

6 MARGARITA BECERRA, LAURA ALTIMIR

El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental¹

La salud de las personas que residen en un país es un derecho fundamental, que además de alcance individual tiene alcance colectivo. El que las personas estén sanas y tengan un óptimo estado de bienestar nos concierne a todos los miembros de la sociedad y esto porque vivimos, querámoslo o no, en interrelación unos con otros. El ámbito de la salud es uno de los más sensibles a las múltiples transformaciones que han ocurrido desde la globalización y el aceleramiento de los flujos migratorios. Un ejemplo reciente del cual fuimos testigos, que nos muestra cómo van desdibujándose las fronteras, fue la rápida propagación del virus AH1N1 a nivel mundial, transformándose en pandemia.

Para comprender el fenómeno migratorio y su impacto en la salud y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, en adelante NNA, migrantes y refugiados, no es suficiente la aproximación desde la dimensión sanitaria. El riesgo es acotar la definición del problema, derivando en respuestas que emergen necesaria y exclusivamente a partir de lo sanitario. Entendiendo la complejidad del tema e intentando realizar un abordaje comprensivo, se hace necesario incorporar múltiples perspectivas que nos permiten superar lo estrictamente sanitario hacia definiciones que incorporan las dimensiones política, legislativa, biológica, psicológica, social, ética, cultural... El análisis multidimensional requiere además ser anclado en un eje contextual, que integra elementos de realidad de un espacio (geográfico) y de un tiempo determinados. El análisis multidimensional

¹ Las reflexiones contenidas en este artículo emergen desde el ejercicio clínico desarrollado en el Programa PRISMA de la Universidad Alberto Hurtado (UAH). Este programa, en funcionamiento desde el año 2008, ofrece atención en salud mental integral para personas migrantes y refugiadas. Los servicios brindados incluyen psicoterapia individual, familiar y de pareja; intervención en crisis y psicosocial; coterapia psiquiátrica; además del desarrollo de investigación clínica. El equipo está conformado por profesionales psicólogos, psiquiatras, asistentes social y sociólogo, constituyendo un abordaje interdisciplinar. Además, el programa trabaja de manera interinstitucional, en estrecha vinculación con iniciativas afines: académicas, de organismos internacionales, de la sociedad civil, de los ámbitos de salud y educación.

contextualizado permite pensar la migración, la infancia, la salud y la salud mental desde un espacio reflexivo donde se puede instalar la conversación multidisciplinar e intersectorial, hacia la generación de iniciativas oportunas y abordajes pertinentes con esta población.

En el siguiente capítulo se abordarán la dimensión legislativa y la dimensión psicosocial, en un acercamiento hacia la comprensión de la temática de la salud y la salud mental de NNA migrantes y refugiados residentes en nuestro país. Desde la dimensión legislativa, se explorará la temática del acceso y equidad en el derecho a la salud en Chile. En el ejercicio contextual, se examinará el marco internacional en materia de derechos a la salud y derechos de la infancia, analizando los ejes relevantes del sistema de salud general y revisando el proceso y las iniciativas para normar y asegurar la incorporación de los NNA migrantes y refugiados al sistema de salud pública. Desde la dimensión psicosocial, se abordará la especificidad de esta población infantil en relación a la salud mental, explorando sus alcances desde estudios diagnósticos nacionales y publicaciones, y desde la percepción de los profesionales e intervinientes. Por último, se hará referencia a los avances y desafíos pendientes en torno a la salud de los NNA migrantes y refugiados, incluyendo una reflexión en torno al impacto de los marcos normativos en la generación de marcos de integración al sistema de salud pública en Chile y analizando las perspectivas que este recorrido evoque.

DIMENSIÓN LEGISLATIVA, ACCESO Y EQUIDAD EN EL DERECHO A LA SALUD EN CHILE DESDE LA PERSPECTIVA DEL MIGRANTE

El aumento significativo en la última década de la migración económica y forzada y su impacto a nivel sanitario en nuestro país, es una situación emergente que se encuentra en proceso de ser dimensionada. Chile ha realizado avances importantes en cuanto al acceso y a la equidad en materia de salud, en particular en la protección de grupos vulnerables específicos como los niños y niñas, las mujeres embarazadas, además de la atención de urgencia para población migrante general. Sin embargo, el proceso de legislar es complejo, ya que implica considerar: el conjunto de las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile en materia de derechos fundamentales; el reconocimiento de esta población como expuesta a situaciones de discriminación e inequidad en el acceso a servicios sociales; la legislación sanitaria (Constitución de 1980) del derecho a la salud y su provisión, que no contemplaba en su formulación inicial al migrante como un sujeto en su especificidad y diversidad; entre otros. Aunque la generación de estas iniciativas legislativas representa esfuerzos normativos importantes, su aplicación se torna crítica, tanto por la dimensión sanitaria en cuanto a acceso a servicios, como por su dimensión ética relativa a la equidad.

