

## *SALUD Y PROCESO MIGRATORIO ACTUAL EN CHILE<sup>1</sup>*

Rodolfo Armas Merino<sup>2</sup>, Báltica Cabieses V.<sup>3</sup>, Marcelo Wolff R.<sup>2</sup>,  
Colomba Norero V.<sup>2</sup>, José A. Rodríguez P.<sup>2</sup>, Humberto Reyes B.<sup>2</sup>.

### INTRODUCCIÓN.

Diversos autores y organizaciones internacionales han elaborado definiciones para el concepto de migración internacional, lo que evidencia la complejidad del análisis del fenómeno migratorio. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), define migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo<sup>(1)</sup>. Son entonces requisitos de la migración internacional atravesar fronteras con intención de asentarse fuera del país de residencia habitual. Por su parte, las Naciones Unidas definen migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año<sup>(2)</sup>.

Cabe hacer un distingo entre migrantes y refugiados, en el sentido que el motivo del desplazamiento de estos últimos ha sido huir del peligro personal que les representa permanecer en el lugar de su residencia por estar amenazados por razones políticas, religiosas, étnicas, etc. lo que no es del caso en los migrantes que sin sufrir persecución directa migran principalmente por necesidades económicas o laborales.

En general, cuando se habla de migraciones se está pensando en un fenómeno social pues se trata del desplazamiento de grandes grupos humanos, habitualmente varios miles de personas, dentro de un tiempo limitado a un lugar diferente al de su residencia habitual.

También es migración el desplazamiento de personas o de familias singulares que voluntariamente y en pleno uso de su libertad, se trasladan para radicarse por un tiempo prolongado en una localidad diferente a la de su residencia habitual, movidos por intereses familiares, de estudio, laborales e incluso para vivir sus años de retiro. Este tipo de migraciones son frecuentemente motivadas por los lugares de llegada para contar con personas que posean

---

<sup>1</sup> Conferencia pronunciada en sesión ordinaria de la Academia Chilena de Medicina, 5 de julio de 2018.

<sup>2</sup> Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina

<sup>3</sup> PhD Health Sciences (Social Epidemiology) University of York, Inglaterra

\* Este documento fue publicado en Anales del Instituto de Chile, Vol. XXXVII, 2018.

determinadas condiciones o habilidades para desarrollar programas específicos como colonizaciones de áreas geográficas, desarrollo académico o tecnológico, etc.

Este trabajo se refiere a las migraciones como fenómeno social, de grupos grandes de personas, que en los lugares de llegada crean situaciones no programadas.

La migración internacional es un proceso complejo que se inicia antes que la persona cruce una frontera, en algunos casos varios años antes, fase que se conoce como *pre-migratoria (pre-partida)*. En esta etapa la información que se recibe, formal e informal, se considera en función de las posibilidades de desplazamiento y las dificultades de vida en el país en que se reside. Luego, si se decide migrar, corresponde a la fase de cruce de una frontera o *migratoria (tránsito)*, que en muchos casos es segura y regular, pero que en otros suele exponer a riesgos de abuso, maltrato y violencia, e incluso trata y tráfico de personas. La tercera fase es la de *llegada (destino)*, con el acomodo social, cultural, político y legal que siempre significa. Algunos de los problemas principales de la etapa de “llegada” son las dificultades idiomáticas y la desprotección en salud. Esto último es especialmente complejo en personas que están más expuestas a enfermarse por vivir en condiciones de hacinamiento, con poco refugio para las inclemencias climáticas, mal alimentadas, etc. Tras la llegada, con frecuencia ocurre la gran decisión de *asentamiento, retorno, o nueva búsqueda*. Algunos autores indican que los primeros 3 a 6 meses son los más críticos, mientras otros proponen hasta un año o año y medio como fase en la cual la persona busca comprender la nueva realidad, construir redes e integrarse.

Se estima que en el año 2017 había 258 millones de personas migrantes internacionales que mayoritariamente se habían trasladado intrarregionalmente y que 37 millones de ellas correspondían a menores de 18 años<sup>(3,4)</sup>. Así, en la actualidad los inmigrantes representan, según estimaciones de Naciones Unidas del 2017, el 3,4% de la población mundial pero el 14% de la población que vive en países de altos ingresos. De acuerdo a datos del año 2011, en América Latina y el Caribe, 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país<sup>(5)</sup>.

EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. En este sentido, México continúa siendo el principal corredor migratorio del mundo, desplazando de sur a norte a millones de personas cada año. La mayoría de los migrantes se mueve intrarregionalmente lo que en América Latina se llama migración Sur-sur, sobre todo de personas que viven en países de menor desarrollo hacia otros cercanos más desarrollados dentro de la región.

La principal causa de las migraciones son situaciones forzadas laborales y económicas, sea por escaso desarrollo productivo o pobreza, desastres naturales como inundaciones o sequías, terremotos devastadores en los que las personas pierden todos sus haberes, o por circunstancias políticas o sociales en las que no hay fuentes de trabajo o que por una u otra razón se hizo al menos peligroso o insostenible al inmigrante permanecer en su propio país<sup>(6,7)</sup>.

En general, las personas eligen migrar a aquel país donde ya habita un familiar o amigo, quien le ha recomendado, por su propia experiencia, que ese país ofrece oportunidades de trabajo meritorias como para su traslado. Esto se conoce como la teoría social de cadena migratoria.

También pueden intervenir en la decisión de migrar o en la elección de adonde migrar, las oportunidades de desarrollo social y de protección a las personas que ofrecen los países. En ese sentido, pueden haber influido en la inmigración que ha habido hacia Chile en el último tiempo, la estabilidad política y económica con indicadores favorables del Producto Interno Bruto, tasas de desnutrición, mortalidad infantil, muertes atribuibles a deficientes servicios sanitarios, control de infecciones como la tuberculosis, entre otros indicadores de salud, que actualmente son mejores que en los países de los cuales proviene la mayor parte de los inmigrantes que están llegando a Chile<sup>(8,9)</sup>. (Tabla 1).

