

Del derecho a la realidad: el acceso igualitario de los inmigrantes a las prestaciones de salud en Chile

Mayra Feddersen Martínez*
Pablo Muñoz Henríquez**
Constanza Salgado Muñoz***

RESUMEN

Este artículo tiene dos objetivos principales. Primero, examina cómo Chile está cumpliendo con su obligación constitucional de garantizar el acceso a la protección de la salud para todos los habitantes, incluidos los extranjeros, en un contexto de notable aumento migratorio. Segundo, evalúa la calidad de dicho acceso mediante un caso de estudio que se enfoca en la atención hospitalaria de partos y cesáreas, una prestación de salud reproductiva dirigida exclusivamente a mujeres y clínicamente comparable entre chilenas y extranjeras. Utilizando registros administrativos de egresos hospitalarios se observa que, desde 2016, fecha en que jurídicamente se asimiló a los migrantes sin documentos como personas carentes de recursos, y por tanto, beneficiarios del sistema público de salud, el país logró expandir y proporcionar cobertura terciaria a la población migrante indocumentada. Sin embargo, al analizar la atención de partos y cesáreas, se identifican diferencias sistemáticas entre mujeres chilenas y migrantes en el tipo de atención que estas reciben, especialmente en el caso de mujeres haitianas.

Derecho a la salud; inmigrantes; discriminación

* Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Diego Portales, Chile. Doctora en Filosofía y Políticas Sociales, Universidad de California, Berkeley, Estados Unidos. Profesora asociada, Facultad de Derecho, Universidad Adolfo Ibáñez, Chile, e investigadora principal del Núcleo Milenio Migra ANID-MILENIO-NCS2022_051. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6189-1412>. Correo electrónico: mayra.feddersen@uai.cl

** Ingeniero Comercial, mención Economía, y Magíster en Análisis Económico, Universidad de Chile. Doctor en Economía, Universidad de California, Berkeley, Estados Unidos. Profesor asistente, Departamento de Economía, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Investigador principal del Núcleo Milenio Migra ANID-MILENIO-NCS2022_051. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-6647>. Correo electrónico: pablomh@fen.uchile.cl

*** Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile. Doctora en Derecho, Universidad de Edimburgo, Escocia. Profesora asistente, Facultad de Derecho, Universidad Adolfo Ibáñez, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3427-8321>. Correo electrónico: constanza.salgado@uai.cl

Este trabajo se enmarca en el proyecto Núcleo Milenio Migra ANID-MILENIO-NCS2022_051 "Consecuencias de la migración en Chile".

Agradecemos el financiamiento del Núcleo Milenio Migra ANID-MILENIO-NCS2022_051 y la colaboración prestada por Daniela Otárola en las etapas iniciales de este artículo.

Artículo recibido el 19.3.2025 y aceptado para su publicación el 7.8.2025.

*From rights to reality: immigrants' equal access
to health care benefits*

ABSTRACT

This article has two main objectives. First, it examines how Chile has fulfilled its constitutional obligation to guarantee access to health care for all inhabitants—including foreigners—in a context of significant migratory growth. Second, it evaluates the quality of such access through a case study focused on hospital-based childbirth, a reproductive health service provided exclusively to women and clinically comparable across Chilean and foreign patients. Using administrative records of hospital discharges, we observe that since 2016—when undocumented migrants were legally recognized as individuals without financial means and thus entitled to public health care—the country has successfully expanded tertiary coverage to the undocumented migrant population. Nonetheless, an analysis of childbirth and cesarean delivery reveals systematic differences in the type of care received by Chilean and migrant women, with particularly pronounced disparities affecting Haitian women.

Right to health; immigrants; discrimination

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años, Chile se ha convertido en uno de los principales países de destino de la población extranjera en Latinoamérica¹. Al 31 de diciembre de 2023, se contabilizaban 1.918.583 personas extranjeras, de estas, el 38% provenía de Venezuela, 13,6% de Perú, 10,9% de Colombia y 9,6% de Haití². Para un país que consagró el acceso igualitario a la protección de la salud para todos sus habitantes, sin distinción por origen nacional o estatus migratorio, este incremento podría poner en riesgo su capacidad de satisfacer sus obligaciones al respecto³.

La consagración constitucional, del derecho a la protección de la salud no es exclusiva de Chile. En efecto, otros países de la región, como Colombia y Brasil también lo estipulan en sus Cartas Fundamentales. Empero, en el caso de Chile ¿qué significa exactamente dicho reconocimiento?

Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2018 y 2021, solo 42 de los 84 países encuestados, ofrecían un acceso equitativo a los servicios de salud, independiente

¹ CRUZ RIVEROS *et al.*, 2023, p. 3.

² SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2023.

³ Desde otra perspectiva, este incremento podría venir acompañado de la incorporación al sistema de salud de doctores, enfermeras y personal médico formado en el extranjero, cubriendo así la demanda de especialistas y de atención médica requerida en áreas donde escasean dichos recursos. Ver RUTTEN, 2009, pp. 156–171.

de la situación migratoria⁴. Tanto en Colombia⁵, como en Argentina⁶ y en Brasil⁷, un porcentaje de la población inmigrante no accedía a la salud. En Chile, esta realidad es compartida. Estudios exploratorios han mostrado que los inmigrantes con menos de un año de residencia o migrantes sin documentos enfrentan importantes obstáculos de acceso a las prestaciones médicas⁸.

La insoslayable pregunta que emerge de la evidencia disponible es clara: ¿Todos los extranjeros en Chile acceden a las prestaciones de salud en las mismas condiciones que los chilenos? ¿Depende dicho acceso de su estatus migratorio, de sus recursos o es universal?

A pesar de que la literatura disponible identifica diversos problemas de acceso, esta evidencia es de naturaleza eminentemente cualitativa⁹, y por tanto no generalizable a la población total de extranjeros. Del mismo modo, cuando se ha recurrido a encuestas nacionales, principalmente a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica-CASEN¹⁰ para analizar los obstáculos de acceso a la salud, sus conclusiones se han construido sobre información autorreportada, lo que puede esconder errores de apreciación cometidos por parte de los sujetos encuestados.

Este artículo se hace cargo de estas limitaciones empíricas. Mediante la revisión de los datos administrativos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), se persiguen dos objetivos. En primer lugar, se determinará la forma en que Chile cumple con su deber de asegurar el derecho de acceso a la protección de la salud de la población nacional y extranjera en un periodo en donde la migración experimentó un importante incremento, y además, en una época en que se implementaron relevantes cambios normativos que, como se verá, impactaron en el cumplimiento de este derecho. En segundo lugar, el artículo analiza las características de la atención en partos y cesáreas –un procedimiento hospitalario que reciben mujeres sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio– como estudio de caso representativo de las prestaciones de salud reproductiva. Esta elección permite examinar no solo el acceso formal al sistema, sino también dimensiones más sutiles vinculadas con la calidad y equidad en la atención brindada¹¹.

Gracias al análisis expuesto, este artículo contribuye a dos literaturas que rara vez son puestas en relación. Por un lado, aporta a una línea bien consolidada en los estudios

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2022, p. 19.

⁵ RODRÍGUEZ VARGAS *et. al*, 2020, pp. 1-32.

⁶ AIZENBERG *et al.*, 2015, pp. 65-94; BAEZA *et al.*, 2019, pp. 43-66.

⁷ GOLBERG y SILVEIRA, 2023, pp. 283-297.

⁸ BENÍTEZ, 2018, pp. 71-76; BERNÁLEZ *et al.*, 2017, pp. 167-175; CABIESES y OYARTE, 2020, pp. 1-20; FERRER-LUES *et al.*, 2024, pp. 1-24.

⁹ BERNALES *et al.*, 2017, pp.167-175; LIBERONA-CONCHA y MANSILLA, 2017, pp. 507-520; OJEDA *et al.*, 2020, pp. 1-14; CORREA-BETANCOURT y PÉREZ-GONZÁLEZ, 2020, pp. 1-8; FERRER-LUES *et al.*, 2024, pp. 1-24

¹⁰ BENÍTEZ, 2018, pp. 71-76; CABIESES y OYARTE, 2020, pp. 1-20

¹¹ La accesibilidad comprende cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad de información. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, Observación General N° 14, párr. 12, p. 4.

sociojurídicos que muestra la brecha entre la ley en los libros y en la práctica¹². Sin embargo, en este caso, no se limita a mostrar una brecha, sino que también plantea interrogantes acerca de los factores que podrían explicar por qué las mujeres extranjeras estarían teniendo más cesáreas los fines de semana, y qué factores podrían iluminar la alta prevalencia de este procedimiento excepcional para las mujeres haitianas. Asimismo, el artículo complejiza la mirada de la literatura respecto de cesáreas, al mostrar que la irregularidad y la ausencia de recursos no influyen significativamente en las decisiones de las mujeres de practicarse estos procedimientos¹³. Más allá de los incentivos monetarios que podrían existir, las diferencias encontradas podrían evidenciar cómo las dificultades lingüísticas y culturales impiden que se produzca una comunicación efectiva entre madres y doctores, lo que podría explicar que se realicen mayores cesáreas en las mujeres extranjeras que en las nacionales¹⁴.

