conferencia Suramericana de Migraciones con respecto a los Derechos Humanos de los migrantes en cuanto al acceso a la salud	21
3.2 Políticas migratorias, marcos legales y programas que los Estados argentino y chileno implementan para garantizar el derecho humano al acceso a la salud de los migrantes	22
3.3 Resultados alcanzados de los Estados argentino y chileno en el marco de la Conferencia Suramericana de Migraciones como garante al derecho humano del acceso a la salud de los migrantes	27
4 Discusión	29
5 Referencias	34

Resumen

En este trabajo, se analizan las acciones promovidas por los Estados argentino y chileno en el periodo 2011-2018 para garantizar el acceso a la salud de los migrantes, en el marco de la Conferencia Suramericana de Migraciones (CSM). El estudio es de tipo cualitativo y de alcance descriptivo, con diseño no experimental y longitudinal. Los resultados obtenidos demuestran que el acceso a los servicios de salud en cada país ha sido desigual. Así, se observa que Argentina fue precursora al sancionar la Ley 25.871 de 2004, la cual dio acceso irrestricto al sistema público de salud, independiente de la condición migratoria irregular.

Por otro lado, Chile lo implementó en etapas, en procesos acumulativos, donde solo avanzó en la atención de personas con urgencias, mujeres embarazadas y niños recién nacidos. Cabe señalar que la sanción de la nueva Ley de Migraciones de 2018 había permitido una mejoría sustancial en el acceso a los servicios y la atención del inmigrante en la incorporación de este junto a la población nacional carente de recursos. Dentro de las conclusiones, se destaca la novedad de comparar dos países limítrofes en la construcción de políticas de la salud de la población migrante desde la óptica de los Derechos Humanos (DD.HH.) y la gobernabilidad migratoria, con lo que se apreciaron diferencias, alcances y avances en un periodo determinado.

Palabras clave: migrantes, Derechos Humanos, acceso a la salud, Conferencia Suramericana de Migraciones, gobernabilidad migratoria, Chile, Argentina.

Abstract

This research study analyses the stepped actions promoted by both Argentinian and Chilean governments during the period 2011-2018 to guarantee the right of access to healthcare services to their migrants within the framework of the South American Conference on Migration. A qualitative, non-experimental, and longitudinal study was adopted. The results obtained demonstrate that the path of access to healthcare services is different in each of these countries, with Argentina taking the lead in passing the Law 25.871 of 2004, which granted migrants unrestricted access to public healthcare system regardless of any irregular migration status. Chile, on the other hand, implemented a model in incremental phases, starting with emergency services, pregnancy, and new-borns only. With the introduction of the new migration law in 2018, there has been a substantial improvement in access and utilization of broader healthcare services, and their inclusion into assistance available to low-income populations. Among the most important conclusions, a point to highlight, is the novelty of comparing two neighbouring countries in their migrant's population health policy development from the human rights and migration governance perspective, and acknowledging their differences, reach and improvements within a specific timeframe.

Keywords: migrants, Human Rights, access to health, South American Conference on Migration, migration governance, Chile, Argentina.

1 Introducción

Las migraciones internacionales son un fenómeno mundial que se ocasionan privilegiadas por el ámbito de la globalización. En la actualidad, en el marco en el que se desarrollan, en su mayoría son consecuencia de grandes discrepancias en términos de crecimiento y poder entre Estados. Precisamente, las migraciones de las Naciones en menor desarrollo han surgido como consecuencia de la subordinación política, económica, tecnológica, comercial y cultural en relación con los Estados más desarrollados (Zúñiga, 2005). Es pertinente subrayar que las migraciones han sido consideradas como parte constitutiva de la globalización con un total de 258 millones de personas en 2017 y un 3.4 % de la población mundial residente fuera de su país de origen. Asimismo, ha venido en aumento desde el 2000, con más del 4.9 % de incremento hasta 2017 (Naciones Unidas, 2017).

Las motivaciones que incitan a las personas a que migren han sido diversas, tales como cuestiones económicas, desigualdades de oportunidades en el país de origen, falta de trabajo, conflictos políticos, persecuciones, terrorismo, violaciones de los Derechos Humanos (DD.HH.), guerras, aspectos medioambientales, etc.; aunque muchos migrantes consiguen una vida con mejores oportunidades, otros se enfrentan a situaciones de violencia, xenofobia y explotación. Por lo anterior, la situación de los migrantes es irregular y ha llevado al despojo de sus DD.HH.

La migración tiene ventajas y desventajas tanto para el país emisor como para el receptor y estas pueden ser abordadas desde tres niveles: económico, social y jurídico. Entre los beneficios más relevantes de la migración desde lo económico se observa que el país que pierde y desaprovecha dichas personas disminuye su presión laboral y los gastos en recursos, y gana en remesas de dinero. Su contraparte, el país que obtiene esas personas, adquiere riqueza y diversidad cultural, así como también recibe una mayor oferta laboral que ayuda a

reducir faltantes, pues los migrantes son los que asumen los trabajos poco calificados y mal remunerados (British Broadcasting Corporation [BBC], 2020; Zúñiga, 2005).

En relación con las desventajas, la población que emigra, comprendido mayormente por el grupo de los trabajadores, ocasiona una reducción laboral de la población local. Además, se provoca un desbalance de género, puesto que la mayoría de migrantes son hombres, y al emigrar mayor mano de obra calificada, se origina lo que se ha dado a conocer como deserción de intelectos (BBC, 2020; Zúñiga, 2005). Otro inconveniente ha sido la de requerir mayor presupuesto para servicios de salud y educación. Asimismo, desde la óptica del migrante, debe sortear el desempleo, el racismo o las diferencias culturales, las barreras del idioma y la ausencia de oportunidades (BBC, 2020).

Desde una mirada social, la migración tiene consecuencias fundamentales en el país emisor, como la desestructuración familiar y la ruptura de vínculos comunitarios. En los países receptores, la cuestión se plantea en materia educativa y convivencia entre la población inmigrante y la local. En este sentido, “La interculturalidad, entendida como la convivencia pacífica de ambos colectivos, es una de las principales preocupaciones para el sector educativo formal y no formal” (Zúñiga, 2005, p. 8).

En cambio, en el contexto jurídico, la inmigración causa interrogantes que buscan respuestas en el principio ético de los DD.HH. Si bien existe un convenio en las sociedades sobre la característica universal de valores tales como los DD.HH., la justicia o la democracia, dicha universalidad se ve discutida en la práctica cuando se disputa sobre las personas beneficiarias de tales derechos (Zúñiga, 2005).

No obstante, y desde el nivel internacional, se han establecido instituciones internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que desde 1951 trabaja en conjunto con asociados gubernamentales, intergubernamentales y no gubernamentales. La labor de la OIM consiste en ocuparse de que la migración se manifieste

de manera ordenada y humana, de modo que favorezca a los migrantes y la sociedad. Al “promover la cooperación internacional sobre cuestiones migratorias, ayuda a encontrar soluciones prácticas a los problemas migratorios” (OIM, s.f.a, párr. 3), además de “ofrecer asistencia humanitaria a los migrantes que lo necesitan, ya se trate de refugiados, de personas desplazadas o desarraigadas” (párr. 3). Como corolario, en 2016 la OIM logró un acuerdo con las Naciones Unidas para convertirse en una agencia especializada de dicha institución (OIM, 2018).