<b>TABLA 1.- Algunos Indicadores Sociales y Sanitarios de Chile y de Países Orígenes de Inmigrantes a Chile</b>									
Indicador	Chile	Argent	Bolivia	Colombia	Ecuador	Haití	Peru	Venezuela	
Ingreso PIB(PPA) *	26.905	21 528	7900	15 055	11 864	1870	13.993	10 399	
Expectativa de vida al nacer (Hombres/Mujeres)	77/82	74/80	69/74	72/79	74/79	61/66	73/79	70/79	
Mortal. infantil por 1.000 nacidos vivos	< 1 año	7	10	35	14	16	48,2	18	12
	< 5 años	8,3	11	36,9	15,3	20,9	67	15	16,3
Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	22	52	206	64	64	359	68	95	
Nacimientos en Hospitales por 100 nacidos vivos	100	100	90	96	97	42	92	96	
% Desnutrición Infantil	1,8	¿?	16,1	12,7	23,9	21,9	13,1	13,4	
% poblac. c/Cobert en Salud	70	76	60	76	75	47	78	73	
Registro defunciones y sus causas por 100 defunciones.	97	100	¿?	79	81	NR	57	100	
% gasto estatal en salud, educación y servicios sociales	19,6	12,3	9,8	12,2	11	¿?	14,4	¿?	
Embarazo en adolescentes por 1,000 embarazos	44,7	65,5	71	71,6	56,5	49	49,4	¿?	
Muertes por Accid. del Trabajo	12,4	13,6	23,2	16,8	20,1	15,1	13,9	45	
% población objetivo vacunada	87	66	¿?	87	76	26	66	53	
% de fumadores de Tabaco	5	4	6	2	1	3	¿?	¿?	
Consumo Alcohol (Ltr/ año en > de 15 años)	9,3	9,8	4,8	5,8	4,4	5,8	6,3	5,6	
Incidencia VIH (casos nuevos anuales x 100.000 habitantes)	0,28	0,13	0,10	0,12	0,12	0,77	0,09	0,21	
Prevalencia VIH por 100 adultos	0,34	0,27	0,17	0,25	0,20	1,38	0,22	0,38	
Prevalencia de Tuberculosis (por 100.000 habitantes)	16	24	114	32	50	188	117	32	
Homicidios por 100.000 habit.	4,4	6,2	14,1	43,1	9,3	28	11,6	49,2	
*PPA= Paridad del poder adquisitivo						¿? Información no disponible			
Ref.: - World Health Organization World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018.									
- World Health Statistics 2018 (Para Prev. VIH: UNAIDS Data 2017 y WHS 2018)									
- Fondo Monetario Internacional, ed. (2018). «Report for Selected Countries and Subjects»									

En los países receptores se generan posiciones encontradas respecto de las migraciones. Hay quienes estiman que ellas son una amenaza porque pueden incorporar una mayor fuerza de trabajo al campo ocupacional existente desplazando a las personas naturales del país o introducir cambios sociales como aumento de la delincuencia o representar un gasto para el Estado receptor que repercutiría en los contribuyentes locales. Otros, en cambio, son partidarios de acoger e incorporar a los migrantes a la sociedad teniendo presente, entre otros argumentos, que la mayoría han llegado, como ya señalábamos, por necesidad, huyendo de la pobreza o de otras situaciones que les son adversas en sus países de origen, o que pueden ser una oportunidad para reimpulsar tasas de fecundidad estancadas, aumentar el consumo y dinamización del mercado y para aportar conocimientos y enriquecimiento cultural. El hecho es que en ciertos lugares y momentos las inmigraciones son estimuladas y en otros son no deseadas y se puede crear barreras burocráticas y aún físicas para impedir las.

Las migraciones y los desplazamientos por refugio han sido un tema de importante preocupación de los Estados desde hace muchos años y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha asumido un rol relevante en él:

- En 1951, la ONU inició la “Convención sobre el Estatuto de los Refugiados” que precisaba deberes y derechos de las personas que estaban en esa condición.

- El año 2016 la Asamblea General de la ONU emitió la llamada “Declaración de Nueva York sobre Refugiados y Migrantes” en la que los Estados se comprometen a un marco de respuesta integral y a adoptar un “Pacto Mundial sobre Refugiados en 2018”.

- También en 2016 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó una resolución sobre “Salud de los Migrantes” la cual insta a sus Estados miembros a generar políticas y programas para abordar las inequidades de salud que afectan a las personas migrantes y promover acciones en las zonas fronterizas.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIM, junto con Estados miembros, otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas e instituciones interesadas, elaboraron el “Componente propuesto para la salud para el Pacto Global para una migración segura, ordenada y regular PMM<sup>(10)</sup>. (Tabla 2)

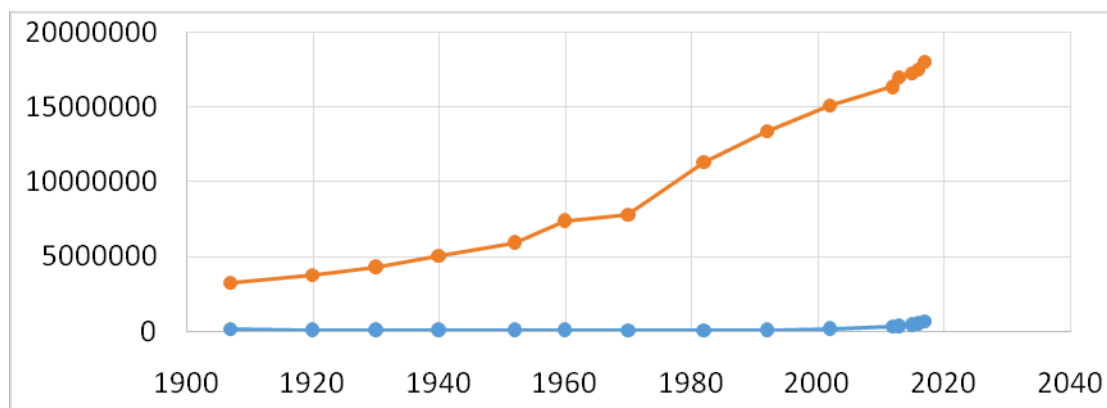
<b>TABLA 2.- META; Inclusión Explícita de la Dimensión Salud en el Pacto Mundial Para una Migración Ordenada, Segura y Regular (PMM)</b>
<u>Tema 1. Los derechos humanos de las personas migrantes.</u> Implementar efectivamente los instrumentos existentes, o desarrollar instrumentos locales, nacionales, binacionales y regionales armonizados, que faciliten la eliminación de obstáculos y generen evidencia sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes independientemente de su condición migratoria, tales como normas, protocolos, convenios y sistemas de información.
<u>Tema 2. Los efectos de la migración irregular por vías regulares.</u> Desarrollar mecanismos nacionales intersectoriales de atención de salud y protección de los derechos de las personas migrantes, en condiciones de vulnerabilidad, independientemente de su estatus migratorio, en todas las etapas del ciclo migratorio incluidas las etapas de retorno y reintegración social.
<u>Tema 3. La cooperación Internacional y la gobernanza de la migración en todas sus dimensiones.</u> Desarrollar una agenda internacional de cooperación técnica y financiera en salud para las personas migrantes, priorizada y articulada, que aborde todas las etapas del ciclo migratorio.
<u>Tema 4. El tráfico ilícito de migrantes, la trata de mujeres, niños y jóvenes.</u> Fortalecer las capacidades del sector salud para detectar, referir y brindar atención integral, incluyendo el apoyo psicosocial, víctimas de trata, otras formas de esclavitud y secuestro; atender las consecuencias físicas y emocionales vinculadas al tráfico de migrantes.
<u>Tema 5. Las contribuciones de los migrantes y las diásporas al desarrollo sostenible.</u> Impulsar mecanismos que permitan a la diáspora fortalecer el sistema de salud y protección social en las comunidades de origen, mediante mecanismos que faciliten la movilización de recursos humanos, técnicos y financieros.
<u>Tema 6. Migraciones causadas por los efectos del cambio climático o contextos de crisis.</u> Desarrollar políticas públicas que promuevan la equidad en salud en las comunidades de origen, en respuesta a los factores que impulsan la migración en condiciones de vulnerabilidad.