Este artículo se estructura de la siguiente manera: En primer lugar, se llevará a efecto un análisis exhaustivo del contenido normativo del derecho a la salud, con el fin de delinear su alcance y las obligaciones que impone al Estado. A partir de este marco conceptual se procederá, en una segunda sección, a contrastar el marco normativo con los datos de egresos hospitalarios disponibles para la población chilena entre 2012 y 2019, lo que permitirá evaluar críticamente la implementación concreta de este derecho durante dicho periodo¹⁵. En una tercera sección se profundizará en el estudio de caso de los procedimientos asociados al parto, cuyo carácter universal lo hace aplicable a todas las mujeres embarazadas, independientemente de su nacionalidad. El artículo concluye con una reflexión acerca de las implicancias de los hallazgos para el derecho a la salud en general, y se sugieren líneas de investigación futuras en esta temática.

II. ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SALUD: EL ESTÁNDAR NORMATIVO

En esta sección se formula el estándar constitucional vinculado a la protección de la salud al que está obligado el Estado en relación con las personas migrantes y luego se describen los esfuerzos que este ha hecho a nivel legal y administrativo por configurar un régimen que permita el cumplimiento de dicho estándar. Se postula, primero, que la Constitución garantiza la protección de la salud a todas las personas, sin hacer distinciones por nacionalidad. Segundo, que, cumpliendo con dicho mandato y con los estándares contenidos en los tratados internacionales vigentes, Chile ha ido, administrativa y legalmente, generando condiciones de igualdad normativa para el acceso del derecho a la salud para las personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

¹² GOULD y BARCLAY, 2012, pp. 323-335.

¹³ BORRESCIO-HIGA y VALDÉS, 2019, pp. 1-7; DE ELEJALDE y GIOLITO, 2021, pp. 1-19.

¹⁴ LAGOS y LAWSON, 2015, pp. 297-298.

¹⁵ Es importante señalar que esta investigación cubre el periodo 2012 y 2019, fecha en que aún no se encontraba vigente la Ley Nº 21.325, aprobada en abril de 2021, pero con vigencia diferida hasta la publicación de su reglamento, el 12 de febrero de 2022.

1. *La protección a la salud en la Constitución*

El derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en el artículo 19 N° 9 de la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos de los que Chile es parte¹⁶, los que se entienden incorporados al ordenamiento jurídico con una jerarquía supralegal por ser derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana, conforme con el artículo 5 inciso segundo de la Constitución¹⁷.

Como todo derecho, el derecho a la protección de la salud supone una relación triádica cuyo primer elemento es el portador o titular del derecho; su segundo elemento, el destinatario del derecho; y su tercer elemento, el objeto del derecho¹⁸. La Constitución establece en el inciso 1° del artículo 19 que las personas son las titulares de los derechos, libertades y competencias establecidos en los 25 numerales de dicho artículo. El concepto persona no distingue entre nacionales y extranjeros. En este sentido, como ha sostenido la doctrina, la regla general de titularidad del artículo 19 inciso 1° es amplia, ya que comprende a los chilenos y extranjeros¹⁹. Por su parte, el Estado es el principal destinatario del derecho a la protección de la salud²⁰.

El objeto de este derecho es el conjunto de las obligaciones o deberes que tiene el Estado respecto de sus titulares, las que se encuentran consagradas en el artículo 19 N° 9 de la Constitución. El deber más amplio y general es proteger la salud de las personas²¹. A modo de concretizar dicho deber, el texto de la Constitución menciona tres obligaciones más precisas por parte del Estado: 1) la obligación de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo (inc. 2°); 2) la obligación de coordinar y controlar las actividades relacionadas con la salud (inc. 3°); 3) la obligación de garantizar la ejecución de acciones de salud por instituciones públicas o privadas (inc. 4°). Para garantizar el acceso y la ejecución de las acciones de salud, la Constitución habilita al legislador para establecer cotizaciones obligatorias (inc. 4°).

Es especialmente relevante para el argumento de este artículo la obligación de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de salud antes identificadas. Que el acceso sea “libre”, significa que sea voluntario; es decir, se trata de una decisión del

¹⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1989, art. 12; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1989, art. 11.f; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1990, art. 11; Protocolo de San Salvador, 2022, art. 10; Convención sobre los Derechos del Niño, 1990, art. 24 y, específicamente en el caso de las personas migrantes, Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y sus Familiares, 2005, art. 28. Los años corresponden a las fechas de publicación en Chile.

¹⁷ HENRÍQUEZ, 2008, pp. 73-119.

¹⁸ ALEX, 2008.

¹⁹ ALDUNATE, 2008, p. 152; CEA, 2008, p. 51; CONTRERAS, 2016, p. 141.

²⁰ Pero no el único: tanto el Tribunal Constitucional como las Cortes han visto a las Isapre como destinatarias del derecho a la protección de la salud.

²¹ Constitución Política, 1980, art. 19 N° 9, inc. 1°.

individuo que no debe estar sujeta a presiones o coerción²². A su vez, que el acceso sea “igualitario”, significa que no sea discriminatorio o a base de privilegios²³.

A la luz de la normativa constitucional citada se puede sostener que la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud para nacionales y extranjeros. El derecho internacional es más ambiguo en este punto²⁴. Por una parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) garantiza el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 respecto de toda persona. En su observación N° 14, ha establecido que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”²⁵.

Empero y de acuerdo con el PIDESC, el país de origen es un motivo prohibido de discriminación²⁶. Sin embargo, también señala que “[l]os países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos”²⁷.

El Comité DESC no se ha pronunciado de manera general acerca de cómo debe interpretarse dicha norma en relación con el artículo 12 y con la obligación de no discriminación por país de origen en el ejercicio de los derechos del artículo 2.2. Pese a ello, el Comité sí ha señalado, en el caso concreto de España, en 2012, preocupación por las modificaciones normativas a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes sin documentos a los servicios públicos de salud, y por ello, recomienda “asegurar que, de conformidad con la Observación general N° 14 (2000) del Comité [...] y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas introducidas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal”²⁸.

Así, considerando que la prohibición de no discriminación es uno de los pilares fundamentales del sistema de protección de los derechos humanos²⁹, y que la nacionalidad es un motivo prohibido, tal como se señaló precedentemente, y que la Constitución vigente en Chile asume una titularidad amplia, se concluye que el derecho de acceso a la salud, bajo la normativa vigente entre 2012 y 2019, no distinguía entre nacionales

²² SILVA BASCUÑÁN, 2008, p. 132.

²³ CEA, 2008, p. 333; VIVANCO, 2004, p. 314.

²⁴ Así también lo señala LOUGARRE, 2016, pp. 40-41.

²⁵ Observación General N° 14, sección 12 letra d).

²⁶ Artículo 2.2 del PIDESC.

²⁷ Artículo 2.3 del PIDESC. Por otra parte, el artículo 28 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares restringe explícitamente el derecho de los trabajadores migrantes a la salud a la atención de emergencia.

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Informe sobre los períodos de sesiones 48° y 49°, España, párr. 19.

²⁹ LAGOS y LAWSON, 2015, p. 289.

y extranjeros, debiendo satisfacer el acceso a la salud respecto de todos sus habitantes, sin distinción por origen nacional.

En las siguientes secciones se mostrará cómo el Estado chileno ha implementado legal y administrativamente el derecho constitucional a la protección de la salud para todas las personas, y en particular para los migrantes sin documentos.

2. *La realización del derecho a la protección de la salud: el régimen público y la protección de la salud para los grupos vulnerables*

Si bien la historia del sistema público de salud chileno es de larga data, el sistema actual se encuentra configurado en sus aspectos esenciales por la normativa legal creada en la década de los 80³⁰. Así, el primer cuerpo legal relevante es el DL 3.500, de 1980, que establecía la obligación para todos los trabajadores dependientes de cotizar el 4% de su remuneración, con el objeto de financiar las prestaciones de salud en las instituciones de previsión existentes o bien en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)³¹. Hoy, las personas que trabajan de manera dependiente o independiente deben cotizar el 7% de su remuneración, y pueden hacerlo en Fonasa o bien pueden optar por hacerlo en una Institución de Salud Previsional (Isapre)³².

En la medida en que la ley no distingue, tanto nacionales como extranjeros pueden cotizar en Fonasa o en una Isapre, pasando así a pertenecer al sistema previsional público o privado, requisito en los hechos imprescindible para poder financiar las prestaciones de salud que eventualmente se reciban.

El segundo cuerpo normativo relevante es la Ley N° 18.469, de 1981 (hoy contenida en el DFL 1, de 2006), cuyo objeto, expresamente establecido, fue regular el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud, creando para ello un régimen de prestaciones de salud. Dicha ley estableció que los organismos que integraban el Sistema Nacional de Servicios de Salud serían responsables de la ejecución de las acciones que buscaban asegurar la salud de todos los habitantes de la República³³.

Para asegurar el acceso a las acciones de salud a todas las personas dicha normativa estableció que son beneficiarios del régimen de prestaciones (perteneciendo así al sistema previsional público), aunque no coticen, “las personas carentes de recursos o indigentes”³⁴. Dichas personas pertenecen al grupo de beneficiarios de lo que la ley

³⁰ COUSO y REYES, 2009.

³¹ DECRETO LEY 3500, 1980, art. 84 y 85.