Ahora, “A nivel regional se han formulado políticas migratorias específicas para facilitar la libre circulación de las personas en la región, con cierto grado de concesión de soberanía a un nivel de autoridad más elevado” (Naciones Unidas, 2013, p. 23), como el caso del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Comunidad Andina (CAN). En la actualidad, hay dieciocho procesos regionales consultivos de migración distribuidos en todo el mundo; donde se destacan dos en Latinoamérica: la Conferencia Suramericana de Migraciones (CSM), conocida como Proceso de Lima, y la Conferencia Regional de Migraciones (CRM) o Proceso de Puebla, que incluye los Estados del Norte y Centroamérica. De acuerdo con Acosta y Freir (2015, como se citaron en Ramírez et al., 2019), aunque dichos procedimientos no son vinculantes, han funcionado para establecer consensos, posicionar pensamientos e incidir en la discusión en término migratorio en la región.

La CSM tiene como objeto facilitar un foro de consulta para los países de América del Sur. Desde el 2000, es integrada por doce Estados miembro: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. Entre sus principales ejes temáticos, abarcó el “desarrollo de las migraciones, las diásporas, los derechos e integración de los migrantes, el intercambio de información, las estadísticas sobre migración y la lucha contra la trata y el tráfico de personas” (OIM, s.f.b, párr. 1). Dentro de las prioridades actuales, se remarcen las siguientes:

Velar por el respeto de los Derechos Humanos de los migrantes, independientemente de su situación; promover un discurso que vincule la migración al desarrollo; fortalecer el diálogo y la coordinación política entre Estados; realzar la importancia de las contribuciones de los migrantes al bienestar y enriquecimiento cultural de las sociedades de los países de origen; y promover la participación de representantes de la sociedad civil. (OIM, s.f.b, párr. 2)

En 2002, con la firma del Acuerdo de Residencia para Nacionales de los Estados Parte del MERCOSUR, como Bolivia y Chile, se normatizó el trámite de residencia legal de las personas de origen nacional de los países firmantes, las cuales entraron en vigor recién en 2009. En el caso de Argentina, según Decreto 836 del 7 de julio de 2004, se creó en el ámbito de la Dirección Nacional de Migraciones el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria, cuyo objetivo ha sido la regularización de la situación migratoria y la inserción e integración de los extranjeros residentes de forma irregular en el país. De manera similar, se cuenta con el Decreto 1.169 del 6 de septiembre de 2004, para extranjeros nacionales de países fuera de la órbita del MERCOSUR, lo cual posibilitó la regularización de más de 12 000 extranjeros (Disposición 53.253, 2005).

En este sentido, la República Argentina ha sido el primer país en implementar dicha amnistía migratoria de manera unilateral y sin exigencia de reciprocidad al resto de los países firmantes. Este programa se conoce como el Plan Patria Grande, dirigido a los ciudadanos del MERCOSUR ampliado; por lo cual da cuenta de la responsabilidad asumida por el principal Estado receptor de flujos intrarregionales en Sudamérica (Nicolao, 2010).

Hoy en día, es posible aludir a dos países que se han caracterizado como de elevada inmigración y moderada emigración. El primero es Argentina, Nación que históricamente ha recibido inmigrantes y que, en la actualidad, acoge a 1.697.667 ciudadanos de países firmantes del acuerdo. Entre estos inmigrantes, en orden de importancia, los grupos

cuantitativamente más numerosos son: paraguayos, bolivianos, chilenos, y peruanos. Por otra parte, Argentina ha tenido una población emigrada a nivel global cercana al millón de personas, lo que en términos relativos a su población representa el 2.2 %, aunque quienes residen en países de la región constituyen solo un cuarto de ese total (OIM, 2018).

En el caso de Chile, este país ha tenido los mismos rasgos en tanto que la inmigración ha crecido en las últimas dos décadas, llegando actualmente a más de 350.000 personas provenientes de la región, en primer lugar, de Perú y en segundo, Argentina. Por otro lado, tiene una población emigrada que supera las 600.000 personas, es decir, de un tamaño moderado en relación con el total de su población, pues representa el 3.4 % (OIM, 2018).

En cuanto a Argentina, obtuvo su punto de inflexión en política migratoria en 2003, con la derogación de la Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración de 1981 o Ley Videla 22.439 y la sanción de la Ley 25.871 de enero de 2004. Como se señaló en un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2016), la Ley Videla, heredada de la última dictadura militar, ha sido violatoria de diversas normas de la Constitución Nacional y de los Tratados de DD.HH. que se incorporaron con la reforma constitucional de 1994. Esta se inspiraba en una concepción represiva, sin tener en cuenta los derechos de las personas migrantes y desconocer principios fundantes del sistema jurídico argentino: el derecho a la igualdad y a la no discriminación (Domenech, 2007).

Por lo tanto, con la aprobación de la nueva Ley de Migraciones en 2003, la migración ha sido distinguida como un derecho humano y los migrantes como personas de derecho. Según el artículo 4, el derecho a la migración es observado como “[...] esencial e inalienable de la persona, y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad” (Domenech, 2007, p. 9). Así también, en el artículo 5, se mencionó que el Estado argentino asegura las condiciones que respalden una igualdad eficaz de trato,

con el propósito de que toda persona extranjera goce de sus derechos y cumpla con sus obligaciones.

Finalmente, los artículos 6, 7 y 8 otorgaron a los inmigrantes y sus familias igualdad de acceso, protección, amparo y derechos de los que gozan los ciudadanos nacionales, tanto en educación como en salud (Domenech, 2007). Ahora bien, desde las instituciones del Estado, se impulsó la perspectiva de los DD.HH. de los migrantes al mantener una visión que no detiene la lógica de costo y beneficio de la inmigración, lo cual puso de manifiesto el debate que ocasionó la búsqueda de conformidad entre la legislación internacional sobre DD.HH. y los intereses de la Nación; lo cual ocasionó que la migración haya sido abordada como una contribución o un problema, con consecuencias diversas. Por ende, la presencia legítima o no del inmigrante se contribuye en el levantamiento de la “patria chica” Argentina, más que de la “patria grande” en América Latina (Domenech, 2007).

Un aspecto relevante para destacar de la nueva legislación migratoria en Argentina es el reconocimiento del derecho a la salud, aunque se constató que en la realidad no se cumple cualquiera que sea la situación migratoria de sujeto; es decir, muchas veces resulta difícil el acceso a los servicios de salud en su totalidad. Por ejemplo, para las pensiones por discapacidad, la norma exige la acreditación de veinte años de residencia legal en el país más el 76 % de discapacidad (Ley 25.871, 2004). En 2007, la Corte declaró inconstitucional la norma en un caso de la Clínica Jurídica del CELS y la Comisión de Apoyo a Refugiados y Migrantes (CAREF), pero aún hoy se encuentra vigente. Además, una norma de estas características deja afuera a todos los niños extranjeros con una discapacidad relevante.

De manera similar, existen aspectos relacionados de manera explícita con la necesidad de aplicación de la ley en relación con el acceso de los migrantes a sus derechos. Aun así, siguen en vigencia diversas normas que establecen privilegios entre nacionales y extranjeros

en el acceso a la seguridad social, como es el caso de los niños migrantes con una residencia menor a tres años, pues se hallan excluidos de la asignación universal por hijo (CELS, 2016).