#### INMIGRACIÓN EN CHILE.

En contraste con otros países de América Latina como Argentina o Brasil, Chile históricamente fue un país principalmente emisor y no receptor de migrantes. Es así como en el año 2007, 857.781 chilenos vivían fuera del país, con una proporción de 3 chilenos fuera del país por cada inmigrante viviendo en Chile (razón emigrante: inmigrante de 3:1). Sin embargo, a partir de 1990 la inmigración internacional ha aumentado considerablemente estimándose en torno al 3,7% de la población mundial en el año 2016 y en torno al 5% para fines del año 2017. Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada en el país desde 1950 y se encuentra por encima del promedio de migrantes internacionales del mundo que es en torno al 3,4% pero muy por debajo de países OCDE cuyas tasas promedio están en torno al 10-12%. En gran medida la inmigración internacional habida en Chile en los últimos años ha sido latinoamericana. Según recientes estimaciones informadas por las más altas autoridades del país (2018), considerando los inmigrantes en situación irregular (es decir, que poseen sus pasaportes del país de origen, pero no la visa vigente en Chile), habría en Chile alrededor de un millón doscientos mil inmigrantes, lo que constituiría cerca de un 5,5% de la población del país<sup>(11)</sup>. En la Figura 1 se muestra el crecimiento de la población chilena a través de los años y el ingreso de inmigrantes al país en el mismo período<sup>(12-15)</sup>. Entre 2002 y 2014 la tasa de crecimiento medio anual de la inmigración en Chile ha sido de 13,2% mientras que la de la población total residente ha sido 1,5%. Chile ocupa el quinto lugar en términos de porcentaje de migrantes con respecto a otros países de Latinoamérica. Es razonable analizar los costos y los beneficios que puede tener para la población chilena el movimiento migratorio que se está enfrentando y las regulaciones que van

pareciendo necesarias a fin de adoptar las medidas convenientes para acrecentar los efectos positivos y atenuar los posibles efectos negativos que este fenómeno pueda traer. Es necesario hacer un esfuerzo para que los inmigrantes tengan una incorporación a la sociedad en forma regular, ordenada, amable y segura, esto es, que incluya el ingreso a los sistemas de previsión, salud, educación y oportunidades laborales.

**Figura 1** Total estimado de personas migrantes internacionales (en azul) por año Observado y población nacional (en rojo) desde el censo de 1902 y hasta 2017



Fuente: Cabieses B, 2017, Datos censales 1902-2012, encuesta CASEN para año 2013, Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior 2015 y 2017.

El crecimiento de la inmigración en Chile ha hecho recomendable que la Academia Chilena de Medicina analice el tema en lo general y adopte una posición en torno a los aspectos sanitarios nacionales que trae la actual ola de inmigración. La medicina chilena tiene que velar porque la población migrante internacional que llega a Chile con intención de asentamiento, reciba al menos la asistencia sanitaria que el país brinda a su población propia. Para ello se debe procurar que todos quienes pretenden permanecer en el país cuenten con permiso de residencia de largo plazo o definitivo.

Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional que se incorpore en forma regular a la nación. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Estas declaraciones políticas y programas requieren de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr que nuestra sociedad brinde la mejor protección social a sus inmigrantes internacionales. Esto se adscribe a las metas específicas en materia de migración internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y a las cuales Chile ha formalizado su compromiso e interés. Más aún, en los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020<sup>(16)</sup> se incorporaron metas de reducción de inequidades en salud para población migrante internacional, lo que ha catalizado el desarrollo de diversos estudios y ejes programáticos a nivel central y local en todo el territorio nacional.

A través de diversas fuentes de información como son los censos, las encuestas de Caracterización Socio-Económica Nacional CASEN<sup>(12,17,18)</sup>, los datos recogidos a través del otorgamientos de permisos de Permanencia Definitiva y Visa de Residencia Temporal del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, las estadísticas hospitalarias y otros estudios y encuestas de opinión es posible conocer el perfil socio-demográfico y de salud actual de los migrantes internacionales que han llegado y están llegando a Chile.

Los inmigrantes asentados en Chile provienen de diversos países, pero de acuerdo al censo abreviado del año 2017, sobre 70% de ellos son de Perú (25%), Colombia (14%), Venezuela (11%), Bolivia (10%), Argentina (9%) y Haití (8%). La inmigración de personas provenientes de Haití ha sido muy acelerada en los últimos años, registrándose los ingresos en los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 de 3.100, 5.541, 15.310, 48.796 y 104.796 de personas de esa nacionalidad respectivamente y pasando de ser el 0,2% del total de inmigrantes el año 2011 a aproximadamente 10% el 2015. La migración desde Venezuela también se ha incrementado notablemente en los últimos 3 años. Por su parte, la proporción de migrantes peruanos ha tenido tendencia a ir bajando y, de hecho, entre los años 2011 y 2015 disminuyó de 40,1% a 29,9% del total de migrantes. La Tabla 3 muestra los números estimados de residentes extranjeros establecidos en Chile en diciembre de 2017, según país de origen.

<b>TABLA 3.- Estimación de Residentes Extranjeros por Nacionalidad a diciembre 2017)</b>	
País de Origen	número (%)
Perú	266.244 (23,8%)
Colombia	145.139 (13,0%)
Venezuela	134.390 (12,0%)
Bolivia	122.773 (11,0%)
Haití	112.414 (10,0%)
Otros*	338.307(30,2%)
<b>Total</b>	<b>1.119.267 (100%)</b>
* Argentina (87.926-7,9%), Ecuador (39.556-3,5%), Estados Unidos (19.900-1,8%), España (26.177-2,3%), Brasil (20.707-1,9%), China (17.021-1,5%) República Dominicana (9.270-0,8%), otros países (117.750-0,5%)	
Fuente: Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Depto de Extranjería y Migración. Información entregada por Presidente Sebastián Piñera en acto de presentación de indicaciones al proyecto de ley sobre migración. Abril 2018	

Estas personas se han radicado a lo largo de todo Chile, pero muy principalmente en la Región Metropolitana donde por años se ha instalado alrededor de 2/3 de la población de migrantes y en la región de Antofagasta, donde hay una tendencia claramente creciente a través de los años a radicarse una mayor proporción de ellos llegando a estar allí ahora cerca del 10% del total <sup>(19)</sup>. La atracción por el asentamiento en el norte del país puede atribuirse a las oportunidades de trabajo que ofrece la minería en esa zona y a la cercanía geográfica con Perú y Bolivia. Cabe destacar que la ola de migraciones no es estable a lo largo del país y se van creando situaciones diversas en las distintas regiones (Tabla 4).

TABLA 4.-	Distribución (en%) de Migrantes a lo largo de Chile En cuatro periodos.			
	2005	2010	2014	2017
Chile	100	100	100	100
Arica y Parinacota	3,1	3,3	3,3	2,3
Tarapacá	3,6	5,2	6,0	5,2
Antofagasta	3,1	4,4	6,9	9,4
Atacama	0,6	0,7	1,0	1,6
Coquimbo	1,6	1,5	1,6	2,4
Valparaíso	7,9	6,6	5,8	5,6
Metropolitana	59,0	61,7	61,5	62,9
Libertador B. O'Higgins	1,5	1,4	1,2	2,0
Maule	1,6	1,3	1,2	2,0
Bio-Bio	3,6	3,1	2,7	2,3
La Araucanía	3,6	2,8	2,2	1,4
Los Ríos	1,2	0,9	3,8	0,5
Los Lagos	2,8	2,3	2,9	1,4
Aisén	0,7	0,5	0,4	0,3
Magallanes	0,7	0,8	0,9	0,7

La densidad migratoria -entendiendo por tal la proporción de inmigrantes internacionales en relación a la cantidad de habitantes- es muy desigual a lo largo de Chile siendo las más altas las de las regiones de Tarapacá y Antofagasta que sobrepasan el 17% (Tabla 5).