³² La Constitución es clara en que las acciones de salud se pueden realizar o ejecutar por instituciones públicas o privadas, evitando así, con esta disposición, que el Estado monopolice la ejecución de esas acciones (BULNES, 2001). En 1981 se dicta el DFL N° 3, del Ministerio de Salud, que crea la regulación que da forma a las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

³³ Ley N° 18.469, 1981, art. 133. La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban, en los términos que la ley exige, convenio con el Servicio de Salud respectivo (art. 17).

³⁴ Ley N° 18.469, 1981, art. 136 letra e).

denomina “Tramo A”. Respecto de este grupo, Fonasa cubre el valor total de las prestaciones del régimen en Modalidad de Atención Institucional³⁵, operando así como un seguro social de carácter universal³⁶.

Es importante destacar que la ley, al igual que la Constitución, no hace distinciones en atención a la nacionalidad. Además, se preocupa de proteger a los grupos más vulnerables, a los que exime de la obligación de cotizar. La ley, no obstante, no contempla de manera explícita la hipótesis de carencia de permiso migratorio, lo que hizo en los hechos difícil para este grupo de personas vulnerables acceder a las prestaciones del régimen público de salud³⁷.

3. *Los avances de la regulación administrativa del acceso a la protección de la salud de los migrantes indocumentados*

Pese a que la ley en materia de protección de la salud no distinguía entre chilenos y extranjeros, y la Constitución asegura la protección de la salud a todas las personas, en los hechos, el acceso a las prestaciones de salud estaba limitado por la carencia de documentos del extranjero³⁸. Es por ello por lo que, con anterioridad a la dictación de la Ley Nº 21.325 de Extranjería y Migraciones, en 2021, el Estado, mediante la Administración, fue progresivamente tomando varias medidas administrativas, por medio de distintos instrumentos, con el objeto de hacer efectivo el derecho que tenían los migrantes sin documentos³⁹.

Esta evolución comenzó el 2003 con el Oficio Circular Nº 1.179 y el Oficio Circular Nº 6.232 en que se instruyó a la autoridad migratoria conceder a las mujeres extranjeras embarazadas que se encontraban en situación de irregularidad (pero que habiendo tenido residencia en el país, esta se encontraba vencida) una visa de residencia, con el objeto de que pudieran inscribirse en los consultorios y acceder al control y seguimiento de sus embarazos⁴⁰.

³⁵ Las personas pertenecientes al Grupo o Tramo A solo pueden acceder a la Modalidad de Atención Institucional. En esta modalidad de atención las prestaciones médicas se otorgan por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Respecto de dicho grupo, la ley establece que el Estado debe cubrir el valor total de las prestaciones médicas (art. 161 inc. 2º, DFL 1, 2005). La administración ha expandido la gratuidad respecto de todos los tramos que se atiendan en la Modalidad de Atención Institucional, dictando la Resolución Exenta Nº 1.112 de 2022, del Ministerio de Salud.

³⁶ Fonasa opera como seguro social en la medida en que los riesgos de los cotizantes se mutualizan. Cada persona contribuye de acuerdo con su capacidad económica, pero todos acceden al mismo régimen. Es, además, universal, porque incluso quienes no pueden contribuir acceden al régimen y reciben las prestaciones que este ofrece. Es por ello que Fonasa se financia no solo mediante las cotizaciones que enteran las personas, sino que por los recursos que año a año le entrega la Ley de Presupuesto.

³⁷ LARENAS-ROSA y CABIÉSES, 2018, pp. 487-496; IRIBARNE-WIFF *et al.*, 2024, pp. 203-204.

³⁸ BERNALES *et al.*, 2017, p. 169; LIBERONA-CONCHA y MANSILLA, 2017, pp. 507-520.

³⁹ LARENAS-ROSA y CABIÉSES, 2018, pp. 487-496; IRIBARNE-WIFF *et al.*, 2024, pp. 203-204.

⁴⁰ FEDDERSEN y GREENE, 2023, pp. 53-58.

En el 2008, mediante el Oficio Ordinario A 14 N° 3.229, el Ministerio de Salud instruyó a los directores de los Servicios de Salud que las personas extranjeras que se encontraban en Chile sin documentos tenían derecho a atención médica de urgencia.

Unos años más tarde y debido al aumento de personas inmigrantes carentes de documentos que presentaban problemas de salud, el Ministerio de Salud dictó el Oficio Circular A 15 N° 06, de 2015, el que estableció, de manera general, que los establecimientos integrantes del Sistema Público de Salud brindarían las prestaciones de salud que fueran necesarias a los extranjeros que estuvieran en el país y que “carezcan de documentos o permisos de permanencia” en las siguientes situaciones: la mujer durante el embarazo, el parto y 12 meses desde este; los niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones de salud que requieran; casos de urgencia médica; y prestaciones de salud pública.

El Decreto Supremo N° 67, de 2016, del Ministerio de Salud, que modificó el Decreto Supremo N° 110, de 2004, fijó las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como “carentes de recursos e indigentes” a efectos de integrarse al sistema público de salud. El objeto de dicha modificación fue añadir la siguiente circunstancia: “[t]ratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos”⁴¹.

Esta nueva circunstancia permitió expresamente que, si una persona migrante carecía de visa, su situación ante la Administración no constituía un obstáculo para acceder al régimen de salud, ya que podía hacerlo como carente de recursos, en la misma situación que una persona nacional. La Circular A 15 N° 4, de junio de 2016, impartió instrucciones para operativizar la aplicación de dicha circunstancia, consagrando que, por cada persona que acreditare la carencia de recursos, Fonasa debía crear un número de atención de salud provisorio, cuyo objetivo era incluirla como beneficiaria del Tramo A.

4. *La protección de los migrantes indocumentados en la Ley N° 21.325 de 2021*

Desde un punto de vista estrictamente jurídico, y pese a que el Decreto Ley 1.094 de 1975 no reconocía el derecho a la salud de los extranjeros, durante su vigencia se aplicaban las reglas generales, es decir, las reglas constitucionales y legales que regularon la protección de la salud, las que como se señaló anteriormente, no distinguían por nacionalidad⁴².

Ahora bien, y como se ha expuesto en esta sección, administrativa y legalmente la autoridad fue progresivamente protegiendo el acceso a la salud a los migrantes sin documentos. Lo anterior fue recogido por la Ley N° 21.325 de Migración y Extranjería, la que reconoció explícitamente los derechos de las personas migrantes, y en particular, sus derechos sociales.

⁴¹ La motivación del DS N° 67 reconoce que ella se funda en el aumento de las personas migrantes que no tienen documentación ni permiso, la vulnerabilidad de dichas personas ante una enfermedad y *la obligación legal de otorgar salud a todos los habitantes, sin distinción*. DECRETO SUPREMO N° 67, 2016.

⁴² En este sentido, DOMÍNGUEZ, 2016, p. 203. LAGOS y LAWSON, 2015, p. 283.

El proyecto de ley original de 2013⁴³ declaraba en el mensaje que buscaba “reconoce[r] en forma explícita la condición de igualdad de los migrantes con los nacionales, tanto en derechos como en obligaciones”. No obstante, en su propuesta normativa, el proyecto distinguía en términos de acceso entre migrantes residentes e irregulares, y entre residentes y nacionales. Los residentes debían acreditar permanencia, de manera continua, por un período mínimo de dos años para acceder a las prestaciones de salud financiadas en su totalidad con recursos fiscales. Los migrantes sin documentos, asimismo, tenían derecho a acceder a la protección de la salud en casos calificados: menores de edad; embarazo, parto y puerperio; y atención de urgencia. El último inciso buscaba elevar a rango legal la regulación administrativa, pero al hacerlo, al mismo tiempo negaba que tuvieran un derecho legal a acceder a una protección más amplia.

Durante el segundo gobierno de Piñera se sustituyó esta norma por la versión más amplia que fue finalmente aprobada, y que estableció que “los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme con los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales”⁴⁴. Este cambio fue concordante con la normativa legal y administrativa revisada. A su vez, fue consistente con los estándares internacionales vigentes y con el principio de no regresividad⁴⁵ que contempló el Derecho Internacional de los Derechos Humanos⁴⁶.

III. ACCESO A PRESTACIONES DE SALUD: LA REALIDAD

Existe una nutrida literatura en el ámbito de la salud que ha intentado documentar los diferentes obstáculos que enfrentan las personas migrantes en Chile. Pocos investigadores, no obstante, han logrado examinar si acaso dichos obstáculos son accidentales o si en cambio reflejan una experiencia generalizada. El segundo objetivo de este artículo es verificar si los esfuerzos normativos que se han expuesto han producido efectos en la realidad.

1. *Evidencia cualitativa respecto de los obstáculos para acceder a la salud*

Las investigaciones acerca del derecho a la protección de la salud se han enfocado en los desafíos que enfrentan las poblaciones extranjeras para acceder a los servicios de salud, analizando tanto las experiencias de los trabajadores de la salud como las de los pacientes extranjeros.

⁴³ Historia de la Ley Nº 21.325, de Extranjería y Migraciones.

⁴⁴ Artículo 15 de la Ley Nº 21.325 de Extranjería y Migraciones.

⁴⁵ Así lo señaló el asesor del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, explicando la indicación sustitutiva. Ver Historia de la Ley Nº 21.325 de Extranjería y Migraciones, p. 871.

⁴⁶ Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1991, art. 26; Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1989, art.2.1.