En el caso de Chile, este ha firmado y ratificado diversos convenios y tratados internacionales que garantizan el respeto y ejercicio de los DD.HH., que han permitido contar con lineamientos básicos para garantizar los derechos de los inmigrantes en el país (Demoscópica, 2009). No obstante, la situación o el estatus migratorio en Chile se constituye como un determinante social importante en salud, en donde se encuentran diferencias fundamentales entre la situación regular, que actúa como facilitador de acceso a la atención en salud, y la situación no regular, que lo desfavorece. Así, el sistema de salud consta de dos componentes: el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que incluye la mayoría de los hospitales y algunos centros de salud de atención primaria, y la salud municipalizada, que consiste principalmente en centros de atención primaria y privada de salud, las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRE (Demoscópica, 2009).

De esta manera, en Chile, todo extranjero en condición regular que posea contrato de trabajo vigente tiene los mismos derechos que los nacionales chilenos de inscribirse en FONASA o en ISAPRE, y con ello, acceden a los servicios de salud (Demoscópica, 2009). Es menester mencionar que mediante la firma de convenios entre el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) y el Ministerio de Salud con base en el Instructivo Presidencial 9 de 2008, los inmigrantes en situación administrativa migratoria irregular tienen derecho a la salud en tres condiciones preferentes: si se encuentran ante una urgencia médica, si son menores de 18 años y si son mujeres embarazadas (OIM, 2018).

Por esta situación, en Chile, gran parte de las personas han reconocido haber tenido inconvenientes personales de salud en dicho país, pues han resaltado que la gravedad ha sido relevante en los inmigrantes en situación no regular, a diferencia de los que se encuentran en una situación regular. En este sentido, los hombres en situación no regular han sufrido

accidentes laborales y las mujeres, en gran parte, han mostrado inconvenientes vinculados a enfermedades de mayor complejidad que han necesitado de hospitalización con urgencia. En este marco tanto hombres como mujeres en situación no regular han manifestado tener problemas para acceder a la atención en salud (Demoscópica, 2009).

En cuanto a las políticas migratorias de los Estados argentino y chileno, como se ha señalado, las acciones promovidas se han basado en la promoción y protección de la salud. A su vez, han permitido comprender cómo estas aseguran el acceso a la salud de los migrantes en el marco de la CSM, cuya influencia es válida en la actualidad, porque se tratan maneras de reconocer los DD.HH. de los migrantes, consagradas en las distintas convenciones sudamericanas y regionales.

En el marco de la CSM, la relación entre ambos Estados se ha enfocado desde la gobernanza y regulación de las migraciones internacionales, en especial si se considera a la persona migrante como sujeto de derechos en línea con el respeto irrestricto a los DD.HH. Al mismo tiempo, la relevancia del diálogo y la cooperación internacional ha posibilitado avanzar en la integración regional, la libre movilidad de las personas y la ciudadanía sudamericana; la trascendencia de la comunidad de acogida en la inserción e integración de las personas migrantes; el reconocimiento del aporte de las personas migrantes al desarrollo sostenible; el acceso a la justicia para personas migrantes y la vinculación con los nacionales migrantes residentes en el exterior (Ministerio de Relaciones y Culto, 2017).

En cuanto a la gobernanza de las migraciones internacionales, se resalta el interés por parte de los Estados de una política migratoria basada en el enfoque de DD.HH. y de género, que contempla los desafíos de gobernabilidad democrática de las migraciones, la integración regional y la participación ciudadana. Esta gobernanza debe estar guiada por una institucionalidad migratoria, que desde la integralidad del proceso migratorio, incluya mecanismos de participación ciudadana, incorpore la intersectorialidad e

interinstitucionalidad y aborde los desafíos regionales y locales por medio de una normativa migratoria que exprese los contenidos y avances del Derecho Internacional Migratorio y la propuesta de normativas marco, junto con la homologación de los sistemas legales migratorios (Ministerio de Relaciones y Culto, 2017).

En ese orden de ideas, los Estados han considerado que la regularización es un elemento fundamental de las políticas migratorias. Por ello, es preciso maximizar esfuerzos para regularizar la situación de migrantes en condición irregular y brindar asistencia a través servicios nacionales y locales, como las autoridades de salud públicas, educación, servicios sociales y protección de la infancia (Ministerio de Relaciones y Culto, 2017). Con relación al sistema de salud en Argentina, este se compone:

[...] por tres sectores: el público, el de seguridad social y el privado. El sector público está integrado por el Ministerio Nacional y los Provinciales, la red de hospitales y los centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de estas prestaciones operan a través de contratos con instituciones privadas, que se financian con contribuciones de los trabajadores y los patronales. El sector privado en cambio está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. También este sector incluye entidades de seguro voluntario denominadas Empresas de Medicina Prepaga, las cuales se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas. (Belló y Becerril-Montekio, 2011, p. S96)

En contraste con lo señalado, “el sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público” (Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile, s.f., párr. 1), el cual se denominó FONASA y otro privado, llamado ISAPRE. En FONASA, existen cuatro grupos de categorización que se clasifican en A, B, C y D. En primer lugar, dentro del grupo A, se consideran los sujetos carentes de recursos y los causantes del subsidio único familiar, a quienes se deben atender de manera gratuita en hospitales y consultorios públicos.

En segundo lugar, dentro del grupo B, se incluyen aquellos cuyo ingreso imponible mensual sea menor o igual a \$ 276.000 y a las personas beneficiarias de Pensiones Básicas Solidarias, que son atendidas de manera gratuita en hospitales y consultorios públicos. En tercer lugar, en el grupo C, se incorporan los sujetos con un ingreso imponible mensual mayor a \$ 276.001 y menor o igual a \$ 402.960, y que deben pagar un 10 % del arancel en hospitales públicos. Por último, en el grupo D, se encuentran las personas con un ingreso imponible mensual mayor a \$ 402.961, que deben pagar un 20 % del arancel en hospitales públicos (Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile, s.f.).

A su vez, FONASA tiene dos modalidades de atención: la Modalidad de Atención Institucional (MAI), en la cual las prestaciones médicas se otorgan a los beneficiarios en los establecimientos públicos que conforman la red asistencial, y la Modalidad Libre Elección (MLE), en la que las personas pueden atenderse en establecimientos privados o con profesionales que tengan convenio. Desde esta última modalidad, pueden atenderse las personas de los grupos B, C y D. Para acceder a ello, deben pagar un bono de atención (Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile, s.f.).

En relación con los antecedentes, para el presente estudio, se encontraron diversas investigaciones académicas como precedentes en cuanto a la temática de la regulación migratoria que han abordado la construcción de espacios globales, regionales y

subregionales. Además, se ha incorporado la cuestión de las migraciones internacionales como un aspecto a ser regulado en una escala diferente a la nacional. Por otra parte, hay un conjunto de estudios con una fuerte impronta descriptiva que han relevado los espacios existentes en América Latina, a la vez que han brindado una descripción sobre su origen, estructuras y temas centrales que trabajan (Domenech, 2007; Domenech, 2013; Jelin, 2006; Hernández, 2016; OIM, 2016).

También, en menor cuantía, hay trabajos que han tratado la conformación y el desarrollo de la CRM y la CSM, en el que ambos espacios consultivos han identificado los principales temas y enfoques, como la seguridad y los DD.HH., hasta 2010 (Gurrieri, 2005; Ministerio del Interior, 2010) y han realizado una descripción de las reuniones y temáticas centrales focalizándose en el funcionamiento.

De manera puntual, se encontró un acercamiento del acceso a la salud como derecho de los migrantes en Argentina y Chile en publicaciones como la de Clavijo et al. (2019), quienes abordaron “la relación entre humanitarismo y control migratorio en las políticas de migraciones internacionales en Argentina” (p. 127), analizando “los procesos de categorización ambivalente de los sujetos migrantes como víctimas y/o amenazas a través de tres figuras humanitarias que intervienen en la regulación de las migraciones internacionales: los refugiados, las personas bajo tratamiento médico y los trabajadores migrantes” (p. 127).