<b>TABLA 5.-</b> Proporción de Inmigrantes (en%) Respecto de Población Local Según Regiones en años 2014 y 2017.		
Años	2014	2017
Chile	2,7%	6.0%
Arica y Parinacota	4,8	11,3
Tarapacá	9,4	17,7
Antofagasta	5,3	17,3
Atacama	1,7	6,3
Coquimbo	1.4	3,6
Valparaíso	1,4	3,5
Metropolitana	4,6	9,9
Libert. B. O'Higgins	05	2,4
Maule	0.3	2,1
Biobío	0,3	1,3
La Araucanía	0,8	1,6
Los Ríos	0,9	1,5
Los Lagos	0,6	1,9
Aisén	1,8	3,2
Magallanes	1,7	4,8

Hay una alta heterogeneidad socioeconómica entre los migrantes. Algunos cuentan con situación económica acomodada, pero muchos viven en privación económica y pobreza y, dada su condición de extranjeros, carecen de redes sociales de apoyo para enfrentar las adversidades. La variedad de condiciones en las que se realiza la migración, puede generar mayor vulnerabilidad para la salud y el bienestar físico y psicológico de las poblaciones migrantes y sus familiares, en especial si ocurre en contextos de pobreza, violencia o abusos <sup>(14, 20, 21)</sup>.

Para conocer la situación económica de los inmigrantes se cuenta, además de los indicadores de pobreza, la información disponible sobre previsión y hacinamiento. Este último tiene múltiples impactos en áreas como la vida familiar, lo social, lo sanitario, etc. El índice de hacinamiento entre los años 2011 y 2015 bajó en Chile de 13 a 6,7% para las personas nacidas en Chile y en cambio en los migrantes se ha mantenido en ese período en alrededor del 20% <sup>(22,23,24)</sup>. El inaceptable hacinamiento crítico (más de 5 personas por dormitorio) se redujo en el periodo a la mitad entre los chilenos, pero se ha mantenido estable en cifras alrededor de ocho veces más altas entre los inmigrantes (Tabla 6).

TABLA 6.- Algunos Indicadores Sociales de Chilenos e Inmigrantes en Tres Períodos.							
		Casen 2011		Casen 2013		Casen 2015	
		Inmigrantes	Chilenos	Inmigrantes	Chilenos	Inmigrantes	Chilenos
Pobreza Multidimensional*				25.2	20.3	23.5	19.0
Hacinamiento	Total	20,1	13,3	24,0	9.0	21,4	6,7
	Crítico**	5,6	1,3	9,1	1,1	5,8	0,7
Previsión de salud	Adulto sin			8,5	2,5	15,7	2,7
	Niño sin***			12,3%	1,2%	26,6%	1,6%
* Educación, salud, seguridad social y vivienda. ** >5 personas por dormitorio *** niño de 0 a 14 años Ref: Cabieses. Rev. Chil. Pediatr. 2017; 88: 707 <sup>(24)</sup>							

Alrededor de 70% de los migrantes internacionales establecidos en Chile se concentra en el área urbana de la Región Metropolitana. No obstante, hay franca tendencia a aumentar el número de ellos que se radica en áreas rurales. En efecto, mientras en 2009 por cada mil inmigrantes seis se instalaron en zonas rurales, el año 2015 ello aumentó a 29,5.

La proporción de niños migrantes internacionales se ha mantenido prácticamente estable durante los años, alcanzando para el año 2015 al 12,9%, mientras que la proporción de adultos mayores ha ido disminuyendo, alcanzando al 6,4% para ese año.

Respecto al estado civil, la proporción de personas casadas o convivientes migrantes internacionales es mayor que la de la población chilena, alcanzado como promedio un valor cercano a 50%. Por otra parte, para el mismo año 2015, los chilenos entre 15 y 18 años con estado civil casados o convivientes fueron 2,1% mientras los inmigrantes internacionales de esas mismas edades fueron el 9,9%.

Los migrantes ya asentados en el país, por provenir mayoritariamente de países fronterizos, no logran representar una verdadera diversidad cultural ni étnica <sup>(24,25)</sup>, pero en los últimos años, esa diversidad sí se aprecia con la llegada de migrantes latinoamericanos de países más distantes, como Haití, República Dominicana, Venezuela y Colombia. La consideración del país de origen de personas migrantes no es importante solo para efectos de registro demográfico, sino también porque nos acerca a la dinámica y compleja diversidad cultural que hoy es nuestro país <sup>(26,27)</sup>. Familias y comunidades de distintas tradiciones, costumbres, creencias, idioma y religión hoy conviven con grados variables de respeto mutuo y armonía, que necesitan de mayor comprensión para la protección de la salud y bienestar de todos quienes residen en territorio nacional. Se podrá volver a pensar qué significa *ser chileno*, qué valores nos importan y cómo queremos vivir con nuestras familias y vecinos. Más aun, se nos presenta la necesidad de hacer ajustes en la salud pública, para resolver algunos problemas sanitarios, incluyendo eventuales enfermedades tropicales o infecciosas, que ya estaban erradicadas o controladas.

#### INMIGRACIÓN Y SALUD.

Dos aspectos diferentes se distinguen dentro de la relación entre inmigración y salud. Uno es la atención médica y los problemas sanitarios que encuentran los inmigrantes en el lugar de llegada y otro es el aporte técnico profesional que pueden hacer en ese lugar los inmigrantes que traen una formación profesional y una experiencia laboral en alguna disciplina relacionada con la salud. En esta oportunidad nos referiremos al primero de estos aspectos. El aporte técnico-

profesional en el área de la salud que hacen o pueden hacer los inmigrantes es un asunto de la mayor relevancia que abordaremos en otra oportunidad.

#### EL DERECHO A LA SALUD.

Desde siempre la medicina ha reconocido el derecho a la salud de todas las personas sin excepción ni discriminaciones. Hace 3.800 años el Código de Hammurabi castigaba a los médicos que incurrían en errores aun cuando el afectado fuese un esclavo, es decir una persona del más bajo nivel social; se atribuye a Maimónides en el s XII orar para estar “*siempre dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado*” y “*en el que sufre no ver más que al hombre*”. En tiempos más actuales, en la declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) se precisó: “*Art. 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...*”. Más recientemente, (1952), la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y el American Board of Internal Medicine propusieron un nuevo código de ética para la medicina moderna conocido como “*Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina*”<sup>(28)</sup> que ha tenido importante acogida en la comunidad médica y que contiene tres principios y diez compromisos. Uno de los principios es: “*Los médicos deben trabajar activamente para eliminar toda discriminación en los cuidados de salud, sea por razones étnicas o raciales, de género, socio-económicas, religiosas o de cualquier otra categoría social*” y uno de los compromisos es: “*Los médicos deben individual y colectivamente esforzarse por reducir las barreras para una atención de salud equitativa*”.