Marco internacional en materia de derechos a la salud y derechos de la infancia

En el marco internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) constituye un marco ético y valórico que unifica el criterio de no discriminación desde el cual se sitúan los Estados para garantizar derechos básicos a todos sus miembros, sin importar su origen o condición². Este documento sienta un precedente de carácter universal en los intentos de proporcionar derechos básicos a todas las personas, fundamental para resguardar su bienestar.

Particularmente, el derecho a la salud es entendido como uno de los derechos fundamentales (en interdependencia con otros) y es reconocido por documentos e instrumentos internacionales, también de carácter universal³. Este derecho supone la generación de condiciones que favorecen y mantienen la salud, incidiendo directamente en ella, como lo son la alimentación, la vivienda, la sanidad, las condiciones laborales adecuadas y el tener acceso a un ambiente sano. En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se estipula el reconocimiento de los Estados Partes de “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, así como “las medidas (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho” (Casas, L. *et al.*, 2009).

Específicamente en el tema de la infancia, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990 aborda la protección y derechos de esta población. En el artículo 24, la Convención especifica que “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud...”, explicitando la preocupación de la comunidad internacional por la salud infantil. La consecuente ratificación de los acuerdos y tratados internacionales por parte de nuestro país visibiliza a

² Ésta señala en su art. 1 que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...” y, en su art. 2, que “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. En el art. 22 se explicita el derecho a la seguridad social: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

³ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC art. 12; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, CEDAW art. 12; Comité de Eliminación de Discriminación Racial, CERD art. 5; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24; Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, art. 25; Convención Internacional sobre la Protección de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, art. 28; entre otros.

los NNA como un grupo en riesgo desde la perspectiva legal y social, sentando las bases para la sensibilización temática y el abordaje legislativo de esta población en el contexto nacional.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en su *Observación general N° 14*, manifiesta la necesidad de igualdad de acceso a una alimentación adecuada, entorno seguro y servicios de salud física y mental para niños y niñas, bajo el principio de no discriminación. En relación a la adolescencia, se enfatiza el compromiso de proporcionar un entorno seguro que permita a los y las adolescentes participar en las decisiones relativas a su salud, así como adquirir experiencia y tener acceso a información adecuada. Adicionalmente, se consideran aspectos de confidencialidad y necesidad de servicios adecuados en salud sexual y reproductiva para esta población en particular. La mención de necesidades especiales para niños y niñas por una parte, y adolescentes por otra, da cuenta de la especificidad en que se da el ejercicio del derecho y las implicancias en relación a diferentes grupos etarios.

La *Observación general N° 14* aborda además obligaciones legales determinadas, entre las que se destaca el respeto a la igualdad de acceso a la salud para todas las personas, incluyendo presos o detenidos, representantes de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes ilegales. Así también, la necesidad de protección de los “enfermos mentales” y el mejoramiento de la atención en salud mental en general. Se releva así, la necesidad de respetar el derecho a la salud y salud mental, haciendo referencia específica a grupos sociales que están más expuestos a situaciones de negligencia u olvido, siendo los migrantes y refugiados considerados dentro de estas minorías.

Ejes relevantes del sistema de salud general en Chile

Detenerse en aspectos del desarrollo progresivo del sistema de salud chileno, así como en ciertas características de su estructura y funcionamiento, es relevante, ya que nos entrega claves contextuales que nos ayudan a pensar el tema de la salud de los NNA migrantes y refugiados desde la dimensión legislativa y, más adelante, desde la psicosocial.

El sistema de salud en Chile está constituido por una estructura dinámica y compleja de entidades públicas y privadas, conformada por múltiples instituciones abocadas al abordaje de los objetivos de promoción, prevención⁴,

⁴ En términos generales, Chile es considerado un país de avanzada en la implementación de políticas sanitarias en comparación con otros países de la región, evidenciado a través del control y la vigilancia de enfermedades infecciosas. Otros indicadores relevantes son la baja tasa de mortalidad infantil (7,8 de 1.000 nacidos vivos, 0,78%), baja tasa de desnutrición (0,7%) y la tasa más baja de tuberculosis en Sudamérica (Vásquez-De Kartzow, R., 2010).

cuidado y recuperación de la salud, tanto a nivel individual como colectivo (OPS/OMS, 2011).

En el año 1979 se lleva a cabo una importante reforma a raíz de la cual se crea el Sistema Nacional de Sistemas de Salud (SNSS), desde donde emergen los Servicios de Salud, delegando la responsabilidad de la atención primaria a la administración municipal. En relación a la previsión y al aseguramiento, se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como seguro público y el mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), para el ámbito privado (*ibid.*).