En esa misma línea, se encuentra la investigación de García (2013), que hizo énfasis en reconocer en los Estados, especialmente el argentino, “un amplio margen decisorio para definir e implementar sus políticas migratorias en función de diversos objetivos legítimos” (p. 46). Por su parte, Nicolao (2010) ha demostrado el activismo del Estado argentino en la promoción de los derechos de la población nacional residente en el extranjero y el lanzamiento de nuevas iniciativas para reforzar los vínculos con las diásporas científicas, además del creciente protagonismo de la Cancillería Argentina en la gestión de las

migraciones, la participación del país en instancias de diálogo y cooperación migratorias a nivel subregional, y la perspectiva regionalista que se le imprimió a la nueva Ley Migratoria nacional.

En cambio, Jensen y Perret (2011) examinaron los dos tipos de migraciones centrales, tanto regulares como no regulares, que han tenido y tienen lugar entre Chile y Argentina. Como conclusión, señalaron que ambas Naciones poseen una distancia en los perfiles, las características, las motivaciones, e incluso los intereses y las demandas tanto del Estado argentino como del chileno. Por último, la investigación de Liberona y Mansilla (2017) analizó cómo “Chile se ha ido convirtiendo en un país de destino para las migraciones sudamericanas, las cuales generan un impacto en los servicios públicos y en particular en salud a nivel económico, social y cultural” (p. 507).

A partir de lo expuesto, se plantea que la presente investigación se aborda desde un marco general. De este modo, se estudian las acciones promovidas por los Estados argentino y chileno para garantizar el acceso a la salud como derecho humano. Para ello, se hace énfasis en el enfoque de DD.HH. y el concepto de gobernabilidad migratoria.

Según Palacio (2013), los Estados poseen la facultad de definir de manera discrecional sus políticas migratorias e incorporar en ellas las limitaciones a los derechos extranjeros; primordialmente, aquellas vinculadas con los requisitos de entrada, permanencia y acceso a derechos de la salud, económicos y culturales, entre otras cuestiones. Sin embargo, desde la creación de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la siguiente adopción de instrumentos internacionales en el contexto universal –así como en lo regional–, que distinguen la dignidad de la persona y su igualdad ante la norma, se experimentó una transformación cualitativa en las reglas del Derecho Internacional, proceso distinguido como humanización.

En la humanización, se anunciaron los DD.HH. que les son asignados a las personas y, bajo esta perspectiva del desarrollo humano de las migraciones, “la participación total del migrante tanto en la sociedad de recepción, como en la de origen, es vista como un derecho incuestionable sin importar la situación administrativa migratoria, origen, etnia o cultura del migrante” (Mármora, 2010, p. 82).

En cuanto a la regularización, los elementos alusivos a la nacionalidad y la extranjería se vierten en la política migratoria de los Estados. En el caso de ambos países de estudio, se han distinguido las transformaciones en relación con las políticas migratorias, con las consecuentes acciones que se han resaltado en la firma de convenios migratorios en el marco del MERCOSUR, como también la participación de estas Naciones en la CSM (Domenech, 2007).

Por otra parte, Domenech (2013) utilizó las políticas de control con “rostro humano” para hacer alusión al universo de ideas y prácticas que se encuadran en el discurso de los DD.HH. como principios de legitimación y que buscan la misma finalidad que las políticas más abiertamente restrictivas; lo que garantiza mayor eficacia en el logro de su propósito y controlar los flujos migratorios internacionales. En otras palabras, las políticas de control con visión humana conforman el régimen mundial de control migratorio actual y su expansión global es producto de tanto instituciones nacionales como supranacionales que proclaman la relevancia de la protección y defensa de los derechos de los migrantes.

En el caso del concepto de gobernabilidad migratoria, esta debe comprenderse como parte de una conformación del pensamiento político de las últimas cuatro décadas. Dicho de otra manera, esta noción intenta mostrar la vía para la reformulación del vínculo entre el Estado y la sociedad, en un ámbito de crisis sociales y políticas sucesivas que develan las contradicciones en las que se sostiene dicha relación.

En dicho estudio, desde lo normativo, se apreció cómo ambos países comparten ciertos enfoques para introducir los DD.HH. del migrante en sus disposiciones, especialmente en el derecho al acceso a la salud. De esta forma, estos espacios son identificados de manera positiva, porque se le reconoce un papel primordial a la hora de incentivar la consulta y el intercambio de información y coordinación entre los distintos niveles de toma de decisión política, tanto dentro como entre Estados (Mármora, 2010; Ortiz, 2011). Cabe destacar que las migraciones irregulares han sido insostenibles para los Estados receptores, debido a que son los migrantes los que utilizan los servicios sociales, en particular la salud y educación, sin contribuir al mantenimiento de estos (Mármora, 2010).

Dados dichos aspectos, se considera que la presente investigación se convertirá en una herramienta que permitirá abrir el panorama a nuevas concepciones, de acuerdo con los avances en las políticas migratorias de los Estados estudiados en relación con el derecho a la salud en el marco de la CSM. Por último, es necesario aclarar que con este trabajo no se pretende agotar la temática ni las posibilidades de análisis, sino brindar aportes que posibiliten la comprensión del tema y generen la apertura hacia nuevos interrogantes.

Dentro de esta búsqueda, se observa un vacío de información y análisis acerca del tema de interés. Por consiguiente, resulta pertinente e innovador brindar un análisis respondiendo varios interrogantes que se presentan acerca de la problemática: ¿cómo se relacionan las migraciones con los DD.HH. en el espacio sudamericano? ¿Qué se entiende por derecho a la salud? ¿Cómo se relaciona el fenómeno de la migración con el enfoque de humanización? ¿Cuáles son las acciones de los Estados para asegurar a los migrantes el acceso a la salud?

A partir de lo expuesto, se desprende que desde el año 2010 no se han efectuado estudios acerca de esta conferencia y, si se considera la relevancia que asumen las migraciones dentro de la agenda regional con relación a los DD.HH., el presente Trabajo

Final de Grado (TFG) pretende responder el siguiente interrogante: ¿cuáles son las acciones del Estado argentino y chileno para garantizar el acceso a la salud de los migrantes como derecho humano en el período 2011-2018, en el marco de la CSM?

1.1 Objetivo general

- Analizar las acciones del Estado argentino y chileno para garantizar el acceso a la salud de los migrantes como derecho humano en el periodo 2011-2018, en el marco de la CSM.

1.2 Objetivos específicos

- Describir los lineamientos de la CSM con respecto a los DD.HH. de los migrantes en cuanto al acceso a la salud.
- Describir las políticas migratorias, los marcos legales y los programas que el Estado argentino y chileno implementan para garantizar el derecho humano a la salud de los migrantes.
- Analizar los resultados alcanzados del Estado argentino y chileno en el marco de la CSM como garante del derecho humano a la salud de los migrantes.

2 Método

2.1 Diseño

En cuanto al tipo de estudio, este TFG es de tipo cualitativo, método que brindó un proceso de indagación flexible en la búsqueda de la interpretación de los eventos, puesto que abarca una variedad de técnicas y estructuras aceptadas. Para ello, se tuvo en cuenta que la investigación cualitativa se preocupa por la construcción del conocimiento sobre la realidad social y cultural desde el punto de vista de quienes la producen o viven (Hernández-Sampieri et al., 2006). A su vez, es de alcance descriptivo, dado que se describen las situaciones y los eventos y se especifican las propiedades del objeto de estudio; comprendiendo que el objeto de estudio es analizar las acciones de los Estados argentino y chileno para asegurar el derecho humano a la salud de los migrantes, por lo que en este TFG se buscó describir dicho fenómeno a partir de sus características esenciales (Hernández-Sampieri et al., 2006).