Estudios iniciales en la Región Metropolitana⁴⁷, Iquique⁴⁸ y Antofagasta⁴⁹, basados en entrevistas y observación, revelaron que los funcionarios de la salud percibían a los migrantes como una carga, debido principalmente a sus diferencias culturales y étnicas⁵⁰. Investigaciones posteriores han confirmado estos obstáculos, resaltando la utilidad de incorporar facilitadores especializados⁵¹. Otras investigaciones cualitativas se han centrado en la experiencia de los inmigrantes al acceder a la salud, destacando la discriminación, la atención despersonalizada, el desconocimiento de los funcionarios de la experiencia de migración⁵², y de la normativa aplicable⁵³.

Una tercera línea de investigación analizó los datos de la encuesta CASEN, comparando las respuestas de los migrantes con las de la población chilena en diversas preguntas. Estas investigaciones buscaban identificar patrones y diferencias en el acceso y uso de los servicios de salud. Así por ejemplo, un estudio de Benítez, basado en datos de la CASEN entre 2013 y 2017, concluyó que un porcentaje importante de migrantes carecía de cobertura de salud, especialmente durante sus primeros años en el país, debido principalmente a su situación indocumentada⁵⁴. Además, Cabieses y Oyarte encontraron que los inmigrantes tenían una probabilidad 7,5 veces mayor de no tener previsión de salud en comparación con los chilenos⁵⁵.

En suma, en cualquiera de las líneas exploradas, se enfatizaba que los inmigrantes tenían un acceso precario a los centros de salud y varios reportaban que no contaban con un seguro que les permitiera costear una atención hospitalaria. Anecdóticamente estas situaciones evidencian un incumplimiento de los estándares normativos descritos anteriormente ¿Es dicha realidad consistente para todos los extranjeros que se encuentran viviendo en el país?

2. Hospitalización y egresos hospitalarios de extranjeros

Los datos administrativos de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud permiten conocer la nacionalidad del paciente que ingresa al sistema de salud y el tipo de seguro médico que cubre su hospitalización. Así, estos registros complementan la evidencia cualitativa que se ha descrito con anterioridad y aportan nuevos antecedentes. Por ejemplo, en el Gráfico N° 1,

⁴⁷ CORREA BETANCOURT Y PÉREZ GONZALEZ, 2020, pp. 1-8; FERRER-LUES *et al.*, 2024, pp. 1-24; BERNALES *et al.*, 2017, pp. 167-175; TIJOUX Y AMBIADO, 2023, pp. 363-377.

⁴⁸ PIÑONES-RIVERA *et al.*, 2021, pp. 1-18.

⁴⁹ CRUZ RIVEROS *et al.*, 2023, pp. 1-12.

⁵⁰ LIBERONA-CONCHA Y MANSILLA, 2017, p. 517.

⁵¹ REYES MUÑOZ, 2023, p. 32; OYARTE *et al.*, 2022, pp. 5-12; ZEPEDA-VEGA Y GONZÁLEZ-CAMPOS, 2019, pp. 193-195.

⁵² CRUZ RIVEROS *et al. et al.*, 2023; OJEDA *et al.* 2020

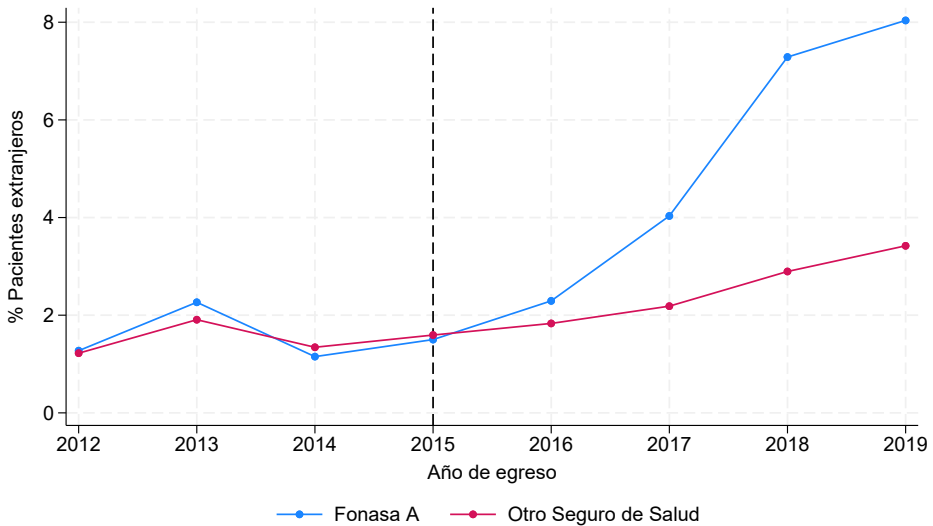
⁵³ LARENAS ROSA Y CABIESES 2018

⁵⁴ BENÍTEZ, 2018, pp. 71-76

⁵⁵ CABIESES Y OYARTE, 2010, p. 10.

se puede observar el porcentaje de egresos hospitalarios que corresponden a inmigrantes, clasificados por el tipo de seguro que poseen.

Gráfico N° 1. Porcentaje de egresos inmigrantes por tipo de seguro



Fuente: elaboración propia.

Nota: Número de egresos hospitalarios de pacientes extranjeros (i.e., no chilenos) con Fonasa A y sin Fonasa A, dividido por el número de egresos totales de pacientes (i.e., chilenos y no chilenos) con Fonasa A y sin Fonasa A. Datos provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se consideran todos los egresos hospitalarios, independiente si el paciente egresa vivo o muerto.

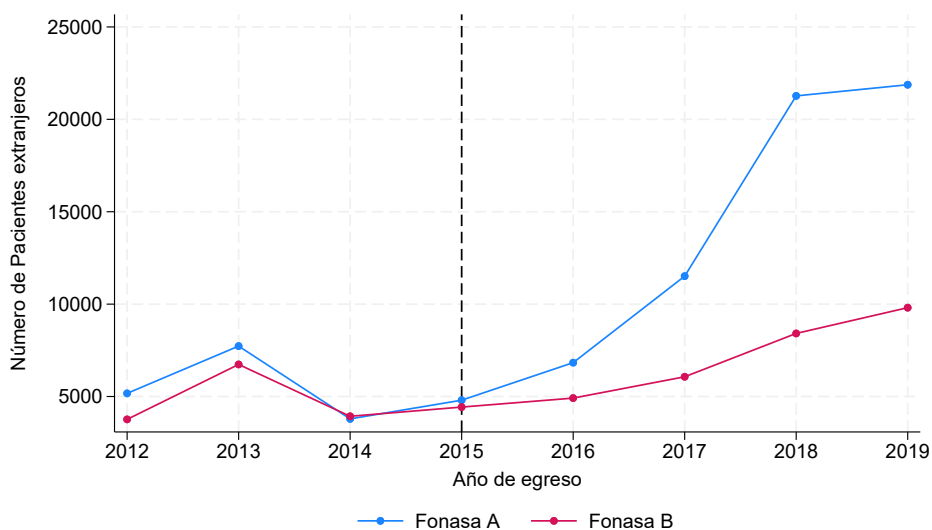
En el Gráfico N° 1 se observa que en los años 2012-2014 no había una diferencia notable en el tipo de seguro de salud entre pacientes extranjeros y locales. Sin embargo, para el año 2019 se observó un incremento significativo en el uso del Tramo A de Fonasa por parte de pacientes migrantes, en 400% en relación con el año 2012.

El Decreto Supremo N° 67, que entró en vigor el 10 de marzo de 2016, permitió que un mayor número de pacientes fueran atendidos en el Tramo A de Fonasa. Dicho aumento se hace evidente al comparar los egresos de pacientes extranjeros en el Tramo A con los del Tramo B, donde se ubican a las personas con ingresos laborales mensuales que no superan el salario mínimo, pero que generan recursos⁵⁶. Antes de 2015, el Gráfico N° 2 muestra un comportamiento similar entre ambos tramos. Sin embargo,

⁵⁶ DFL 1, 2005, art. 160. Es oportuno destacar que, si bien ingresaron más extranjeros al país desde el año 2015 en adelante, el gráfico deja de manifiesto que la proporción de extranjeros con Fonasa en el Tramo A creció significativamente y en mayor magnitud que la proporción de extranjeros con otros tipos de seguro post 2015.

tras la entrada en vigor del Decreto N° 67, se produjo un incremento drástico en las atenciones de personas en Fonasa Tramo A, lo que sugiere que anteriormente carecían de este acceso, lo que indicaría que la principal barrera para acceder a la atención terciaria era la falta de documentación, hallazgo confirmado por las investigaciones cualitativas expuestas previamente⁵⁷.

Gráfico N° 2. Número de egresos de pacientes inmigrantes con Fonasa Tramo A y Tramo B



Fuente: elaboración propia.

Nota: Número de egresos hospitalarios de pacientes extranjeros (i.e., no chilenos) con Fonasa A y Fonasa B, Datos provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se consideran todos los egresos hospitalarios, independiente si el paciente egresa vivo o muerto.

En suma, de los Gráficos N° 1 y N° 2 se vislumbra de forma clara el impacto que tuvo la implementación del Decreto N° 67. Asegurado el acceso económico, ¿se encuentran disponibles, en idénticas condiciones, las prestaciones de salud para los extranjeros y los nacionales?