Estas citas invitan a recordar que la medicina es un servicio que deben prestar los médicos para que la salud, que es un derecho de las personas, esté al alcance de todos, incluyendo obviamente a los migrantes. Éstos, además, frecuentemente están en una situación precaria porque tienen limitaciones económicas, carecen de previsión y de redes de apoyo social, desconocen los sistemas de asistencia médica, frecuentemente enfrentan barreras idiomáticas y pueden ser por cultura diferentes en la “*forma de expresar sus sentimientos, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte*”<sup>(29)</sup>.

En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia otros más ricos y prósperos, como medida de supervivencia a las insostenibles condiciones en las que se encontraban en sus países de origen. Frente a esta grave situación, diversos organismos internacionales han alzado la voz y realizado declaraciones y recomendaciones para proteger la dignidad y los derechos de los migrantes<sup>(10,30, 31)</sup>.

La información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es aun limitada especialmente en lo referente a aquellos en situación irregular y aún se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, nivel socioeconómico y de salud antes de migrar, efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo. Es necesario desarrollar más estudios focalizados a la población inmigrante para poder orientar de manera efectiva estrategias que faciliten la protección de la salud de ellos.

La OMS, ha declarado como problemas de salud más frecuentes entre los migrantes las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión, el uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo, trastornos psicosociales y la exposición a la violencia. Hace hincapié en que las mujeres y la población infantil son especialmente vulnerables pues se enfrentan muchas veces a situaciones específicas de la maternidad, de los recién nacidos y de la infancia. El problema principal con respecto a enfermedades, especialmente las que son crónicas, es la interrupción de la atención, sea por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan, por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria o como efecto de la misma migración. Algunas recomendaciones de la OMS sobre salud pública para población migrante internacional en el mundo aparecen en la (Tabla 7) <sup>(31)</sup>.

<b>TABLA 7.- Recomendaciones de salud pública generales para población migrante internacional en el mundo, Organización Mundial de la Salud 2015 <sup>(31)</sup></b>	
<i>Recomendación</i>	<i>Descripción y fundamentación</i>
No se recomienda un reconocimiento obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes para detectar enfermedades	Puesto que no hay pruebas concluyentes de que ello sea costo-eficaz y puede generar ansiedad en los refugiados y la comunidad en general. Más aun, se ha observado que los reconocimientos obligatorios disuaden a los migrantes de solicitar una revisión médica y ponen en peligro la detección de los pacientes de alto riesgo
Se recomienda encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud voluntarios	Para velar por que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a cuidados de salud. Tales controles deben efectuarse para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes
Los resultados de salud que se puedan recabar en población migrante internacional nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsarlos de un país	Va contra derechos humanos fundamentales
Evitar estigmas, no existe relación sistemática alguna entre la migración y la importación de enfermedades infecciosas	La evidencia internacional disponible a la fecha en general informa que los refugiados y los migrantes están expuestos principalmente a las enfermedades infecciosas que son comunes en los países donde arriban, sin relación alguna con la migración
Detectar problemas de salud de refugiados y los migrantes en los puntos de entrada o poco después de su llegada	Esto para proteger la salud de personas migrantes internacionales y brindar medidas de cuidado a la salud de ser necesario
Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a medidas de prevención (por ejemplo, vacunación) y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad	Se debe evitar y prevenir todo tipo de discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nivel socioeconómico, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados. La OMS apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes y refugiados independientemente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal

Suele haber temor que los inmigrantes transmitan enfermedades a los habitantes locales. Al parecer ello no es tan así y es más bien la vulnerabilidad que conlleva la pobreza, el hacinamiento

y la falta de acceso a los servicios de salud la que confiere riesgos de enfermedades<sup>(31)</sup>. Es más, se ha señalado que en general los migrantes son más sanos que los nativos del país receptor y, más aún, más sanos que los que no migran en su país de origen<sup>(32)</sup>. Pero también se ha observado que los migrantes que enferman tienen peor evolución que los locales<sup>(33)</sup>, lo que se puede relacionar con sus condiciones de vida más desfavorables, con que tienen menos controles en sus enfermedades crónicas y con que las necesidades médicas no satisfechas son más altas en ellos que en la población local<sup>(34)</sup>.

Como ya se señaló, la mayor parte de los ingresos hospitalarios en inmigrantes ocurren, al igual que en la población general, por embarazos, partos y puerperio, los que, si bien no son enfermedades sino procesos naturales y normales, requieren de asistencia médica. Siguen en frecuencia las atenciones por accidentes y causas externas, problemas digestivos y cánceres. Es llamativo que en los migrantes hombres de edades entre 15 y 34 años se haya detectado una mayor proporción de egresos hospitalarios por accidentes, traumatismos y causas externas que en la población chilena del mismo rango de edad.

Es preocupante la elevada proporción de migrantes que egresan de nuestros hospitales sin haber tenido previsión de salud. La falta de protección previsional para salud entre los chilenos es baja y estable en cambio entre los inmigrantes es bastante alta y con tendencia a empeorar<sup>(24)</sup> (Tabla 6).

Existe de parte de los inmigrantes un uso no muy bajo y con tendencia al alza de servicios de medicina preventiva gratuita del Estado. Es así como el año 2011 hizo uso de mamografía 44,3% de las inmigrantes en edad correspondiente lo que subió a 54,22%, en el año 2015. Respecto de la realización del examen de Papanicolaou, entre los años 2009 y 2011 se observa un incremento en su realización por parte de las mujeres mayores de 15 años inmigrantes internacionales, pasando de 51,7% para el año 2009 a 61,2% para el año 2015.

#### LA SALUD MATERNO-INFANTIL.

En Chile son escasos los estudios sistemáticos sobre la salud de las madres inmigrantes, pero es fácil percatarse que hay riesgos sanitarios no sólo en las migraciones irregulares e inseguras. Los problemas de salud más frecuentes tanto en personas migrantes como no migrantes son los de tipo obstétrico, y en nuestro medio resulta preocupante que entre las primeras hay una importante proporción sin previsión de salud<sup>(35,36)</sup>. De hecho, en una serie de la zona norte de Santiago, tuvieron este tipo de previsión 28,8% de las migrantes contra 99,1% de las chilenas.

Otra característica de algunos grupos de embarazadas migrantes es que los controles de embarazos no los hace o los inicia tardíamente con la consiguiente pesquisa tardía de la morbilidad materna y fetal<sup>(37)</sup>. Esto se ha atribuido a la no disponibilidad de la documentación necesaria, desconocimiento del sistema oficial de salud del país, escasez de redes de apoyo social, etc. En el Hospital Clínico San Borja Arriarán, que es un hospital público y principal de un Servicio de Salud de la Región Metropolitana, donde en 2017 más del 60% de los partos correspondieron a madres extranjeras, ocurrieron en el año 2016 tres muertes maternas, todas de madres inmigrantes que, según el análisis del Comité de Auditoría de ese establecimiento, no hubo o fue tardío el control del embarazo<sup>(36)</sup>.

Comparadas las embarazadas chilenas con las inmigrantes, se ha observado que las primeras tienen significativamente menor frecuencia de riesgo biopsicosocial (50,1 vs 62,3%)<sup>(38)</sup>, entendiéndose por tal a las situaciones y condiciones de vida y de trabajo que tienen la capacidad de afectar, en forma negativa, el bienestar y la salud física, psíquica y/o social de la persona. Es probable que ese mayor riesgo, aunque se detectó en embarazadas, lo sufran todas las trabajadoras inmigrantes.