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, pues se pretende observar los acontecimientos en su contexto real, para después analizarlos, mientras se evita por completo la manipulación de variables, debido a que no existen condiciones a las que el investigador pueda exponer a los actores o sujetos de estudio. Por su parte, el tipo de diseño es longitudinal, porque se recaban datos en diferentes puntos de tiempo (2011-2018), en busca de realizar inferencias acerca de la evolución, el cambio, la permanencia, etc., de las características del fenómeno o sus relaciones (Hernández-Sampieri et al., 2006).

2.2 Participantes

Los Estados argentino y chileno han sido los protagonistas de la investigación, junto con la CSM como la principal organización regional en el ámbito de migración y su tratamiento.

2.3 Instrumentos y análisis de datos

Las técnicas de recolección y análisis de datos oscilaron entre la investigación documental y la triangulación de datos. La investigación documental permite analizar las fuentes, el estudio y la asimilación del objeto mediante la examinación; además, esta hace referencia a la utilización, la interpretación o el análisis de diferentes tipos de documentos en el proceso de llevar a cabo una investigación (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Por su parte, la triangulación de datos consiste en la utilización de diversas fuentes de información sobre un mismo objeto de conocimiento, con el propósito de contrastar los datos recabados y lograr el alcance de un estudio que dé cuenta de la realidad (Hernández-Sampieri et al., 2006). En este sentido, se toman como fuentes primarias la documentación oficial de las CSM, específicamente: Declaración de Brasilia (2011), Declaración de Santiago (2012), Declaración de Cartagena de Indias (2013), Declaración de Lima (2014), Declaración de Santiago (2015), Declaración de Asunción (2016), Declaración de Montevideo (2017), Declaración de Sucre (2018) y los comunicados y documentos de los Estados argentino y chileno.

Por otro lado, se apela a fuentes secundarias de orden documental, proporcionadas por revistas especializadas, como *Revista Social y Equidad*, *Journal of International Relations*, *Revista Derechos Humanos*, *Revista de Ciencias Sociales* y la *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)*. También se consideran estudios de especialistas relevantes, como Jelin (2006), Domenech (2007; 2013), Hernández (2016), entre otros.

3 Resultados

Con el fin de dar sustento a los objetivos planteados y a la pregunta de investigación, en esta sección, en primera instancia, se procede a describir los lineamientos de la CSM con respecto a los DD.HH. de los migrantes en cuanto al acceso a la salud. Luego, se analizan las políticas migratorias, los marcos legales y los programas que los Estados argentino y chileno implementaron para garantizar el derecho humano a la salud de los migrantes. Por último, se identifican los resultados alcanzados de los Estados argentino y chileno en el marco de la CSM como garante del derecho humano a la salud de los migrantes.

3.1 Lineamientos de la Conferencia Suramericana de Migraciones con respecto a los Derechos Humanos de los migrantes en cuanto al acceso a la salud

Dentro del marco de la CSM, el acceso a la salud se aborda desde la perspectiva de los DD.HH., donde se reconoce al derecho a emigrar como inalienable, garantizado en la Declaración Universal de los DD.HH. Empero, no se concibe inclusión social sin promover su acceso en igualdad de condiciones que los nacionales a todos los derechos, entre ellos al trabajo, la seguridad social, la salud, la justicia, la vivienda, la educación, la cultura, así como a la participación social y política en las sociedades de acogida.

En el objetivo de salud, no existe un marco normativo integral o específico que aborde las necesidades de protección, aunque se objetiva un marco mínimo de atención primaria. Se debe aclarar, entonces, que la CSM no establece lineamientos explícitos, sino a través de las investigaciones analizadas y de las diferentes declaraciones.

Además, es posible afirmar que esta considera que las principales áreas de intervención son: la salud de los grupos vulnerables; el análisis y abordaje de las situaciones de riesgo y daño a la salud esenciales; la salud de las poblaciones receptoras y de origen; el acceso a servicios de atención de salud oportuna, de calidad, cultural y lingüísticamente

apropiados y sin discriminaciones en el marco del enfoque de DD.HH.; la cobertura de los migrantes por la seguridad social y la portabilidad del seguro; la producción y diseminación de información y evidencias para la acción; la promoción de políticas nacionales e internacionales; y la colaboración internacional (Roses, 2008).

Este lineamiento está dado por la promoción y protección de la salud y la atención primaria, donde se garantice el acceso equitativo a los servicios de salud al brindar una cobertura sanitaria universal basada en la mejora de la atención primaria, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas de cualquier edad.

En línea con el proyecto de una Gobernanza Migratoria Global, se promulga la universalidad al acceso en salud a partir de la eliminación de las barreras de la desigualdad y discriminación. Por ello, se promueven mecanismos internacionales de diálogo y concertación entre los países para regular los flujos migratorios y mitigar su impacto negativo sobre los sistemas de salud nacionales; se establecen acuerdos y negociaciones para abordar el fenómeno de la migración de recursos humanos en salud; se crean oportunidades de contratación, desarrollo profesional y de educación continua en los países y servicios de origen; y se elaboran programas de retorno del personal de salud mediante políticas de oferta de empleo, reconocimiento de créditos académicos y otras medidas de estímulo.

3.2 Políticas migratorias, marcos legales y programas que los Estados argentino y chileno implementan para garantizar el derecho humano al acceso a la salud de los migrantes

En el caso chileno, durante los dos gobiernos de los presidentes Michelle Bachelet y Sebastián Piñera, se avanzó en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales. La Estrategia Nacional de

Salud 2010-2020 planteó en el Objetivo Estratégico No. 5 el mejoramiento del acceso a salud de las personas migrantes.

Así, el periodo 2011-2018 dio cuenta de la implementación de las medidas tomadas en el área salud, a partir de dos pilares principalmente: la creación del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Resolución Exenta 266 del 12 de diciembre de 2014, y la presentación de la reforma de la Nueva Ley de Migraciones en abril de 2018, aprobada finalmente en agosto de 2019.

Como primer pilar, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes se enfocó en establecimientos de atención primaria de salud, con una cobertura inicial de once comunas –de las cuales cinco pasaron a ser parte del Piloto de Salud de Inmigrantes–; cuyo objetivo fue desarrollar estrategias dentro del modelo de atención que permitieron superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afectaba a la población inmigrante, en especial la no regulada.

Además, incluyó “la difusión de derechos y deberes de los inmigrantes, mediadores interculturales, facilitadores lingüísticos, instancias de participación y desarrollo de protocolos de atención” (Sepúlveda, 2019, p. 35). Es decir, este programa se llevó a cabo “en centros de atención primaria de las comunas en las que el fenómeno migratorio está más presente, esperando su expansión a un mayor número de comunas de manera incremental” (Galaz, 2016, p. 4). A nivel ministerial, se estableció un equipo sectorial asesor de Salud de Inmigrantes, que contó con representación de la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud, cuyo propósito ha sido implementar una Política de Salud que tenga en consideración a la población migrante a largo plazo.