Para responder esta pregunta, es necesario examinar no solo el acceso formal y económico al sistema de salud, sino también la manera en que ese acceso se traduce en prestaciones efectivas y de calidad. En este sentido, resulta pertinente enfocarse en un tipo de atención sanitaria que, por su naturaleza, involucra exclusivamente a mujeres: los partos y cesáreas. Estos procedimientos no solo permiten evaluar el acceso a prestaciones de salud reproductiva en Chile, sino que también abren la posibilidad de explorar si

⁵⁷ CORREA BETANCOURT Y PÉREZ GONZÁLEZ, 2020; OYARTE *et al.*, 2023.

existen brechas de trato vinculadas al origen nacional de las mujeres. Diversos estudios han documentado cómo las mujeres migrantes, y en particular las mujeres haitianas, enfrentan barreras adicionales en su interacción con el sistema de salud, derivadas de prejuicios que combinan marcadores culturales, raciales y de género.⁵⁸ Así, el análisis de este caso permite identificar no solo desigualdades en la prestación de servicios médicos, sino también prácticas institucionales que reproducen patrones de discriminación interseccional que podrán afectar de manera específica a mujeres migrantes racializadas⁵⁹.

3. *Nacimientos y cesáreas de las mujeres inmigrantes*

Para entender la naturaleza y extensión de las barreras de acceso, en sus otras dimensiones⁶⁰, revisamos el acceso a un procedimiento al que acceden mujeres chilenas y migrantes en el contexto de su maternidad. Debido a que las complicaciones en un parto no se pueden anticipar⁶¹, investigar diferencias en este procedimiento quirúrgico es una buena forma de saber si existen diferencias en su aplicación, y qué factores podrían explicarlas.

En Chile, tanto el parto natural como la cesárea requieren hospitalización, con una duración promedio de dos días para el parto natural y tres días para la cesárea. La cesárea, en tanto, puede ser programada o realizarse de emergencia ante complicaciones durante el trabajo de parto⁶².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa ideal de cesáreas debería estar entre el 10% y el 15%⁶³. Sin embargo, muchos países exceden esta recomendación. A nivel internacional, Chile destaca por tener una de las tasas más altas de cesáreas, la que alcanzaba en 2014 al 45%⁶⁴.

Para medir el acceso a la salud en un procedimiento concreto, esta investigación revisó la situación de las mujeres entre los 20 y 40 años de edad que eran beneficiarias de Fonasa Tramo A y que tuvieron un hijo/a en Chile durante 2018 y 2019. Para ello, nos centramos en los egresos hospitalarios asociados al capítulo O de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁶⁵. Con estos datos se clasificó a los nacimientos en nacimientos por parto natural y nacimientos por parto por cesárea⁶⁶.

⁵⁸ TIJOUX y AMBIADO, 2022; LIBERONA *et al.*, 2023.

⁵⁹ ORTIZ *et al.*, 2019; DAVIS, 2019.

⁶⁰ Accesibilidad económica, física, información y cultural. Ver COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, 2000, OG Nº 14, Párr. 12. p. 4.

⁶¹ YAMAMOTO *et al.*, 2024.

⁶² MINISTERIO DE SALUD, 2023, pp. 47-48.

⁶³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, WHO/RHR/15.02, Declaración 14 de abril de 2015.

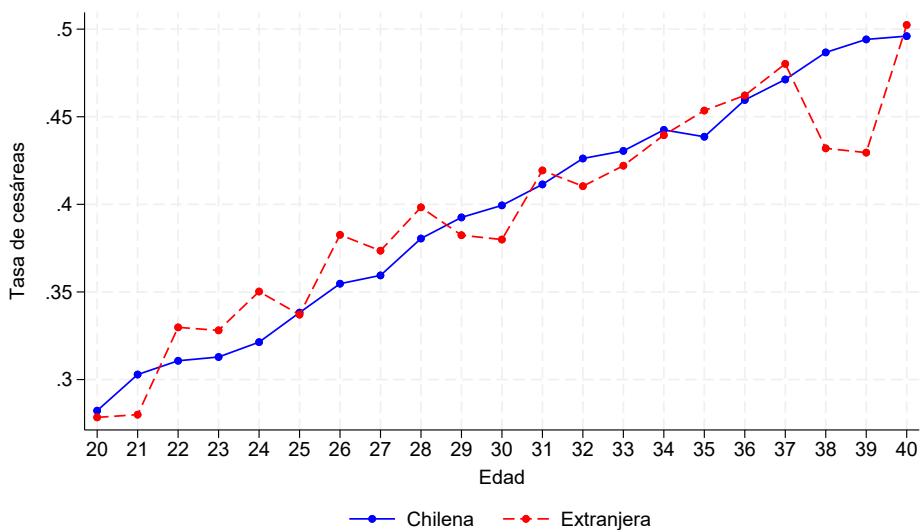
⁶⁴ YAMAMOTO *et al.*, 2024, p. 370.

⁶⁵ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10), capítulo XV, Códigos O-99: "Embarazo, parto y puerperio".

⁶⁶ Se clasificó como parto natural todos los casos con códigos ICD-10 relacionados a parto natural (O80, O81, O83, O84), así como también los casos que tuvieran la palabra "PARTO" en su descripción. Se

En el Gráfico N° 3 se puede observar que –consistente con la evidencia internacional⁶⁷– en los datos administrativos encontramos una asociación positiva entre la edad de la madre y la probabilidad de que un parto sea por cesárea. El porcentaje de partos por cesárea para madres de 20 años es en torno al 27%, pero crece con la edad, llegando a casi 50% para madres de 40 años. Es importante destacar que dicha relación entre edad de la madre y tasa de cesáreas se observa independiente del origen nacional de la madre.

Gráfico N° 3. Tasa de cesáreas por edad de la madre



Fuente: elaboración propia.

Notas: Tasa de cesáreas (i.e., cesáreas/nacimientos) por edad de la madre. Se consideran mujeres chilenas y no chilenas con Fonasa A. Datos de egresos hospitalarios para los años 2018 y 2019, provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Además de los factores de riesgo clínico (tales como la edad de la madre) que determinan la realización de una cesárea, también se ha documentado que las tasas de cesárea pueden estar afectadas tanto por el tipo de prestador de salud, así como por los médicos a cargo de este procedimiento. Por ejemplo, Burns *et al.* sugieren que médicos con diferentes niveles de experiencia o formados en determinadas escuelas de medicina pueden tener diferentes propensiones a optar por un parto por cesárea⁶⁸.

clasificó como parto por cesárea todos los casos que tuvieran la palabra "CESÁREA" en su descripción. Si un evento era consistente con ambas definiciones, se dejó como cesárea pues su descripción incluía esta palabra.

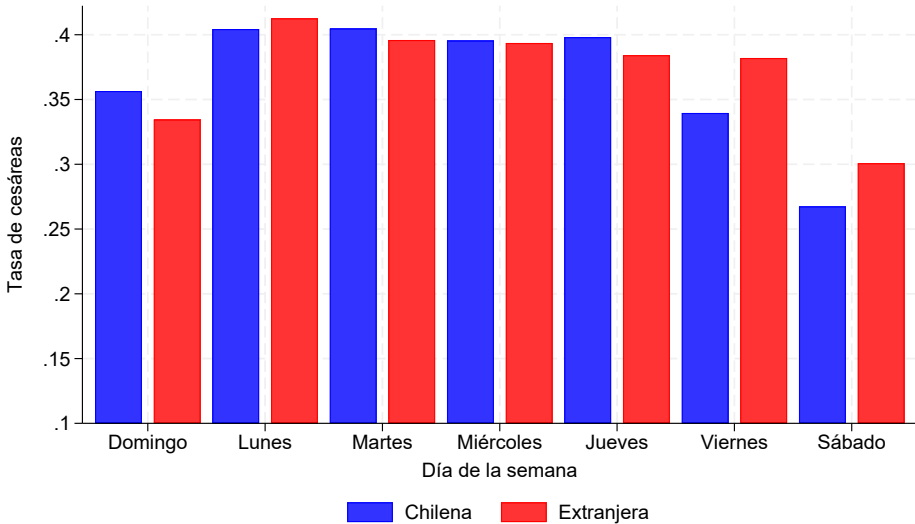
⁶⁷ RYDAHL *et al.*, 2019; WITT *et al.*, 2015.

⁶⁸ BURNS *et al.*, 1995.

Otra forma de observar el rol de los médicos en la tasa de cesáreas es por medio de los incentivos que estos enfrentan. La literatura sugiere que los médicos podrían manipular la tasa de cesáreas en respuesta a incentivos económicos o de conveniencia temporal⁶⁹. Relacionado a esto último, Del Carmen *et al.* analizaron más de un millón de nacimientos en California entre 2006 y 2010 y encontraron que las cesáreas eran un 27% menos probables de ocurrir durante los fines de semana⁷⁰. Un estudio similar, pero más pequeño, fue realizado en Grecia por Giaxi *et al.*, donde encontraron que las tasas de nacimientos más bajas se observaron los lunes, sábados y domingos, alcanzando su punto máximo los viernes⁷¹. Para el caso de Brasil, también se ha documentado que el día del nacimiento es manipulado en torno al periodo de carnaval⁷².