Respecto a la legislación sanitaria del derecho a la salud y su provisión, la Constitución Política del Estado del año 1980, en su artículo 19, reconoce y protege, entre otros derechos y sin distinción alguna, el acceso igualitario a la protección de la salud y a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud (Constitución de 1980, artículo 19.9)⁵. La salud es así reconocida como derecho universal. La legislación vigente en cuanto a disposiciones específicas regula el ejercicio del derecho constitucional antes mencionado, normando las prestaciones de salud en niveles de atención y modalidades público y privado. Los habitantes del territorio nacional tienen la libertad de acogerse tanto al sistema de salud estatal como al privado según su voluntad, describiéndose los afiliados y beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud como: trabajadores dependientes del sector público o privado, trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión, imponentes voluntarios, y pensionados por incapacidad laboral o por cesantía (Ley N° 18.469, 1985, artículos 1 y 5)⁶.

A partir del año 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud, sin embargo, su estructura fundamental se ha mantenido (OPS/OMS, 2011). Se destacan esfuerzos importantes en la última década orientados al “fortalecimiento y la extensión del sistema de protección social en salud (...) para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad” (*ibid.*, p. 49), por ejemplo, mejoras en la atención, la gestión y garantías en la cobertura de patologías prioritarias. De esta manera, el desarrollo continuo del sistema de salud en Chile sienta un precedente relativo a su capacidad

⁵ “El derecho a la protección de la Salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud” (Constitución Política de la República de Chile, 1980, art. 19.9).

⁶ Aun cuando la ley explicita la opción de atención privada en salud, esta no se ajusta a la realidad de las personas migrantes irregulares, con contrato informal y sueldos precarios, cual es el escenario de muchos extranjeros que llegan a nuestro país por diversas razones. De más está decir que cuando existen condiciones laborales favorables en términos de contrato, estabilidad y remuneración, disminuyen los obstáculos de acceso y cobertura en salud para los inmigrantes.

para abordar escenarios sociales emergentes, como lo es el nuevo escenario migratorio y su impacto en salud.

Revisión del proceso y de las iniciativas para normar y asegurar la incorporación de los NNA migrantes y refugiados al sistema de salud pública

A partir de la adherencia a lineamientos internacionales, el Estado de Chile ha adoptado iniciativas por legislar y, de este modo, asegurar el derecho de los niños a la salud en el contexto del sistema nacional de salud previamente descrito. Dentro de las acciones concretas que se han tomado, en el año 2000 se elaboró la Política Nacional a favor de la Infancia y Adolescencia y un plan de acción para el período 2001-2010, que reconoce el marco de Convención sobre los Derechos del Niño. Como un gesto decisivo hacia la no discriminación a residentes extranjeros en el país, en 2003 se emitió el Oficio Circular N° 6232⁷, que tiene como objetivo favorecer la inscripción a consultorios para las mujeres extranjeras embarazadas que estén en situación irregular, protegiendo a los niños desde su período de gestación.

En relación al derecho a la salud de las personas migrantes y refugiadas, en el año 2007, la Subsecretaría de Redes Asistenciales (adhiriendo a la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, ratificada por Chile en el 2005), elaboró el Ordinario N° 2284⁸, que expresa el derecho a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales para extranjeros y refugiados con situación regularizada. Enuncia además, el derecho a inscripción en FONASA para aquellos con permiso de residencia en el país, el derecho de los extranjeros irregulares a atención en servicios de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los Servicios de Salud, o bien a atenderse de forma privada. Adicionalmente, se explicita que los refugiados y solicitantes de refugio tienen acceso a la salud en igualdad de condiciones que los chilenos, aun cuando no se describe de qué manera se da el acceso, si de manera privada y/o por medio de la inserción a la red de salud pública.

⁷ Oficio dirigido al Intendente de la Región Metropolitana y a los Gobernadores Provinciales, especificando el derecho de acceso a la red de atención primaria, “a aquellas extranjeras que se encuentran en situación de irregularidad, y que se encuentran en estado de gravidez, con el objeto que puedan inscribirse en los consultorios correspondientes a su domicilio, facilitando así el control y seguimiento de sus embarazos”.

⁸ Ordinario dirigido a los Directores de Servicios de Salud, en el que estipula que la iniciativa se gestó en función de un terremoto ocurrido en Perú para la atención a ciudadanos peruanos residentes en Chile y posibles indocumentados.

Posteriormente, en el mismo año se realizó el Convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud⁹. Este convenio marca un hito, ya que traduce una intención clara que apunta a la aplicación del derecho de acceso a servicios sociales. En relación a la temática de infancia y protección de NNA migrantes y refugiados, este documento especifica que “...el Gobierno de Chile ha adoptado la decisión de otorgar atención de salud –en los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud– a los niños, niñas y adolescentes extranjeros, menores de 18 años, cualquiera sea su situación migratoria de permanencia en Chile, la de sus padres, tutores o representantes legales. El incremento de población inscrita que resulte de la aplicación de esta medida será considerado en la corrección periódica de la asignación per cápita comunal correspondiente”.