De acuerdo con un estudio realizado el año 2012 en la comuna de Recoleta de Santiago, las madres inmigrantes, atendidas por los mismos equipos profesionales que las chilenas, requirieron menos partos por cesárea (24 vs 34%) y también presentaron menos problemas en relación al parto (24 vs 44%)<sup>(38)</sup>.

Chile cuenta con excelentes indicadores de salud materno infantil. Ello se ha logrado después de un gran esfuerzo que se ha mantenido durante muchos años y alcanzado ya a varias generaciones de personas en las que se ha creado una cultura de los cuidados médicos en el embarazo y en la infancia. Eso no ha ocurrido en otros países donde una proporción significativa de los partos no son atendidos por profesionales y donde se recurre frecuentemente a medicina complementaria. Aparentemente ello es lo que está ocurriendo con una proporción de las personas inmigrantes y es un desafío acercarlas a que conozcan y valoren los beneficios de una medicina moderna y basada en saberes generados científicamente.

En lo referente a la salud de los niños, el sector salud de nuestro país se preocupó tempranamente de ella e inició acciones para protegerla. No obstante, tal como ocurre con las madres, una alta proporción de niños no cuenta con prevención para salud. Ya señalamos que los niños migrantes sufren de hospitalizaciones por traumatismos en accidentes con mayor frecuencia que los chilenos, lo que no tiene una explicación satisfactoria por el momento. El Comité Consultivo de Infecciones Neonatales de la Sociedad Chilena de Infectología ha alertado sobre la incertidumbre del estado de inmunización de niños migrantes y de las infecciones potencialmente transmisibles de ciertas embarazadas extranjeras a los recién nacidos dado que el control de embarazo en sus países de origen no contempla estos controles<sup>(39)</sup>.

Se ha señalado que la precariedad de las condiciones sociales especialmente de las viviendas genera trabas para el alta segura de la diada madre-hijo recién nacido. También se ha señalado que la falta de previsión social, las consultas médicas tardías, la barrera idiomática y los incumplimientos de las indicaciones médicas interfieren con una buena atención médica de los niños<sup>(36)</sup>.

Los niños, de acuerdo con la encuesta Casen del año 2015, representaron en ese año 12,9% de la población inmigrante; lo que significa que habría en Chile aproximadamente 140.000 niños inmigrados, que muy pronto serán residentes estables y con alta probabilidad la mayoría se nacionalizará chilenos. Ellos crecerán, se educarán, harán amistades, adquirirán muchas de nuestras características y costumbres, nos traspasarán otras que recibieron de sus padres y formarán familias en Chile. Muchos de estos niños no han tenido la suerte de vivir en un país que prácticamente derrotó a la desnutrición una generación anterior a la suya, venir de hogares cuyas madres y abuelas fueron seguidas médicamente desde que nacieron y para quienes es natural el control de niños sanos en el que se vigiló su estado nutricional, se le administró vacunas para evitar infecciones y se les dio tratamientos oportunos a sus enfermedades. Hace algunos años se

comprobó en Chile que los niños inmigrados tenían una latencia de seis meses entre que llegaban y recibían una primera consulta médica en el sistema público de salud. Esto era mayor aún si los padres eran migrantes en situación irregular<sup>(40)</sup>. Por todo esto, los niños inmigrantes, así como los niños chilenos hijos de migrantes, requieren de una atención médica muy especial.

Según el sociólogo experto en migraciones Dr. Lorenzo Agar, la proyección de las tendencias de natalidad de la población chilena y de la población extranjera radicada en Chile, permite predecir que en dos décadas serán en el país tantos los hijos nacidos con ambos padres chilenos como los nacidos con al menos un padre extranjero.

Probablemente en lo referente a la salud de los niños, es más relevante la cobertura del control de los niños sanos, incluida una actualización de inmunizaciones, que la vigilancia o el tratamiento de alguna o algunas enfermedades en particular.

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

En general son pocas las enfermedades infecciosas transmisibles que traen los migrantes y que pueden poner en riesgo a la población que los acoge, ya que ésta tiene generalmente mejores condiciones sanitarias y nutricionales que la hace menos vulnerable a ellas<sup>(21)</sup>. Estudios nacionales evidenciaron que la población migrante auto-reporta menos problemas de salud y tiene menos hospitalizaciones que la población chilena, lo que pudiera estar relacionado con que los migrantes son más jóvenes y/o que hay una selección espontánea en el sentido que quienes migran son las personas más sanas.

Aunque es improbable que los migrantes introduzcan afecciones infectocontagiosas al país de acogida, en Chile hay dos enfermedades infecciosas que son preocupantes por su mayor frecuencia en los países de origen de algunos grupos de inmigrantes acogidos que en nuestra población: la infección con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la tuberculosis (TBC).

En nuestro país, en el año 2016, la tasa de morbilidad de TBC en todas sus formas, esto es la suma de casos nuevos más las recaídas, fue 14 por 100.000 habitantes, pero en las regiones de Tarapacá y Parinacota fue de 40 y 26,7 respectivamente. Probablemente esto se debe a que éstos son territorios limítrofes con países con prevalencia alta de la enfermedad y la condición de extranjero proveniente de esos países vecinos aparece como un factor de riesgo de esta afección<sup>(36)</sup>. De hecho, 12,5% de los pacientes reportados con TBC en Chile ese año 2016 fueron extranjeros contra 4,5% en 2011. En países más desarrollados como EEUU, la tasa global de TBC ha llegado a ser menor de 3 por 100.000 habitantes, pero la proporción de los casos que corresponden a migrantes es también elevada (68% en el año 2016) por lo que las estrategias de pesquisa y prevención se centran fuertemente en esas poblaciones de riesgo<sup>(36)</sup>.

Pero no solo la mayor frecuencia es lo preocupante, sino también la ocurrencia de casos con multirresistencia a drogas, lo que hace más complejo el tratamiento y tiene el riesgo del contagio de una enfermedad más grave. En el año 2016, se detectaron 16 casos multirresistentes<sup>(41)</sup>, 8 de ellos eran chilenos, 7 peruanos y 1 colombiano; 3 tenían además infección por VIH. Estos datos reflejan una clara sobrerrepresentación de extranjeros respecto a la proporción de ellos en el país y coincide con el estancamiento de la sostenida disminución de tuberculosis que se ha estado observando en Chile. Es claro que hay que tener presente que hay otros factores de

riesgo tanto o más importantes que la condición de migrantes, como son la drogadicción, la coinfección con VIH, el alcoholismo y la pobreza.

Por lo anterior, cabe ofrecer en Chile un tamizaje voluntario básico de TBC a aquellos migrantes que provienen de países con alta endemia y que llegan a residir en nuestro país, con el fin tanto de proporcionarles un tratamiento oportuno como evitar el contagio por diagnósticos tardíos <sup>(21)</sup>. Hay países que, junto a otras restricciones específicas, antes del ingreso (ej: ante solicitud de visa) o bien tras la llegada al país, aplican diferentes estrategias de pesquisa (radiografías, estudio de expectoración y test de TBC latente) para aquellos migrantes y refugiados que provienen de países de alta endemia. En todo caso ello se practica de diferentes maneras en distintos países careciendo de una mayor estandarización <sup>(42)</sup>. Hay dudas si su implementación resiste un análisis de costo-beneficio pues parecería que serían pocos los casos que se pesquisarían y muchos los migrantes y turistas a estudiar y, además puede ser interpretado como una forma de estigmatización <sup>(43)</sup>.