A la luz de esta evidencia, en el Gráfico N° 4 presentamos la tasa de cesáreas por día de la semana, y por el país de origen de la madre. Dos hechos se desprenden de este gráfico: primero, que la tasa de cesáreas es menor durante el fin de semana, y segundo,

Gráfico N° 4. Tasas de cesáreas por días de la semana



Fuente: elaboración propia.

Notas: Tasa de cesáreas (i.e., cesáreas/nacimientos) por día de la semana. Se consideran mujeres chilenas y no chilenas con Fonasa A. Datos de egresos hospitalarios para los años 2018 y 2019, provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

⁶⁹ ALLIN, 2015.

⁷⁰ DEL CARMEN *et al.*, 2020.

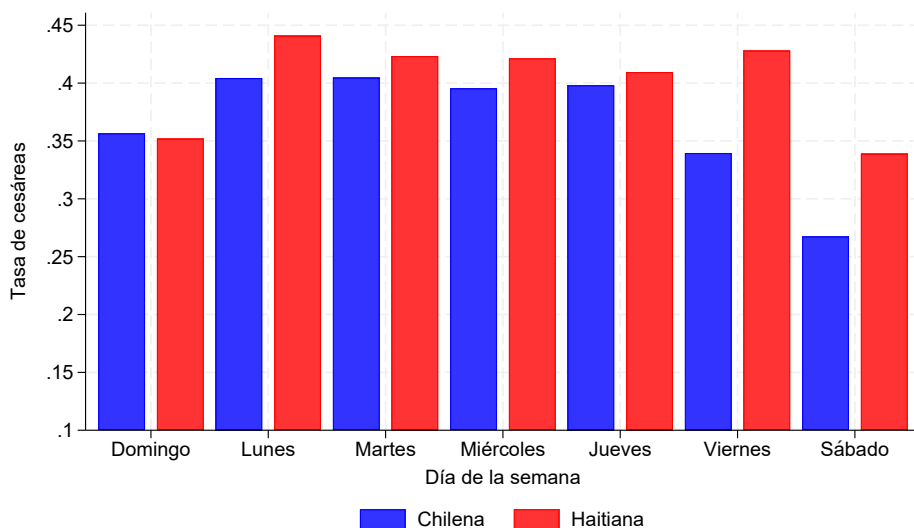
⁷¹ GIAXI *et al.*, 2023.

⁷² MELO y MENEZES-FILHO, 2024.

que las tasas de cesáreas los viernes y sábado son mayores para mujeres migrantes que para mujeres chilenas. Si bien las razones detrás de estas diferencias se deberían tanto a preferencias de las pacientes como a preferencias de los prestadores de salud, no se puede ignorar la posibilidad de discriminación.

Evidencia reciente para Estados Unidos muestra que gran parte de las diferencias raciales en las tasas de cesáreas, no se explican por diferencias en el riesgo médico de las pacientes⁷³. Para explorar esta dimensión racial, en el Gráfico N° 5 consideramos la tasa de cesáreas por día de la semana de madres con país de origen Haití, un país donde el 95% de sus habitantes son de ascendencia africana. La evidencia demuestra en este caso, que la diferencia entre las tasas de cesáreas los viernes y sábado es más pronunciada para madres haitianas que para madres chilenas, y que esta diferencia es incluso mayor que la observada al considerar toda la población migrante.

Gráfico N° 5. Tasa de cesáreas por día de la semana: Haití



Fuente: elaboración propia.

Notas: Tasa de cesáreas (i.e., cesáreas/nacimientos) por día de la semana. Se consideran mujeres chilenas y haitianas con Fonasa A. Datos de egresos hospitalarios para los años 2018 y 2019, provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

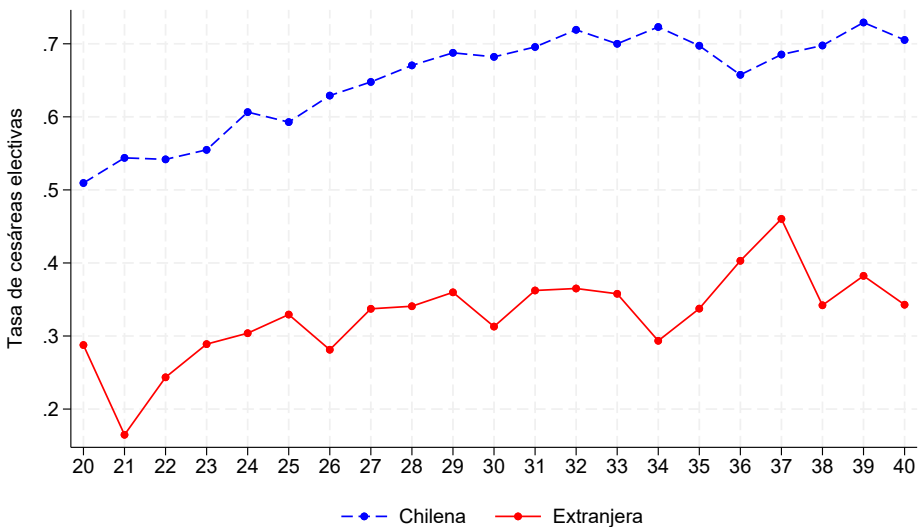
Estos resultados, obtenidos a partir de datos administrativos, se podrían interpretar a la luz del trabajo de Oyarte *et al.* que reporta que los inmigrantes en Chile son más

⁷³ CORREDOR-WALDRON *et al.* 2024.

propensos a percibir discriminación, principalmente por el color de piel y la apariencia física⁷⁴.

El Gráfico N° 6 también revela que –independiente de su edad– las madres extranjeras tienen un porcentaje significativamente menor de cesáreas electivas que las madres chilenas. Este resultado es consistente con el caso de estudio analizado en Escobar *et al.* en el Hospital San José entre marzo de 2020 y agosto de 2021. Sus hallazgos revelaron que, a pesar de representar casi la mitad (48,1%) de los nacimientos durante este período, las madres inmigrantes experimentaron una mayor tasa de cesáreas generales, incluidas el 7,54% más de cesáreas de emergencia, siendo las madres haitianas 1,61 veces más propensas a cesáreas de emergencia que las madres nativas⁷⁵.

Gráfico N° 6. Tasa de cesáreas electivas



Fuente: elaboración propia.

Notas: Tasa de cesáreas electivas (i.e., cesáreas electivas/(cesáreas electivas+cesáreas emergencia)) por edad de la madre. Se consideran mujeres chilenas y no chilenas con Fonasa A. Se consideran como cesáreas electivas aquellos egresos hospitalarios con código ICD10 O820 “parto por cesárea electiva” y como cesáreas de emergencia aquellos egresos hospitalarios con código ICD10 O821 “parto por cesárea de emergencia”. Datos de egresos hospitalarios para los años 2018 y 2019, provenientes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

En cuanto a los mecanismos detrás de estos resultados, resulta imposible desentrañar empíricamente si estos se deben a preferencias (o restricciones) de las pacientes o del

⁷⁴ OYARTE *et al.*, 2022.

⁷⁵ ESCOBAR *et al.*, 2022.

hospital. La evidencia existente, sin embargo, complementa nuestro análisis. Cruz Riveros *et al.*, por ejemplo, reporta que los migrantes en Antofagasta no acudían a los centros de salud porque estaban trabajando y porque los centros se encontraban muy alejados de su residencia⁷⁶. Oyarte *et al.* encontraron instancias de discriminación, reportadas por los extranjeros, en su interacción con los proveedores de salud. Sin embargo, ello no habría evitado que acudieran a las consultas, pero sí que modificaran la información que le transmitían a los funcionarios de la salud⁷⁷.

Nuestra evidencia a base de datos administrativos es coincidente con el acceso generalizado identificado por Oyarte *et al.* Se confirma que podría existir discriminación, sin embargo, esta no sería experimentada de la misma manera para todas las mujeres extranjeras, sino que especialmente para las mujeres extranjeras de Haití. En efecto, a ellas se les están practicando más cesáreas, y esto ocurre con mayor frecuencia los viernes y sábados (Gráfico N° 5). Lo anterior se podría explicar en que, como indicaba Cruz Riveros *et al.*, y Oyarte *et al.*, las mujeres haitianas podrían evitar acudir a los centros de salud, explicando el mayor número de cesáreas de emergencia observadas. Esta situación, no obstante, no explica las diferencias en los días de semana en los que ocurre la cesárea.

Así, la diferencia por día y tipo de cesáreas podría deberse a un prejuicio en contra de las madres haitianas. Para Tijoux y Ambiado la comunidad haitiana enfrenta una discriminación significativa de parte de los profesionales de la salud. Las funcionarias calificaron a las madres haitianas como “irresponsables y de comportamientos poco afectivos o violentos hacia sus hijos”, expresado en el “desapego aprendido”⁷⁸. Esta investigación ilumina las diferencias observadas en los datos administrativos. Sin embargo, no es posible descartarla o afirmarla de forma absoluta.

Antes de concluir, es admisible señalar que, aunque este estudio ofrece evidencia amplia acerca del acceso a la atención terciaria para personas migrantes en Chile, el análisis de la calidad de dicho acceso se restringe a un caso de estudio específico: la atención de partos y cesáreas en mujeres afiliadas a Fonasa Tramo A. Esta elección metodológica permite observar con precisión cómo se ejercen los derechos en una prestación crítica y comparable entre mujeres chilenas y extranjeras. No obstante, los resultados obtenidos no son necesariamente extrapolables a otras áreas del sistema de salud, como la atención ambulatoria, la salud mental o los controles prenatales, ni tampoco a la experiencia de los hombres migrantes, quienes podrían enfrentar barreras distintas. Aun así, las disparidades observadas en este procedimiento revelan que el acceso en condiciones de igualdad sigue siendo un desafío, especialmente en contextos donde convergen diferencias culturales, lingüísticas, raciales y de género.