Elaborada esta disposición, quedan sujetos al derecho de acceso todos los NNA migrantes y refugiados en su condición de extranjeros, aun cuando no se alude directamente al caso de refugio. Más aún, el convenio hace referencia a la asignación de recursos que implica la medida, al menos de los Servicios de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud. Además, se asegura la atención en salud “en igualdad de condiciones de sus pares chilenos” y que la inscripción de los NNA extranjeros a los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio permita solicitar un permiso de residencia temporaria (en el caso de no estar matriculado en un establecimiento educacional reconocido por el Estado). Todas estas medidas intentan subsanar situaciones en las que los NNA puedan quedar desprotegidos, asegurando que tanto el derecho a la educación como a la salud se hagan efectivos. La aplicación de la ley y sus disposiciones debiera realizarse en articulación con el sistema de salud pública y sus requerimientos específicos, siendo en esta coyuntura donde comienzan a emerger dificultades y obstáculos, los que serán analizados en detalle más adelante.

Otra iniciativa importante es la Resolución Exenta de septiembre de 2008, que estipula la constitución del grupo de trabajo en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud, SIR-MINSAL cuyo objetivo es asesorar técnicamente las decisiones del Ministerio de Salud en materia de salud de inmigrantes y refugiados, incluida la población infantil. La formalización de este grupo de trabajo es importante, porque visibiliza la necesidad de abordar a la población migrante y refugiada desde su especificidad en temas de salud.

Paralelamente, el mismo año en septiembre, se emite el Instructivo Presidencial sobre Política Migratoria con el objetivo de instruir a los

⁹ <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71821af88f8dfda7e04001011f0164f3.pdf> (Consultado en octubre de 2011)

distintos órganos de administración del Estado en materia de política migratoria y su incorporación en programas actuales y por desarrollar. Lo que logra este instructivo es informar acerca de la realidad migratoria del país, la definición del mismo como país receptor, el debate internacional respecto del reconocimiento de los derechos humanos de los migrantes, la relación entre migración y desarrollo, el rol activo a tomar por el Estado frente al fenómeno migratorio, estipulando ejes de acción gubernamental en torno a la integración y la no discriminación¹⁰. Adicionalmente en el ámbito de la salud, en junio de 2009 se publica el Ordinario N° 2.551, en el que se estipula que los inmigrantes con credencial FONASA y permiso de residencia en trámite mantienen los beneficios en salud aun con la cédula de identidad caducada. Esto asegura cobertura en salud a personas que antes quedaban desprotegidas, considerando la situación a la cual quedaban expuestos muchos migrantes en proceso de regularización migratoria.

Como otro antecedente relevante, cabe destacar que en abril de 2010 se aprobó la nueva Ley de Refugio N° 20.430, que establece disposiciones sobre protección de refugiados. En los artículos dispuestos por la ley, se alude a los niños y niñas refugiados como extensión de la familia y existe un capítulo referente al procedimiento especial en la solicitud de refugio interpuesta por menores no acompañados o separados de sus familias¹¹. Además, en su artículo 13 menciona, entre otros, el derecho de acceso a la salud y en su artículo 32, aspectos operativos de su aplicación. La ley recién descrita constituye un avance en la definición de procedimientos y normativas específicas a la situación de refugio y su proceso de solicitud, lo que aclara el panorama para las personas, adultos y niños, que llegan al país pidiendo asilo.

La dimensión legislativa incide directamente en el acceso y equidad en el derecho a la salud y, en este sentido, las iniciativas recién mencionadas constituyen un avance fundamental desde la perspectiva de derechos. Sin

¹⁰ La Política Nacional Migratoria posee principios orientadores inspirados en la Declaración de los Derechos Humanos, en los que se incluye un acápite referente a la salud. “2) la salud, donde no se podrá en ningún caso denegar prestaciones de salud a los extranjeros que lo requieran, de acuerdo con su situación previsual” (Instructivo Presidencial 02 de septiembre de 2008, p. 4). Asimismo, se explicita la promoción de acciones para evitar y sancionar el tráfico ilícito de migrantes y la trata de personas. Si bien no están explicitados tanto el tráfico ilícito como la trata de niños y niñas, este apartado los incluye en tanto son personas migrantes. En referencia a la situación de personas refugiadas, se expresa la necesidad de proponer una nueva Ley de Refugio, lo que resulta crítico para el abordaje en salud de los NNA refugiados.

¹¹ En el apartado art. 38 de la ley, se explicita el derecho de todo menor de edad de solicitar refugio con independencia de las personas que ejerzan su representación legal. El art. 39 se refiere a que en el caso de que la solicitud fuese presentada por un menor de edad no acompañado o separado de su familia, la Secretaría Técnica tiene el deber de informar a las autoridades encargadas de la protección, cuidado y asistencia de menores.

embargo, esta es sólo una de las dimensiones que entran en juego en el problema que enfrentan los NNA migrantes y refugiados al aproximarse al sistema de salud. Si bien formalmente la ley es clara respecto al rol del Estado, es en la institucionalidad en la que se ponen –o no– en práctica estas normativas, pues es el lugar de encuentro entre la población migrante y refugiada infantil y los agentes que proveen de atención en salud. Este encuentro se complejiza cuando se superponen otras dimensiones como la psicológica, la social, la cultural, en las que aparecen las particularidades de dicha población.