Como segundo pilar, el Proyecto de Reforma de Ley Migratoria aprobó en sus indicaciones la relación al derecho y acceso a la salud, de modo que amplió el derecho a que

los migrantes tengan acceso (garantizado por ley) a la salud en las mismas condiciones que cualquier chileno, sin importar su condición migratoria; lo que les daba derecho a acceder a los beneficios de FONASA del grupo A, que incluye las Garantías Explícitas en Salud (AUGE/ GES).

En normativa y legislación, desde 2014 las medidas de salud que se han tomado fueron las siguientes:

En primer lugar, se hizo efectivo el marco normativo del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, que garantizó a los extranjeros en situación migratoria regular el acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. A diferencia de los migrantes, los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Ministerio de Salud, 2019).

En segundo lugar y en relación con el marco de otras normativas ministeriales y el convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, se aseguró la atención de salud tanto a niños, niñas y adolescentes como a mujeres embarazadas, sin importar su situación migratoria, como también la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la comunidad.

En tercer lugar, en marzo de 2016, se publicó el Decreto Supremo 67, que fijó la circunstancia y el mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, un seguro público en donde se agregó la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos, sin documentos o sin permisos de residencia. De esta manera, se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los ciudadanos nacionales.

En cuarto lugar y como una medida afirmativa, se emitió la Circular A15 No. 4 de 2016, que instruyó sobre la implementación del Decreto 67 (2016). Esta reiteró todas las vías

de acceso al sistema de salud y las precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional, siempre priorizando la regularización migratoria.

En quinto lugar, como modificación del Decreto Supremo 110, se incorporó como cuarta circunstancia de acreditación la falta de recursos para la calificación de beneficiario de FONASA del grupo A, a las personas inmigrantes que carecían de documentos o permisos de residencia. Esta modificación se fundó en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, como la Constitución de Chile, el DFL No. 1 del 2005, la Ley 18.469, los dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015 y un fallo de los tribunales de Antofagasta del 2015. (Ministerio de Salud, 2019, párr. 22)

Finalmente, el proyecto de minuta de Reforma de la Ley Migratoria del 2018 ha brindado a los migrantes accesos a los beneficios, sin interesar la condición migratoria, de FONASA en relación con el grupo A, la cual incluye GES y AUGE, que son garantías de “acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud” (Ley 19.966, art. 2, 2004). Totalizan 85 y contempla patologías dentro de las siguientes categorías: accidentes graves, enfermedades del corazón y cerebro, enfermedades cónicas, enfermedades de la visión, intervenciones quirúrgicas, el parto, atención del prematuro y enfermedades del recién nacido, patologías específicas en el adulto mayor de 65 años y del menor de 15 años, salud bucal, mental y tratamientos oncológicos que incluyen la medicación correspondiente.

En el caso argentino, a diferencia de Chile, en el periodo 2011-2018, se comprobó que no se sancionaron leyes en materia de acceso a la salud en migrantes. Por esta razón, se contextualizó un marco legal y normativo en la actual Ley de Migración 25.871 (2004), de modo que esta ha servido para su comparación con el país chileno.

Es importante consignar que en Argentina se incluyó el criterio de nacionalidad durante la primera presidencia de Néstor Kirchner, en la Ley de Migraciones 25.871 promulgada en 2004. Esta ha sido destacada en varios espacios nacionales e internacionales, justamente por tratarse de una ley de avanzada en materia de migración y DD.HH. Así, también trajo aparejados cambios significativos, expresados en especial en sus primeros artículos.

En este sentido, es pertinente destacar que, en el caso argentino, la información obtenida solo es la que se detalla a continuación, debido a que es un tema reciente. Por consiguiente, en el artículo 4 se estableció que la migración es un derecho esencial e inalienable de la persona, que la República Argentina garantiza sobre la base de la igualdad y universalidad; en tanto que los artículos 6, 7 y 8 aseguraron el acceso de las personas migrantes a la salud, educación, justicia, asistencia social y atención sanitaria, cualquiera que sea su situación migratoria. Por lo tanto, la ley indicó expresamente que la irregularidad no era un obstáculo a la hora de acceder a un conjunto de derechos básicos. Así lo advierte en su artículo 6, que establece:

[Que] el Estado en todas sus jurisdicciones, aseguraría el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

Al mismo tiempo, en su artículo 8, se hace alusión a la imposibilidad de negar o restringir:

[...] en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o la atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios debían brindar

orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes, a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.

3.3 Resultados alcanzados de los Estados argentino y chileno en el marco de la Conferencia Suramericana de Migraciones como garante al derecho humano del acceso a la salud de los migrantes

En el caso argentino, la Ley de Migraciones (Ley 25.871, 2004) ha brindado respuesta al acceso a la salud como DD.HH. de la población migrante por tres líneas:

En primer lugar, el artículo 8, establece que el Estado tiene la obligación de proporcionar atención sanitaria, independientemente de la situación administrativa de regularidad o irregularidad migratoria en la que se encuentren los sujetos. En segundo lugar, se formalizó la idea de que, si otros Estados no pueden garantizar el acceso de sus nacionales a determinados tratamientos, estos pueden radicarse temporaria o transitoriamente en Argentina bajo la subcategoría de pacientes bajo tratamientos médicos. En tercer lugar, reconoce que las personas que invoquen razones que a criterio de la DNM hagan presumir riesgo de muerte por falta de tratamiento médico en caso de que fueran obligadas a regresar a su país de origen, pueden radicarse bajo la subcategoría de razones humanitarias. (Clavijo et al., 2019, pp. 137-138)

Dicho de otra manera, ha abarcado casi todo el espectro de posibilidades para la atención de los migrantes desde la óptica jurídica. En la práctica, ha logrado la universalidad en la atención, tanto de los grupos etarios como de la situación inmigratoria regular o irregular. En este aspecto, no se discrimina la atención de patologías ni en la situación de urgencia o atención electiva.

También cabe señalar que hubo un gran desafío para lograr su implementación, ya sea por dificultades para acceder a servicios de seguridad social o por barreras en los servicios de

salud (como cuando se exige documentación en hospitales cuando no es procedente) y por la falta de acceso al sistema judicial. En este sentido y como ejemplo de ello, es posible afirmar que fue un retroceso del gobernador de la provincia de Jujuy en febrero de 2018, cuando envió al Congreso Provincial dos proyectos de ley para propulsar el recupero de los gastos de las prestaciones realizadas a los inmigrantes en el marco de la denominada Reciprocidad en la Atención Médica de Inmigrantes, aduciendo que era para evitar un posible colapso en la atención de los hospitales jujeños, producto mayormente del alto flujo de consultas y procedimientos médicos de la población boliviana.

En el caso chileno, en el periodo inicial de este estudio, desde 2011 solo se permitía la atención del inmigrante en situación regular o bajo situación de urgencia (de vida o muerte). Con los programas implementados a posteriori se consiguió un mejoramiento sustancial en el acceso a la salud, hasta conseguir la equiparación de los migrantes al programa de FONASA del grupo A, en iguales condiciones que la población nacional escasa de recursos, dejando de lado la discriminación a la que eran sometidos con la legislación anterior. Aunque existen todavía varias patologías sin cobertura, las más frecuentes se encuentran dentro de las 85 que cubre el grupo A.

Por último, en el marco de la CSM, los Estados argentino y chileno han sido garantes del acceso a la salud de los migrantes. Dichos Estados implementaron labores de coordinación e intercambio de información entre ambos. Estas implementaciones se basaron en la regularización de una cantidad importante de migrantes, el desarrollo de investigaciones sobre los flujos migratorios y poblaciones vulnerables, los procesos regionales consultivos en América Latina sobre materia migratoria, los procesos de simplificación de visas, la facilitación de datos sobre los procesos de regularización, el acceso de los migrantes en situación irregular a servicios básicos de salud y educación, y la flexibilización de requisitos en situaciones de emergencia.