⁷⁶ CRUZ RIVEROS *et al.*, 2023, p. 8.

⁷⁷ OYARTE *et al.*, 2022, p. 9.

⁷⁸ TIJOUX y AMBIADO, 2023, p. 370.

IV. CONCLUSIÓN

Este artículo aborda primero el significado normativo de la obligación constitucional e internacional que recae en el Estado de proteger la salud de todas las personas que habitan en su territorio. Se sostiene que esta obligación se traduce en garantizar un acceso amplio, libre y voluntario a las acciones de salud para todas las personas, independiente de su nacionalidad. Esta, a su vez, se ha concretado legalmente en el establecimiento de un sistema privado, y principalmente un sistema público al que acceden las personas que cotizan, e incluso quienes no pueden hacerlo porque carecen de recursos.

Ahora bien, el estándar constitucional y legal no siempre ha logrado el acceso concreto y real a la atención sanitaria. La administración intentando cumplir con los estándares vigentes y reducir la brecha práctica, ha dictado e implementado decretos y circulares para reducir los obstáculos que impiden que ciertos grupos vulnerables de la población puedan tener un acceso efectivo a las prestaciones de salud.

A pesar de la existencia de evidencia cualitativa, que como se muestra en la segunda sección de este artículo, subraya la persistencia de obstáculos para acceder a la salud por parte de ciertas poblaciones extranjeras, el análisis de los egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud entre 2012 y 2019 muestra una realidad diferente. En efecto, desde que jurídicamente se asimiló a los migrantes sin documentos como personas carentes de recursos (2016), se ha logrado expandir de forma relevante la cobertura terciaria a esta población. Se observa así que los esfuerzos realizados por la administración a nivel normativo tuvieron un impacto directo y significativo en cumplir con el estándar constitucional y legal vigente.

Ahora bien, los datos también muestran que persisten brechas en la calidad de la atención de salud que experimentan algunos migrantes que se atienden por Fonasa A. Por medio del análisis de un procedimiento común para todas las mujeres en Chile, los partos vaginales y las cesáreas, se evidenció que el sistema público de salud chileno aún enfrenta desafíos para garantizar el acceso a la protección de la salud sin discriminación.

Los resultados indican que los obstáculos no se relacionan exclusivamente con la situación migratoria o la falta de recursos económicos, como se enfatizaba en los estudios cualitativos predominantes, sino que varias de las brechas de acceso pueden estar influenciadas por barreras lingüísticas y culturales que limitan la comunicación efectiva entre los pacientes migrantes y los profesionales de la salud. En efecto, las diferencias por día y tipo de cesáreas que experimentan las mujeres de Haití, en comparación a las mujeres chilenas, podría deberse a un prejuicio extendido en contra de las madres provenientes de dicho país. Sin embargo, únicamente con los datos de egresos hospitalarios no es posible descartar u afirmar de forma absoluta esta hipótesis. Una línea futura de investigación podría intentar determinar el peso efectivo de estos factores en el acceso a la salud de estos grupos de la población y los mecanismos que desarrollan los migrantes para resistir o superarlos.

Pese a las limitaciones metodológicas ya mencionadas, este trabajo permite comprender de forma clara los tres niveles bajo los cuales el derecho funciona: el nivel abstracto y general de la norma constitucional, el nivel programático de la norma legal, y el nivel

práctico de la regulación administrativa. De lo expuesto, pareciera existir bastante consenso en la comprensión abstracta y general y legal del derecho a la protección de la salud. Ahora bien, los principales problemas aparecen cuando se implementan los mandatos constitucionales y legales en la práctica. El desarrollo administrativo en el caso del derecho a la salud ha sido clave. Sin embargo, persisten ciertas brechas que solo se pueden evidenciar si se analiza empíricamente el ejercicio de este derecho con información administrativa.

BIBLIOGRAFÍA

- AIZENBERG, Lila; RODRÍGUEZ, María Laura; CARBONETTI, Adrián, 2015: Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba, Migraciones internacionales, Tijuana, 8 (28): 65-94.
- ALEXY, Robert, 2008: *Teoría de los derechos fundamentales* (trad.), Centro de Estudios Políticos y Constitucionales (2^{da} edición en español), Madrid.
- ALDUNATE, Eduardo, 2008: *Derechos Fundamentales*, Editorial Legal Publishing.
- ALLIN, Sara; BAKER, Michael; STABILE, Mark, 2015: "Physician incentives and the rise in C-sections: Evidence from Canada", Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- BAEZA, Brígida; AIZENBERG, Lila, y BARRÍA OYARZO, Carlos, 2019: "Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas", Si Somos Americanos 19 (1): 43-66. <https://doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>.
- BENÍTEZ, Alejandra, 2018: "Esquemas previsionales de salud: carencia en migrantes internacionales en Chile", *Cuadernos Médico Sociales* 58 (4): 71-76.
- BERNALES, Margarita; CABIESES, Báltica; MCINTYRE, Ana María y CHEPO, Macarena, 2017: "Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 34 (2): 167-75. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>.
- BORRESCIO-HIGA, Florencia, y VALDÉS, Nieves, 2019: "Publicly Insured Caesarean Sections in Private Hospitals: A Repeated Cross-Sectional Analysis in Chile", *BMJ Open* 9 (4): 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024241>.
- BULNES, Luz, 2001: "El derecho a la protección de la salud en la Constitución de 1980", *Actualidad Jurídica: Revista de Derecho de la Universidad del Desarrollo* 2 (4): 131-148.
- BURNS, Lawton; GELLER, Stacie y DOUGLAS, Wholey, 1995: "The effect of physician factors on the cesarean section decision", *Medical Care* 33 (4): 365-382. <https://doi.org/10.1086/679105>
- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10), disponible en <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- CABIESES, Baltica; CHEPO, Macarena; OYARTE, Marcela; MARKKULA, Niina; BUSTOS, Patricia; PEDRERO, Víctor; DELGADO, Iris, 2017: "Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile", *Revista chilena de pediatría* 88 (6): 707-16. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>.
- CEA, José Luis, 2008: *Derecho Constitucional Chileno. Derechos, Deberes y Garantías* (Segunda Edición), Tomo II, Ediciones Universidad Católica de Chile.
- CHEPO, Macarena; ASTORGA-PINTO, Sofía, y CABIESES, Báltica 2019: "Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación", *Revista Panamericana de Salud Pública* (43):1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.71>.

- COMES, Yanila; SOLITARIO, Romina; GARBUS, Pamela; MAURO, Mirta; CZERNIECKI, Silvina; VÁSQUEZ, Andrea; SOTELO, Romelía y STOLKINER, Alicia, 2007: "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios", *Anuario de investigaciones* 14: 201-209.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, 2000: "Observación General Nº 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.
- CONTRERAS, Pablo, 2016: "Titularidad de los derechos fundamentales", en *Manual de Derechos Fundamentales. Teoría General* (editado por Pablo Contreras y Constanza Salgado). LOM editores, pp. 119-160.
- CONVENCIÓN sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Publicada en Chile el 9 de diciembre 1989.
- CONVENCIÓN Americana sobre Derechos Humanos. Publicada en Chile el 5 de enero de 1991.
- CONVENCIÓN sobre los Derechos del Niño. Publicado en Chile el 27 de septiembre de 1990.
- CONVENCIÓN Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y sus Familiares. Publicado en Chile el 8 de junio de 2005.
- CORREA BETANCOUR, Marcela, y PÉREZ-GONZÁLEZ, Cristian, 2020: "Caracterización de las consultas de la población migrante adulta en un servicio de urgencia público del área norte de Santiago de Chile durante 2018", *Revista de Salud Pública* 22 (6): 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.84769>.
- CORREDOR-WALDRON, Adriana; CURRIE, Janet y SCHNELL, Molly. 2024. "Drivers of Racial Differences in C-Sections", *Working Paper Paper Series, National Bureau of Economic Research*. <https://doi.org/10.3386/w32891>.
- CORTE IDH, Caso Vera Rojas y otros contra Chile, Sentencia de 1 de octubre de 2021.
- COUSO, Javier; REYES, Mauricio, 2009: "Notas acerca del origen y trayectoria del derecho constitucional a la salud de la salud en Chile", *Revista de Derecho Universidad Católica del Norte* 16 (2): 161-194.
- CRUZ-RIVEROS, Consuelo; PORTILLA-SAAVEDRA, Diego; LAY-LISBOA, Siu-Lin; MARDONES-MACAYA, Constanza; MACAYA-SANZANA, Camila y VIDAL-SAAVEDRA, Leslie, 2023: "Accesibilidad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de migrantes y personal de salud en Antofagasta, Chile", *Ciencia y Enfermería*, (29): 01-12. <https://doi.org/10.29393/CE29-32AAAC60032>.
- DAVIS, Dána-Ain, 2019. "Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth". New York: NYU Press.
- DEL CARMEN, Gabriel A.; STAPLETON, Sahael; QADAN, Motaz; DEL CARMEN, Marcela G y CHANG, David, 2020: "Does the Day of the Week Predict a Cesarean Section? A Statewide Analysis", *Journal of Surgical Research* (245): 288-94. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.07.027>.
- DOMÍNGUEZ VALVERDE, Andrea Cecilia, 2016: "Derecho Chileno Migratorio a la Luz Del Derecho Migratorio Internacional: ¿Ceden Los Derechos Humanos Mínimos De Los Extranjeros Ante Las Prerrogativas Soberanas De Control Migratorio", *Revista chilena de derecho* 43 (1): 189-217. <https://doi.org/10.4067/S0718-34372016000100009>.
- DE ELEJALDE, Ramiro y GIOLITO, Eugenio, 2021: "A demand-smoothing incentive for cesarean deliveries". *Journal of Health Economics* (75): 01-19. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102411>.
- FEDDERSEN, Mayra, y Greene, Tomás, 2023: *Manual de Derecho Migratorio Chileno* (2 Edición), Thomson Reuters.
- FERRER LUES, Marcela Patricia; JARAMILLO, Matías; CHEPO, Macarena; MUÑOZ LIZANA, Nelson; AMBIADO CORTÉS, Constanza, y TIJOUX MERINO, María Emilia, 2024: "Desafíos del enfoque