La dimensión psicosocial, la cual se desarrolla a continuación, es quizás la que presenta mayores desafíos en la aplicación del derecho a la salud, pues es la que incorpora elementos de especificidad en NNA migrantes y refugiados que en ocasiones son difíciles de asir. Se agregan además elementos contextuales, que son variables, y que hablan de la particularidad de cada NNA migrante y refugiado, de su origen, de su recorrido, de su historia, de su familia y de su cultura.

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL, ÁMBITOS DE SALUD Y SALUD MENTAL DE NNA MIGRANTES Y REFUGIADOS

La Organización Mundial de la Salud, en su *Informe sobre la salud en el mundo*, advierte entre otros que la salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas, las familias, las sociedades y las comunidades, y posee la misma importancia que la salud física. Además, explicita la interrelación entre la salud física y mental, en tanto la salud mental está influida por un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001).

En relación al concepto de salud mental, la OMS plantea pertinentemente las dificultades para llegar a una definición exhaustiva desde una perspectiva transcultural. De esta manera, se releva la dimensión cultural del concepto, lo que se ve reflejado en la diversidad de definiciones. Complementariamente, “se admite (...) que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales” (*ibid.*, p. 5). En un intento por asirla, la OMS destaca que la salud mental “(...) abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la auto-realización de las capacidades intelectuales y emocionales” (*ibid.*).

Antes de desarrollar el tema de la salud mental, es importante mencionar que afortunadamente no todos los NNA de la población de migrantes y refugiados presentan problemas que requieran tratamiento, ya que muchas de las dificultades son resueltas al interior de las familias o de la escuela, a partir de recursos propios y posibilidades.

Perspectiva de la revisión de estudios diagnósticos nacionales y publicaciones

Niñez y migración

Respecto a las personas migrantes, estudios evidencian una adecuada salud física a su llegada al país de acogida. Sin embargo, si entran en juego variables socioeconómicas y estructurales que puedan empobrecer la situación de vida y producir un deterioro de las condiciones de salud, disminuye el bienestar psicosocial del que gozaban en su país de origen (Vásquez-De Kartzow, R., 2010; Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008; Demoscópica, 2009).

Referente a la salud mental de esta población, un estudio nacional aborda aspectos generales tanto de la población adulta como infantil, mayoritariamente de origen peruano, desde una perspectiva de vulnerabilidad y de factores de riesgo asociados a la migración. En relación a la población infantil y adolescente, esta vulnerabilidad implicaría posibilidades de desarrollo de patología psiquiátrica¹², sin encontrarse diferencias significativas entre manifestaciones de adolescentes y niños. Respecto a patologías específicas, se discrimina la presencia de trastornos del ánimo y de ansiedad, lo que coincide con evidencia de investigaciones internacionales en el área de salud mental (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, 2008).

Tomando perspectiva de los resultados, el argumento central del estudio que asocia migración con factores de riesgo en salud mental y posibilidad de desarrollo de patología psiquiátrica se relativiza, al considerar que numerosos aspectos contextuales de vulnerabilidad social no están necesariamente presentes en toda migración. Esta afirmación es corroborada por los resultados, al enunciar que "... cabe destacar que no hubo relación estadísticamente significativa entre la presencia de trastorno mental y variables importantes asociadas al proceso migratorio..." (*ibid.*, 2008, p. 33).

Este estudio constituye una primera iniciativa en el ámbito de la salud mental, mas como lo plantean sus propios autores, posee limitaciones en relación al tamaño de la muestra, la aplicación de los instrumentos y falta de un grupo de control compuesto por población nacional. Por estos motivos los resultados no alcanzan a ser representativos de la salud mental

¹² En el caso de escolares y adolescentes, la migración implicaría "La interrupción de su proyecto vital en su país de origen, la ausencia de proyecto migratorio propio, al mismo tiempo que las posibles actitudes negativas de la sociedad de acogida y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral, son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación haciéndolos más vulnerables () para manifestar trastornos psiquiátricos" (Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, 2008, pp. 3-4).

de inmigrantes a nivel nacional y no son comparables con población nacional. La contribución que representa la información contenida en el diagnóstico es de utilidad en cuanto a la adecuación de políticas públicas en esta materia (Rojas, G.; Castro, A. y Fritsch, R., 2010), sin embargo, debiera ser complementada y profundizada con estudios aplicados al contexto nacional y regional con población latinoamericana.