Estos exámenes condicionantes del ingreso son cuestionados por algunos organismos internacionales y por ciertos expertos que estiman que puede llevar a persecuciones equivocadas y prejuicios por parte de la población local y que el criterio de país de origen no es suficiente como predictor de una enfermedad, sino que participan otros condicionantes como la pobreza, exposición a personas enfermas, hacinamiento e historial de vacunación.

En el caso de la infección por VIH, 20% de los casos confirmados por el Instituto de Salud Pública en 2017 correspondieron a extranjeros avecindados en el país. Este porcentaje, sin duda, refleja una sobrerrepresentación de extranjeros y ha hecho plantearse como posible que haya casos que pudieran haber migrado con el propósito de recibir terapia adecuada e ininterrumpida en Chile, dada la garantía de tratamiento gratuito financiado por el Estado que establece la normativa ministerial de atención en esta patología <sup>(44)</sup>.

Aparte de la TBC y del VIH, los migrantes podrían ser portadores de enfermedades tropicales de las cuales en Chile no se tiene experiencia profesional, ni en los métodos de diagnósticos ni en las herramientas terapéuticas adecuadas. Entre estas patologías, afortunadamente de escasa o nula transmisibilidad de persona a persona o posibilidad real de entronizarse en el país, cabe destacar las siguientes: histoplasmosis, malaria, leishmaniasis, anquilostomiasis y otras parasitosis, lepra y filariasis <sup>(21)</sup>.

#### ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.

La migración es un cambio vital profundo que conlleva dificultades y tensiones, y que, como todo proceso de cambio, comporta ganancias y pérdidas y genera estrés cuya intensidad e impacto en quien lo sufre depende de cómo el inmigrante se sitúe frente a su grupo cultural de origen y hacia el grupo de acogida y de cómo este grupo de acogida reaccione ante el inmigrante <sup>(45, 46)</sup>.

La sensación de pérdida de familia, amistades, costumbres, etc. hace que se enfrente un verdadero duelo, que se llama “duelo migratorio” y que se manifiesta como malestar, desesperanza, desánimo, depresión y sufrimiento que sienten muchos inmigrantes por estar lejos de los suyos. Se le llama también Síndrome de Ulises pues en la Odisea Ulises dice “*Deseo y anhelo continuamente irme a mi casa y ver lucir el día de mi vuelta*”. En otra parte de la misma



Odisea señala “y *Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...*” (Odisea, canto V, 150). Este duelo migratorio es descrito como múltiple por ser mucho y diverso lo que se echa de menos (la familia, el nivel social, las amistades, los alimentos, la tierra, etc.), parcial porque quien lo sufre sabe y siente que no es irreversible, y recurrente porque se reactiva a menudo en relación con llamadas, recuerdos, menciones, etc. sobre el país de origen. Habitualmente es pasajero durando más o menos según sea la capacidad de adaptación de quien lo sufre.

Desde la década de 1960 numerosos estudios han demostrado la existencia de una posible relación entre la migración y los trastornos de salud mental. En efecto, se ha detectado una mayor prevalencia de trastornos del ánimo como ansiedad, depresión y tendencia al suicidio en la población migrante. Hay estudios que han señalado que habría mayor prevalencia de esquizofrenia entre los migrantes<sup>(47)</sup>, pero el tema no está del todo en claro porque hay mucho sesgo en las series estudiadas. En migrantes latinos de EEUU se ha descrito que habría tanto una mayor prevalencia de trastornos depresivos como una peor respuesta a los fármacos antidepresivos que en otras poblaciones<sup>(48)</sup>.

Lo que no parece producir desacuerdo en la literatura internacional es el mayor riesgo de estrés postraumático en migrantes que sufren situaciones de violencia o abusos o tráfico de personas durante el proceso migratorio

#### PATOLOGÍA EN EL PAÍS DE ACOGIDA.

Los inmigrantes se encuentran en los países de llegada con costumbres, enfermedades y comportamientos que no son a los que estaban habituados. En el caso de los que se están radicando en Chile se encontrarán con una alta tasa de obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y consumo exagerado de alcohol. Es necesario prevenirlos de esas patologías a fin de que las eviten antes que se les instalen.

#### CONSIDERACIONES FINALES.

La migración es un fenómeno global e histórico consustancial al desarrollo humano y que actualmente ocurre prácticamente en todo el mundo. Chile lo ha experimentado en el pasado y ahora lo está viviendo en una magnitud importante pero menos masiva y con características diferentes a la tradicional de países europeos. Es previsible que este fenómeno se mantenga por un tiempo y aún es probable que sea creciente.

Como es lo frecuente en las migraciones en general, la que está ocurriendo en Chile aportará beneficios en muchas áreas del quehacer nacional: nos dará una mirada más comprensiva de la diversidad haciéndonos más tolerantes e inclusivos, enriquecerá nuestra cultura y tradiciones, nos liberará del estancamiento demográfico en que hemos caído, contribuirá a un mejor mercado con el consiguiente aporte al crecimiento económico, etc. Si se consideran los intereses y potenciales del país y de los migrantes, la migración debe convertirse en una sinergia virtuosa.

El país debe definir políticas y programas estratégicos y duraderos para lograr que el fenómeno de la migración tome en cuenta tanto las necesidades del país como las esperanzas de quienes desean migrar a Chile.

Quienes se incorporen al país deben ser acogidos inclusivamente, de ser necesario con apoyos especiales, y se les debe asegurar todos los derechos de los que gozamos quienes somos oriundos de Chile con las naturales restricciones y limitaciones en los derechos políticos. Uno de los derechos a asegurar a los inmigrantes es el de la salud, a la que los extranjeros que se radican en este país deben tener acceso igualitario al de la población nativa.

Los niños migrantes deben ser privilegiados en lo referente a la preocupación por su desarrollo físico e intelectual, la vigilancia de su estado nutritivo y régimen de inmunizaciones a que han sido sometidos. Por su parte, las mujeres merecen ser incorporadas tempranamente a los controles de sus embarazos. Los migrantes deben ser informados de sus derechos en salud, y de la forma de hacer uso de ellos.

Es claro sí que, en situaciones muy excepcionales de crisis globales de enfermedades graves de alto potencial de transmisibilidad, cabe a la autoridad tomar en las fronteras medidas especiales mientras dure la crisis.

Es evidente que es necesario conocer mejor el impacto sanitario que produce la inmigración. Así mismo, es de toda conveniencia conocer mejor los aspectos culturales y epidemiológicos de los migrantes que puedan influir en la salud pública y sean susceptibles de ser aprovechados o corregidos tales como son su valoración de la medicina alternativa, hábitos alimentarios, disponibilidad frente a las inmunizaciones, etc. Solo así se podrá diseñar programas realistas basados en evidencias locales y se detectará la necesidad de adiestrar al personal para el adecuado manejo de patologías no prevalentes en nuestro medio e ingresadas por los inmigrantes.