- de competencias culturales para atender la salud de personas migrantes en Chile”, *Migraciones internacionales* (15): 01-24. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2726>.
- FIGUEROA, Rodolfo, 2013: “El derecho a la salud”, *Estudios Constitucionales* 11(2): 283- 332.
- GIAXI, Paraskevi; GOUROUNTI, Kleanthi; VIVILAKI, Victoria; METALLINO, Dimitra; ZDANIS, Panagiotis; GALANOS, Antonis y LYKERIDOU, Aikaterini, 2023: “Can the Day of the Week and the Time of Birth Predict the Mode of Delivery According to Robson Classification?”, *Healthcare*, 11 (15): 01-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152158>.
- GOLDBERG, Alejandro, y SILVEIRA, Cássio, 2013: “Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa”, *Saúde e Sociedade* 22 (2): 283-97. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>.
- GOULD, Jon B., y BARCLAY, Scott, 2012: “Mind the Gap: The Place of Gap Studies in Sociolegal Scholarship”, *Annual Review of Law and Social Science* 8 (1): 323-35. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102811-173833>.
- HENRÍQUEZ, Miriam, 2008: “Jerarquía de los tratados de derechos humanos: análisis jurisprudencial desde el método de casos”, *Estudios Constitucionales* 6 (2): 73-119.
- HISTORIA DE LA LEY 21.325, Biblioteca del Congreso Nacional, disponible en <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/7856/> (consultado: 04/03/2015).
- IRIBARNE-WIFF, Jossette; CHEPO, Macarena; y RUIZ-AZAROLA, Ainhoa, 2024: “Enfoque de derechos humanos en la respuesta a salud y migración en Chile: revisión documental”, *Salud Pública de México* (66): 198-205. <https://doi.org/10.21149/14869>.
- LAGOS, Víctor y LAWSON, Delfina, 2015: “El acceso a la salud de las personas migrantes en Chile. Avances y desafíos” en *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.
- LARENAS-ROSA, Daniel, y CABIESES, Báltica, 2019: “Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de iniciativas”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 36 (3): 487-96. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.363.4469>.
- LOUGARRE, Claire, 2016: “Using the Right to Health to Promote Universal Health Coverage: A Better Tool for Protecting Non-Nationals’ Access to Affordable Health Care?”, *Health and Human Rights* 18(2): 35-48.
- LIBERONA CONCHA, Nanette Paz, y MANSILLA, Miguel Ángel, 2017: “Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile”, *Salud Colectiva* 13 (3): 507-20. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>.
- LIBERONA CONCHA, Nanette; PIÑONES-RIVERA, Carlos; ÁLVAREZ TORRES, Camila, 2023: “Consequences of the structuring of interethnic relations: barriers to healthcare access for migrant women and their families in Tarapaca”, *Chungará (Arica)* 55 (2): 321-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562023005000502>.
- MINISTERIO DE SALUD, 2023, Guía de gestación y nacimiento, empezando a crecer, disponible en https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2022/01/guia-de-gestacion-y-nacimiento-empezando-a-crecer_2023.pdf
- NOGUEIRA, Humberto, 1996: “Los tratados internacionales en el ordenamiento jurídico chileno”, *Revista Chilena de Derecho* 23 (2-3): 341-380.
- NOGUEIRA, Humberto, 2009: *Derechos Fundamentales y Garantías Fundamentales. Los Derechos Fundamentales Sociales*, Tomo III, Licrotecnia.
- OJEDA, Mackarena; ANTILEF, Alejandra; KOTZIAS, Evangelia; DOS SANTOS, Atherino; y DA ROSA DAMIANI, Patrícia, 2020. “Experiences of immigrant women accessing health care in Punta Arenas, Chile”, *Texto & Contexto - Enfermagem* (29): 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0276>.

- ORTIZ, Jovita; DÍAZ, Marcela; ARAYA B, Marcela; QUIROZ, Jael; CARROZA, Begoña; PAVEZ, Jocelyn; GUTIERREZ, Lorena y BINFA, Lorena, 2019: "Comparison of Bio-Sociodemographic, Obstetric and Perinatal Characteristics among Immigrant and Native Women in the Metropolitan Region in Chile", *Midwifery* (75): 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.008>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, WHO/RHR/15.02, Declaración 14 de abril de 2015.
- OYARTE, Marcela; CABIESES, Báltica; ESPINOZA, Manuel; VALENZUELA, María Teresa y DELGADO, Iris, 2022: "Percepción de discriminación en inmigrantes comparados a nacidos en Chile y su relación con acceso a servicios y resultados de salud", *Revista de Saúde Pública* (56): 01-14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004125>.
- PACTO Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Publicada en Chile el 27 de mayo de 1989.
- PIÑONES-RIVERA, Carlos; LIBERONA CONCHA, Nanette; y LEIVA GÓMEZ, Sandra, 2021: "Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural", *Saúde e Sociedade* 30 (1): 1-18. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200310>.
- PROTOCOLO Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador. Publicado en Chile el 22 de octubre de 2022.
- REYES MUÑOZ, Yafza, 2023: "Aportes de la antropología médica y la enfermería transcultural para el abordaje del fenómeno migratorio en Chile: : El caso de enfermeras que trabajan con madres migrantes", *Aiken, Revista de Ciencias Sociales y de la Salud* 3 (1): 17-35.
- RODRÍGUEZ VARGAS, Juan Manuel; VARGAS-VALLE, Eunice Danitza; y LÓPEZ JARAMILLO, Ana María, 2020: "La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia", *Población y Salud en Mesoamérica*, Costa Rica, 18 (2): 1-32. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42795>.
- RUTTEN, Martine, 2009: "The Economic Impact of Medical Migration: A Receiving Country's Perspective", *Review of International Economics* 17 (1): 156-71. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9396.2008.00798.x>.
- RYDAHL, Eva; DECLERCQ, Eugene; JUHL, Mette y DAMKJÆR MAIMBURG, Rikke, 2019: "Cesarean Section on a Rise-Does Advanced Maternal Age Explain the Increase? A Population Register-Based Study", *PloS One* 14 (1): 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210655>.
- SERVICIO NACIONAL DE MIGRACIONES, 2023. Estimaciones de Extranjeros al 31 de diciembre de 2023. <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/> (actualizado al 10/02/2025).
- SILVA BASCUÑÁN, Alejandro, 2008: *Tratado de Derecho Constitucional* (Segunda Edición). Tomo XII, Editorial Jurídica.
- THAYER CORREA, Luis Eduardo, 2021: "Puertas cerradas y huellas abiertas: migración irregular, trayectorias precarias y políticas restrictivas en Chile", *Migraciones Internacionales* (12):1-21. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2270>.
- TIJOUX, María Emilia, y AMBIADO CORTÉS, Constanza, 2022: "Ser paciente haitiano/a en Chile y vivir el racismo en centros de la red pública de salud", *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines* 40 (1): 363-77. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.22>.
- VIVANCO, Ángela, 2004: *Curso de Derecho Constitucional* (Segunda Edición), Tomo II, Ediciones Universidad Católica.
- WITT, Whitney P.; WISK, Lauren E.; CHENG, Erika R.; MANDELL, Kara; CHATTERJEE, Debanjana; WAKEEL, Fathima; GODECKER, Amy L.; y ZARAK, Dakota, 2015: "Determinants of Cesarean Delivery in the US: A Lifecourse Approach", *Maternal and Child Health Journal* 19 (1): 84-93. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1498-8>

- YAMAMOTO, Masami; ESTRADA, Margarita.; LARRAÍN, Francisco; VALDEBENITO, Patricia; ARTEAGA, Juan; FIGUEROA, Horacio, 2024: Análisis de la tasa de cesáreas por grupos de Robson en Clínica Universidad de los Andes, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(2), 85-91. <https://doi.org/10.24875/rechog.23000061>
- ZEPEDA VEGA, Carolina Viviana, y GONZÁLEZ CAMPOS, M. Cristina, 2019: "Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada", *Salud & Sociedad* 10 (2): 188-204. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>.