Revisando publicaciones nacionales, son frecuentes las asociaciones entre población migrante infantil y problemas en salud mental, como desintegración familiar, pérdida de referentes, anomia, imagen devaluada de sí mismos, mayor nivel de agresión o depresión, así como dificultades emocionales y problemas conductuales (Agar, L., 2007; Demoscópica, 2009; Neumann, E., 2004). Sin embargo, no hay consenso en estudios que puedan asegurar que existe una correlación directa entre la migración y variables en salud mental, ya sea porque los hallazgos son contradictorios entre sí o bien insuficientes (Pérez, A.; Paiewonsky, D. y García, M., 2008). El diseño metodológico de los estudios es de diversa índole, los tipos de muestreo son variables, los instrumentos utilizados no están necesariamente adaptados y estandarizados a poblaciones específicas (por ejemplo, la dimensión cultural), lo que arroja resultados heterogéneos, que aportan información, pero no son comparables ni equiparables entre sí. Al respecto, podemos afirmar que el efecto que tiene la migración en la salud mental de niños, niñas y adolescentes puede ser muy diverso y aún está en proceso de análisis, tanto a nivel nacional como regional.

Donde hay acuerdo es que la migración, al menos, implica una reorganización a nivel familiar, ya sea porque los hijos son separados de sus madres y padres por tiempos prolongados, o porque la familia ha migrado a un nuevo lugar y surge la necesidad de adaptarse al cambio. En el caso de los niños que llegan a nuestro país, ya sea junto a sus padres o luego de un tiempo de separación, hay un período de ajuste de las familias. Es el proceso de reconocimiento, aceptación y aprendizaje de nuevos roles parentales y de la fratria, que se despliegan en el nuevo contexto del país de acogida. La trama se hace más compleja cuando, en esta nueva realidad, los padres deben salir a trabajar, dejando a sus hijos al cuidado de terceros, o bien solos en algunas ocasiones.

La emergencia de estos nuevos escenarios familiares producto de las migraciones nos invita a interrogar las nociones teóricas y conceptuales a la base de la mirada tradicional en salud mental, entre ellas las definiciones de salud, de enfermedad, de cura, de lo normal... que impactan la construcción de marcos y encuadres, tanto de investigación como de intervención clínica y psicosocial.

Migración, cadenas globales de cuidado, perspectiva regional

La noción de cadenas globales de cuidado ofrece una visión complementaria desde la perspectiva de género, para la comprensión del fenómeno de la migración regional, de la emergencia de nuevas configuraciones familiares, del cuidado de los hijos a la distancia y su impacto en la salud mental. Se entiende por cuidados “(...) la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida y la salud (...) en su mayor parte es en los hogares, a través del trabajo no remunerado de las mujeres donde esto se garantiza diariamente, mediante el desarrollo de actividades de atención directa a las personas en situación de dependencia (...)” (Pérez, A., 2010, p. 2). Las cadenas globales de cuidado se piensan en contextos amplios de espacios transnacionales de cuidados, en los que los vínculos afectivos a distancia requieren de nuevas formas de gestionar el hogar y atender a las necesidades de personas dependientes sin un contacto físico. Los cuidados se dan traspasando las fronteras y el rol materno/paterno se constituye en transnacional.

Esta perspectiva muestra cómo la forma que adopta el cuidado materno debe cambiar en función del proyecto migratorio, es así como los cuidados se centran en mejorar las condiciones materiales de vida de sus hijos y ocuparse de su crianza por medio de cuidadores sustitutos (llamadas telefónicas periódicas, viajes de visita, envío de remesas y regalos). Si bien se reconoce el sufrimiento que implica la separación, ésta no es definida como traumática o problemática necesariamente, puesto que las redes familiares globales constituyen una extensión de la familia y porque los esfuerzos de las madres por contribuir, proveer y proporcionar atención por medio de cuidadores son un elemento protector positivo cuando son valorados contextualmente.

Se releva, además, que las diferencias en los hallazgos y en los conceptos para el abordaje de la separación familiar pueden responder a diferentes construcciones sociales acerca de la infancia y la naturaleza y los roles de la familia. En este sentido, la mirada de las cadenas globales de cuidados pone énfasis en los posibles sesgos de observar los modos de cuidado que adoptan personas de las localidades del Sur (comunitarias), bajo el lente de los marcos conceptuales tradicionales en salud mental que provienen más bien de las sociedades del Norte (Pérez, A., Paiewonsky, D. y García, M., 2008; Pérez, A., 2010), interrogación que coincide con las preguntas que emergen naturalmente, tanto en el análisis de estudios nacionales como en el abordaje clínico en salud mental con familias migrantes en nuestro país.

Niñez y refugio

En relación a NNA solicitantes de refugio y refugiados hay poca información, puesto que esta población no está contemplada en los estudios diagnósticos mencionados anteriormente. Sin embargo, existe referencia acerca de la experiencia de aproximación al sistema de salud pública de refugiados palestinos dentro de los ámbitos analizados en el Informe de evaluación de la primera etapa del Programa de Reasentamiento a Refugiados Palestinos en Chile (Stefoni, C., Becerra, M. Gaymer, M., 2008). Esta información es específica al caso de refugiados palestinos, no obstante, permite un acercamiento a una temática de la que no hay mucha evidencia, cual es la situación en salud de población refugiada en el contexto nacional. El análisis del caso de los refugiados palestinos se torna relevante, ya que hace figura las barreras idiomáticas y culturales evidentes entre estas familias y nuestro sistema de salud. Aunque en la actualidad la mayor parte de los refugiados son de origen regional, por lo que estas barreras son menos visibles, los contextos de globalización de migración forzada son impredecibles y Chile podría ser país de acogida para personas provenientes de multiplicidad de horizontes culturales.