4 Discusión

En la presente investigación se analizan las acciones de los Estados argentino y chileno para garantizar el acceso a la salud de los migrantes como derecho humano en el periodo 2011-2018, en el marco de la CSM. En este orden de ideas, se comprende cuáles son las acciones de ambos Estados y los grandes avances realizados en relación con el acceso a los servicios de salud de la población migrante.

Para ello, se desarrollaron unos objetivos específicos: en primer lugar, la descripción de los lineamientos de la CSM con respecto a los DD.HH. de los migrantes en cuanto al acceso a la salud. En segundo, la descripción de las políticas migratorias, los marcos legales y los programas implementados en esta última década. Finalmente, el análisis de los resultados de los Estado argentino y chileno en el marco de la CSM como garante del acceso al derecho humano a la salud de los migrantes.

Al enfocarse en la perspectiva de los DD.HH., ambos países han dado el tratamiento adecuado a las políticas migratorias, de manera que ha prevalecido el avance en los derechos. En cuanto a la gobernabilidad migratoria, esta es una visión para el control de la migración entre las diversas Naciones de la región latinoamericana. Sucintamente, los Estados deben conjugar los derechos y las demandas de los dos tipos de población tanto de la local como la migrante en el contexto de la interacción social, económica, cultural y política en la que se desarrollan estas dos poblaciones.

En relación con el primer objetivo, se evidencia que los lineamientos de la CSM no son explícitos, pues se desprenden de las investigaciones analizadas y sus diferentes declaraciones. Además, la CSM establece un marco mínimo de atención derivado del derecho inalienable del migrante, como es el acceso a la salud como derecho humano, garantizado en la Declaración Universal de los DD.HH.. De esta manera se concibe a la CSM como un espacio consultivo valorado de manera positiva, porque se le reconoce un rol importante a la

hora de fomentar la consulta y el intercambio de información y coordinación entre los distintos niveles de toma de decisión política, tanto dentro como entre países, lo que refleja la idea de gobernanza multinivel (Ortiz, 2011). Cabe resaltar que la CSM y ambos Estados han desarrollado sus políticas al amparo de los DD.HH. de los migrantes respecto al servicio de salud.

Según lo que sostuvo Roses (2008), el acceso a los servicios de atención de salud por medio de los migrantes afronta inconvenientes, como la situación de ilegalidad, la discriminación de los migrantes temporales en los programas nacionales de salud (incluso en los servicios de urgencia), el miedo de los migrantes ilegales a la detención, las barreras idiomáticas y culturales y la inaccesibilidad geográfica y económica. Por ello, los dos Estados han necesitado avanzar en normativas para las migraciones ilegales y aportar prácticas innovadoras de protección social en salud.

Por otro lado, como se describió, se evidencia que los avances en políticas migratorias, marcos legales y programas que ambos países llevan a cabo para garantizar el derecho humano al acceso a la salud han sido implementados en diferentes tiempos y tuvieron distintas etapas en cada territorio en cuestión. En el análisis de cada caso, tanto Argentina como pionera con la ley más acorde a una gobernanza global: la Ley 25.871 de 2004, y Chile con la Nueva Ley de Migraciones de 2018, consiguen una mejoría sustancial en el acceso a los servicios de salud, hecho difícil de imaginar hace dos décadas atrás.

Como bien describió Mármora (2010), las políticas migratorias al interior de la Nación se han transformado en los últimos años. Asimismo, el modelo de desarrollo humano para las migraciones parte de una postura ética, que valora los derechos del ciudadano migrante como el núcleo de toda política migratoria. A su vez, las políticas migratorias no deben ser definidas y legitimadas solo en relación con el acontecimiento migratorio en sí, sino que deberían estar relacionadas con otras políticas, como las comerciales, tecnológicas,

medio ambientales, etc. En este caso de estudio, se observa cómo se vincularon estas políticas migratorias con la política de salud de ambos países. A partir de ello, se analiza el avance en el flujo migratorio que han recibido los Estados argentino y chileno.

Ahora, es necesario destacar que el acceso a los servicios en cada país es diferente: Argentina tomó las decisiones con la sanción de una única ley, mientras Chile lo está implementando en etapas. Sin embargo, la universalidad con relación a la atención está más acotada en el caso chileno: en un corto tiempo ha conseguido avanzar en la cobertura de las patologías más frecuentes o de mayor demanda gracias a la incorporación de los migrantes al programa de FONASA.

Siguiendo lo expresado por Roses (2008), las políticas y prácticas de salud vinculadas con la migración requieren control y desarrollo permanente con el objetivo de responder a los nuevos y difíciles desafíos que se enfrentan. Si bien las políticas migratorias coordinadas con los propósitos de salud pública colaboran a facilitar la integración exitosa y saludable de los migrantes, esta noción supone comprender sus perfiles y creencias de salud y brindar acceso a servicios de calidad y culturalmente acordes, para mejorar las posibilidades de integración de estos grupos en las comunidades huéspedes.

Por último, en cuanto a los resultados obtenidos para el periodo 2011-2018, en Argentina ya regía la Ley 25.871 de 2004, sin modificatorias en salud ni limitaciones en el acceso; diferente de Chile que implementó desde el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020: en primer lugar, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes en 2014, que buscó recabar la información demográfica de los inmigrantes y desarrolló estrategias para garantizar la atención, aunque solo para los inmigrantes en situación migratoria regular; en segundo lugar, el Proyecto de Reforma de Ley Migratoria en 2018, que amplió el derecho a la atención de los inmigrantes sin importar su condición migratoria.

Por medio de estas normativas, los migrantes son incluidos junto a los ciudadanos nacionales carentes de recursos en la categoría A del FONASA, que habilita a la atención de 85 patologías del listado de condiciones de GES, con bonificación del 100 %. Por su parte, en el caso argentino, desde la sanción de su Ley Migratoria (2004), se tiene una bonificación del 100 % para la atención de los inmigrantes en el sistema público de salud y sin limitaciones de ningún tipo en el alcance de las patologías. Sin embargo, tanto Chile como Argentina solo cubren el espectro de prestaciones limitados al ámbito público de salud y solo pueden acceder a la medicina privada aquellos migrantes que trabajen en relación de dependencia o posean salarios que puedan costear o compensar en forma privada el copago de una ISAPRE –en Chile– o una Obra Social o Medicina Prepaga –en Argentina–.

Tal como se expresó, se conoció un caso de estudio como el de la provincia de Jujuy en Argentina, en donde el gobernador Gerardo Morales aprobó la Ley 6.116 para el cobro de las prestaciones a los migrantes, con el fin de que no colapse el sistema de salud público provincial. Este tema merece ser estudiado, pues aborda una cuestión de reciprocidad entre Estados limítrofes. En este aspecto, dicha decisión tuvo notorias repercusiones entre el país argentino y el boliviano debido a la gran migración que recibe la provincia por parte de la población boliviana. A saber, esta legislación provincial fue muy cuestionada y se la tomó como una decisión gubernamental con un notorio menosprecio a los derechos reconocidos a los migrantes, sin respetar la última modificación de la Ley Migratoria Argentina (Karasik y Yufra, 2019).