A migrantes provenientes de países con altas tasas de ciertas enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica, cabe ofrecerles una evaluación de salud para, si es del caso, diagnosticar e iniciar oportunamente las terapias correspondientes. Ello permitiría tratamientos más oportunos con mejores expectativas y menor riesgo de transmisibilidad a personas locales. En ningún caso lo anterior podría utilizarse como criterio para no otorgar o retirar visas.

Chile no debe cerrar las puertas a personas en peligro personal, vulnerabilidad extrema y persecución ideológica. El proceso migratorio no requiere de medidas extraordinarias sino de una planificación inteligente con espíritu solidario. Hay que tener siempre presente que no debe ser solo un lema sino una característica real de nuestro país, ser un “asilo contra la opresión”, entendiendo que la pobreza es una forma de opresión.

#### AGRADECIMIENTOS.

Los autores agradecen la información aportada por las Sras:

- Josssette Iribarne Wiff, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de Salud, de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. y
- Claudia Silva Ditborn, Jefa Sección Estudios. Departamento Extranjería y Migración. Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile.

## REFERENCIAS.

1. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. [http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011\\_English.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf)
2. United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. [www.un.org](http://www.un.org)
3. Organización Internacional para las Migraciones, OIM. Informe sobre Migraciones en el Mundo. Geneva: OIM; 2015. [http://publications.iom.int/system/files/wmr2015\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_sp.pdf)
4. Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. Departamento de Extranjería y Migración. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. 2007 <http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/migraciones.pdf>
5. Alvarado I, Sanchez H. Migration in Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. 2002 9th February 2011. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>
6. Vásquez JI, Yaksic M, Lissant A SJ.: “Debemos romper un círculo vicioso de exclusión, miserias y migración irregular”. Revista Mensaje 2016;65 (Nov): 35-37
7. Agar C L. Inmigración en Chile: Una Radiografía Social Basada en Evidencia-Revista Mirada FEN 2017(167):5-10
8. World Health Organization World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Fondo Monetario Internacional, Informe Anual 2017
10. OMS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) junto con Estados Miembros, otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas e instituciones interesadas. “Componente Propuesto para la Salud para el PMM”; 2017.
11. Diario La Tercera 12.04.18
12. Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile Departamento de Extranjería y Migración. Preguntas frecuentes acerca de la inmigración en Chile. Secretaría y Administración General, Sistema de Gestión de la Calidad [Internet]. 2010 <http://www.extranjeria.gov.cl/faq.html>
13. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Subsecretaría de Evaluación Social, 2015
14. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. UDD, editor. Santiago, Chile: UDD; enero 2017. 529 p. [http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migración\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migración_internacional.pdf)
15. Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. Departamento de Extranjería y Migración. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. Ministerio del Interior; 2007 <http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/migraciones.pdf>
16. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020
17. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Documento metodológico. Santiago: Mideplan; 2009
18. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Documento metodológico. Santiago: 2013 a 2015.

19. Emol.com <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/04/09/901867/Extranjeros-en-Chile-superan-el-millon-110-mil-y-el-72-se-concentra-en-dos-regiones-Antofagasta-y-Metropolitana.html>
20. Rojas N, Silva C La Migración en Chile: Breve Reporte y Caracterización. Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. Julio-Agosto 2016.
21. Alarcón V, Balcells ME Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas 2017; 42 (2):2-6
22. Van der Laat C. La Migración como determinante Social de la Salud. En Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre A (Editores) La Migración como Determinante Social de la Salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. Edit. Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. 2017.
23. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC Public Health. 2012; 12:1013
24. Cabieses B, Chepob M, Oyarte M, Markkulad N, Bustos P, Pedrero V, Delgado I. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. Rev Chil Pediatr. 2017; 88(6):707-716
25. Tijoux-Merino, M. E. Children marked by Peruvian immigration: stigma, suffering, resistance. Convergencia-Revista De Ciencias Sociales. 2013; 20(61): 83-104.
26. Tijoux ME, Retamales HS. Paths of Work Peruvian Inmigrants in Santiago. The origin of emergency and the persistence of "other place". Lat Am Res Rev. 2015;50(2):135
27. Thayer LE, Cordova MG, Avalos B. Limits of recognition: Latin American migrants in the Metropolitan Region of Santiago de Chile. Perfiles Latinoam. 2013;21(42):163-91.
28. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 2002;136(3):243-6.
29. Colasanti Riccardo II Congreso de Medicina y Emigración, Roma, Italia. 1990
30. Organización Internacional para las Migraciones, OIM. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Geneva: IOM; 2013. <http://publications.iom.int/books/international-migration-health-and-human-rights>
31. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
32. Silva C. Migrantes en Chile. Introducción a la salud de migrantes internacionales en Chile Informe para la Academia Chilena de Medicina; Santiago 2017.
33. Vang ZM, Si gouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. Ethn Health 2017 Jun 22 (3): 209-241 key-issue
34. Marzona I, Avanzini F, Tettamanti M et al. Prevalence and management of diabetes in immigrants resident in the Lombardy Region: the importance of ethnicity and duration of stay. Acta Diabetol 2018 Apr 55 (4) : 355-362
35. Busetta A, Cetorelli V, Wilson B. A Universal Health Care System? Unmet Need for Medical Care Among Regular and Irregular Immigrants in Italy. J Immigr Minor Health. 2018; 20(2); 416-421.

36. Sanchez K, Valderas J, Messenger K, Sanchez C y Barreara F. Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Rev Chil Pediatr* 2018;89(2) 278-283
38. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central. Servicio de Pediatría. Informes de Auditoría Materno Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán 2016-2017
38. Bustos Costa P. Relación entre Estatus Migratorio y Resultados de Embarazo y Parto. Análisis en Embarazadas que se Controlaron en Establecimientos de la Red Municipal de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Recoleta en el año 2012. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública, Univ. de Chile
39. Izquierdo G, Reyes A, Delpiano L, Aravena M, Cofré F, Hernández M, Labraña Y, Sandoval A e Integrantes del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales de la Sociedad Chilena de Infectología. Inmigración e impacto en la infectología de recién nacidos *Rev. Chil Infectol* 2017; 34 (4): 374-376
40. Vásquez De Kartzow R Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (2): 161-167
41. Ministerio de Salud de Chile. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades Trasmisibles. Programa Nacional de Eliminación y Control de Tuberculosis. Tuberculosis: Informe de situación Chile: 2016.
42. Kunst H, Burman, M, Arnesen, TM, Fiebig L, Hergens, MP, Kalkouni, O, de Vries, G. Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results. *Int. J Tuberc Lung* 2017. 21(8), 840-851
43. Zammarchi L, Casadei G, Strohmeyer M, Bartalesi F, Liendo C, Matteelli A, Bonati M, Gotuzzo E, Bartoloni A, COHEMI project study group. A scoping review of cost-effectiveness of screening and treatment for latent tuberculosis infection in migrants from high-incidence countries. *BMC Health Serv Res.* 2015 Sep 24;15:412. doi: 10.1186/s12913-015-1045-3.
44. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de VIH/SIDA, Mayo 2018.
45. Martínez Moneo M, A. Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 1): 63-75
46. Achotegui J Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises) *Gaceta Mediva de Bilbao* 2009;163-171
47. Harrison G Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull.* 1990;16(4):663-71.
48. Heerlein H. Cultura Identidad y Psiquiatría. *Bol. Academia Chilena de Medicina* 2012; 49:171