De la información contenida en ese informe, los temas en salud que surgen son diversos: la percepción de las familias con niños pequeños hacia el sistema de salud, la vivencia subjetiva de encuentros y desencuentros con profesionales de la salud, barreras idiomáticas y culturales, y evaluación de salud mental.

Específicamente en el ámbito de la salud mental de las familias con niños pequeños, se identificaron importantes tensiones que agravaban el malestar propio de la situación de refugio, entre las cuales destacaron la carga doméstica, la insuficiencia de recursos y dificultades en la integración. Además de lo anterior, “la ruptura de lazos con la familia de origen, la disgregación familiar, el sentimiento y/o la certeza de que hay seres queridos en riesgo vital (*en país de origen*)” (*ibíd.*). Otra particularidad registrada en adultos del caso palestino, es la diversa sintomatología de orden depresivo y ansioso, como la dificultad para disfrutar la vida, desgano, insomnio y alteraciones del sueño, desvitalización, irritabilidad, fluctuación en el peso, entre otros. Asimismo, se describen signos de alteraciones de la memoria y concentración, retraimiento social, sensación de amenaza y sentimientos de culpa, todos ellos propios del Síndrome de Stress Post Traumático, descrito en DSM-IV TR¹³. A partir de la presencia de indicadores diagnósticos de sufrimiento psíquico en adultos, se puede inferir su

¹³ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association).

presencia en NNA, y la consecuente repercusión en el funcionamiento y dinámicas a nivel familiar.

Percepción de los profesionales e intervinientes en torno a las temáticas frecuentes en salud mental en estos niños

La percepción de los profesionales e intervinientes en torno a las temáticas frecuentes en salud mental infantil de migrantes y refugiados se da inexorablemente en el encuentro entre ambos. Este encuentro se produce cuando se hace necesaria la intervención y es, a partir de la misma, que emergen impresiones clínicas y profesionales que nos entregan muchísima información¹⁴. El profundizar en su contenido es clave y viene a complementar la perspectiva de los estudios diagnósticos antes mencionados¹⁵.

Noción de salud mental

Desde el trabajo clínico con personas migrantes y refugiadas, se observa que la noción de “salud mental” no es necesariamente reconocida y no tiene una representación precisa para estas personas, resultando esta noción difusa, en ocasiones confusa. Esto se observa en particular si provienen de ambientes rurales o con escasa educación formal. En este contexto, un primer acercamiento al sugerir una atención o una derivación a especialista en el área puede ser rápidamente rechazado con un “yo no estoy loco” o un “nosotros no necesitamos esto”. Lo anterior logra ser comprendido tanto desde la falta de familiaridad con temas de salud mental –como la entendemos–, como acerca de la labor que realizan los profesionales que trabajan en el área: psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas en general. En infancia esto tiene repercusiones importantes, ya que los padres no necesariamente llevan a los NNA a consultar al especialista cuando aparece el malestar.

Expresión de malestar y sintomatología

La expresión de malestar en niños y niñas requiere de atención especial por parte de los profesionales de salud mental, en tanto adquiere características particulares que la diferencian de los adultos: dificultad para

¹⁴ Las opiniones profesionales fueron recogidas de entrevistas con actores clave, tanto en el ámbito de la salud mental como en el de la intervención psicosocial, tanto desde la institucionalidad en salud como desde la sociedad civil.

¹⁵ Las experiencias y observaciones recogidas desde el quehacer clínico y psicosocial con niños y adultos realizados en el marco de atención del Programa PRISMA, están siendo sistematizadas en la investigación en curso “Análisis de las características específicas clínicas y psicosociales de la población migrante usuaria del Programa de Salud Mental para Migrantes y Refugiados PRISMA, y su percepción en relación a la atención que reciben” (Fondos concursables, mayo 2011 - abril 2012).

verbalizar (desde su desarrollo evolutivo), lógica más metafórica y, particularmente, manifestación somática. El lenguaje del niño es más bien analógico, cuando hay presencia de malestar se despliega generalmente a nivel conductual y se muestra tanto en los ámbitos familiar, escolar, como en la inserción a la comunidad.

La sintomatología infantil puede presentarse a través de problemas conductuales en el colegio (agresividad, retraimiento social, hiperactividad, déficit atencional, bajo rendimiento, matonaje), o bien de manifestación somática (enuresis, gastritis, jaquecas recurrentes, dolores corporales). En la adolescencia comienzan a ser más frecuentes trastornos alimentarios (obesidad, bulimia y anorexia), depresión, trastornos angustiosos, autoagresiones (cortes en los brazos o intentos de suicidio), consumo de sustancias, vandalismo y conductas antisociales. Todas estas manifestaciones de malestar son propias de la infancia y la adolescencia, independientemente de la situación migratoria.