En definitiva, al desarrollar esta investigación, se puede apreciar que no existen trabajos que aborden la temática desde la comparación de los países elegidos, lo que es innovador y de gran valor. Sin embargo, tal descubrimiento no se tomó como una limitación negativa en el estudio, puesto que se busca analizar cómo los Estados en estudio garantizan el acceso a la salud de los migrantes. No obstante, de este estudio con enfoque descriptivo y de

tipo cualitativo, se recomienda evaluar las acciones de los Estados hasta las percepciones de los migrantes y sus nacionales, en relación con el respeto a sus DD.HH.. Asimismo, sería de gran utilidad evaluar los demás países limítrofes, que, si bien tienen grandes diferencias con los estudiados, ayudaría a ampliar los conocimientos sobre la temática en cuestión, permitiendo observar debilidades y fortalezas de los Estados de la región latinoamericana.

A modo de conclusión, se destaca la novedad de comparar dos países limítrofes en la construcción de políticas de salud para la población migrante desde la óptica de los DD.HH. y la gobernabilidad migratoria, observando así sus diferencias, alcances y avances en un periodo determinado. Deja abierta la posibilidad de investigaciones futuras para consideraciones, ya sea dentro del espacio de consulta como la misma CSM u otros. Sería también importante considerar el alcance de estos procesos de humanización y si son jurídicamente vinculantes para todos los Estados o solo para los propuestos.

5 Referencias

- Belló, M., & Becerril Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), S96-S108.
- British Broadcasting Corporation [BBC]. (2020). *Population and migration*.
<https://bbc.in/31HZhwS>
- Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS]. (2016). *Política migratoria y Derechos Humanos: consolidación de una agenda para proteger los derechos de los migrantes*.
<https://bit.ly/3c5atG2>
- Clavijo, J., A., P., & Basualdo, L. (2019). Humanitarismo y control migratorio en Argentina: refugio, tratamiento médico y migración laboral. *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 46(84), 127-157. <https://doi.org/10.21678/apuntes.84.1016>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2011). *XI Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Brasilia*. <https://bit.ly/3qswEhC>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2012). *XII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Santiago*. <https://bit.ly/3qtNtsH>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2013). *XIII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Cartagena de Indias*. <https://bit.ly/3n3Cd42>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2014). *XIV Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Lima*. <https://bit.ly/3kto12K>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2015). *XV Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Santiago*. <https://bit.ly/3cjIqCV>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2016). *XVI Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Asunción*. <https://bit.ly/3wCZf4N>
- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2017). *XVII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración final*. <https://bit.ly/30o2wJJ>

- Conferencia Suramericana de Migraciones. (2018). *XVIII Conferencia Sudamericana sobre Migraciones. Declaración de Sucre*. <https://bit.ly/3wFEC0U>
- Congreso de la Nación Argentina. (2004). Ley 25.871 del 20 de enero de 2004. [Política Migratoria Argentina]. Buenos Aires, Argentina.
- Demoscópica. (2009). *Informe final: diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana*. OIM.
- Dirección Nacional de Migraciones. (2005). Disposición 53.253 del 13 de diciembre de 2005. Boletín Oficial del 15 de diciembre de 2005. [Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria]. Buenos Aires, Argentina.
- Domenech, E. E. (2007). La agenda política sobre migraciones en América del Sur: el caso de la Argentina. *REMI*, 23(1), 71-94. <https://doi.org/10.4000/remi.3611>
- Domenech, E. E. (2013). "Las migraciones son como el agua": hacia la instauración de políticas de "control con rostro humano": la gobernabilidad migratoria en la Argentina. *Polis*, 12(35), 119-142. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682013000200006>
- Galaz, C. (2016). Cambio en las políticas sanitarias: la encrucijada de la atención de salud a la población inmigrada. *XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 1-13.
- García, L. (2013). Estándares migratorios en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y derecho a migrar en Argentina. *Revista Derechos Humanos*, 2(2), 39-76.
- Gurrieri, J. (2005). El proceso consultivo en América del Sur. La Conferencia Suramericana sobre migraciones. *Migración internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe*, 443-466.

- Hernández, C. E. (2016). *Derechos fundamentales y migración internacional* [Tesis doctoral]. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). McGraw-Hill.
- Jelin, E. (Dir.). (2006). *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. IDES.
- Jensen, F., & Perret, G. (2011). Migración chilena a la Argentina: entre el exilio político y la migración económica-cultural. *Revista Sociedad & Equidad*, (2), 143-162.
doi:10.5354/0718-9990.2011.14835
- Karasik, G. A., & Yufra, L. C. (2019). *Extranjería y acotamiento del derecho a la salud en una provincia de frontera: iniciativas legislativas y debates sociales en Jujuy*. Tiraxi Ediciones.
- Liberona, N., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.
<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Mármora, L. (2010). Modelos de gobernabilidad migratoria. La perspectiva política en América del Sur. *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 18(35), 71-92.
- Mercado Común del Sur [MERCOSUR]. (2002). Acuerdo sobre residencia para nacionales de los Estados partes del MERCOSUR del seis de diciembre de 2002. Brasilia, Brasil.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. (2017). *Relatoría del “Foro de alto nivel sobre los flujos de migrantes en situación migratoria irregular en las Américas”*. San José: Consejo Permanente de la OEA.
- Ministerio de Salud. (2004). Ley 19.966 del 25 de agosto de 2004. [Que establece un Régimen de Garantías en Salud]. Santiago de Chile, Chile.

- Ministerio de Salud. (2019). *Salud del inmigrante*. <https://bit.ly/3onLdjM>
- Ministerio del Interior. (2010). *Migraciones internacionales en el siglo XXI*. Puerto Iguazú: Congreso Internacional sobre Migraciones.
- Naciones Unidas. (2013). *Migración y Derechos Humanos. Mejoramiento de la gobernanza basada en los Derechos Humanos de la migración internacional*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2017). *International migration report 2017: highlights*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nicolao, J. (2010). ¿Hacia la internacionalización de la política migratoria argentina? *Red CLACSO de Postgrados en Ciencias Sociales*, 1-10.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2016). *Migración, Derechos Humanos y política migratoria*. Buenos Aires: OIM.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2018). *Evaluación del Acuerdo de Residencia del MERCOSUR y su incidencia en el acceso a derechos de los migrantes*. Buenos Aires: OIM.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (s.f.a). *Quiénes somos*. <https://bit.ly/3kotV4Y>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (s.f.b). *Conferencia Suramericana sobre Migraciones*. <https://bit.ly/3c0xutJ>
- Ortiz, C. I. (2011). Algunas dimensiones del ideario de la gobernabilidad migratoria: el proceso de institucionalización de la Conferencia Sudamericana de Migraciones. *Cuaderno de H Ideas*, 5(5), 1-20.
- Palacios, M. T. (2013). Los derechos de los extranjeros como límite a la soberanía de los Estados. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (23), 319-352.

- Ramírez, J., Ceja, I., & Alfaro, Y. (2019). La Conferencia Suramericana de Migraciones y el Proceso Puebla: ¿entre la seguridad y los derechos? - CSM y CRM. *Periplos. Revista de Investigación Sobre Migraciones*, 3(1), 11-36.
- Roses, M. (2008). 8.^a Conferencia Sudamericana de Migraciones: migraciones y salud. OPS: <https://bit.ly/3n64t69>
- Sepúlveda, C. A. (2019). *Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la región metropolitana: Quilicura y Santiago* [Tesis de maestría]. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile. (s.f.). *Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile*. <https://bit.ly/3HdJ3fb>
- Zúñiga, N. (2005). Introducción: por una visión global de las migraciones. En N. Zúñiga (Coord.), *La migración: un camino entre el desarrollo y la cooperación* (pp. 7-12). Comunidad de Madrid.