Cuando se presentan a nivel familiar, las problemáticas en las que se ven envueltos los NNA adquieren un carácter relacional. Pueden estar involucrados dos o más miembros de la familia y, habitualmente, son los niños los que por medio de sintomatología múltiple expresan sufrimiento que puede ser común a varios miembros. Muchas veces se relacionan con temas que no han podido ser elaborados en la familia, dificultades de adaptación, duelos y pérdidas, secretos, abandono, entre otros, que pueden verse exacerbados por la temática migratoria.

Violencia como contexto

Para abordar las problemáticas de la infancia y la adolescencia de migrantes y refugiados, es importante ampliar la mirada de manera comprensiva. La entramada situación de precariedad genera contextos que exponen a las familias a diversas formas de abuso y de violencia, implícita y explícita. La discriminación y la dificultad en el acceso a servicios pueden ser vivenciadas como experiencias extremadamente violentas. Así bien, los abusos por parte de terceros, el cobro de arriendos exagerados, la explotación laboral, las condiciones de hacinamiento, entre otros.

En el caso específico de la violencia intrafamiliar la situación es compleja, puesto que son las personas que protegen y cuidan las que infligen actos violentos, la mayoría de las veces contra la mujer o los niños. En muchas ocasiones, la violencia intrafamiliar comienza con el aislamiento de la mujer, pero también de los hijos. En el caso de estos últimos, el aislamiento es aún más grave, puesto que los niños y niñas no han desarrollado las

herramientas para poder pedir ayuda fuera de su núcleo familiar. Esto los hace particularmente vulnerables.

Con la migración se acentúa la situación de aislamiento, en cuanto hay desconocimiento de las instituciones a las cuales recurrir, falta de redes familiares y de soportes comunitarios. La situación empeora cuando hay barreras idiomáticas. El nivel de soledad es tan grande y los estresores relacionados con la supervivencia son tantos, que el riesgo de violencia aumenta considerablemente, en especial de violencia física. No es el hecho de ser migrante lo que aumenta la posibilidad de vivir situaciones de violencia, sino las condiciones de vulnerabilidad y la desprotección general de las personas.

El sentido del proyecto migratorio

En el caso de niños y niñas migrantes, un tema particularmente importante es el sentido del proyecto migratorio. Si el proyecto migratorio ha sido presentado por los padres a los niños y niñas con una narrativa clara, con la posibilidad de discusión y de elaboración a nivel familiar, el hacer sentido de la experiencia se hace posible. En ese hacer sentido, los niños y sus familias construyen identidad. Inversamente, los niños más vulnerables son aquellos que no entienden o no conocen la historia del proyecto migratorio de los padres, donde irrumpe la falta de sentido que se traduce en sufrimiento psíquico y expresión de malestar. Acorde a investigaciones, la incorporación de los niños en la elaboración del proyecto migratorio es fundamental, "(...) cuando las personas adultas facilitan un proceso participativo para tomar la decisión respecto a la migración adulta, las niñas y los niños se sienten más responsables y también protagonistas de ese plan que finalmente transformará sus vidas (...) las relaciones participativas del ejercicio del poder al interior de las familias fortalece los vínculos filiales que se ven afectados ineludiblemente durante el proceso migratorio" (Pavez, I., 2011, pp. 369-70). Una vez en el país receptor, los NNA pueden desarrollar distintos intereses y formas de adaptación a su entorno, que pueden ser parte de su proyecto migratorio propio y no necesariamente el de sus padres.

Otro aspecto relacionado con la discusión recién planteada e importante de considerar en el abordaje con familias migrantes económicas, es la comprensión de que la condición de migrante transnacional constituye un referente importante para la persona, que configura su mundo subjetivo e influye directamente en la expresión de su salud mental (Núñez, L., 2010). Así, el migrante transnacional vive en dos mundos, vinculado tanto en país de origen como en país de destino, emocional y económicamente, en mayor o menor grado. Numerosos niños migrantes manifiestan con naturalidad la condición transnacional, algunos desde la integración y otros desde la ambivalencia afectiva.

La falta de sentido

En el caso de niños refugiados no hay un proyecto migratorio por la condición misma del refugio. La protección de la vida es el motivo principal para dejar el país de origen, sin embargo, los NNA no necesariamente conocen los motivos reales de sus padres para tomar esa decisión. La migración forzada tiene la característica de ser brusca y repentina, cuando hay una amenaza que se torna insoportable o crítica. Esto hace que ni los adultos, ni mucho menos los niños y niñas, tengan la oportunidad de elaborar esta experiencia, por lo que se convierte en sí misma una experiencia extrema.

En este contexto, se torna particularmente relevante el tema de la violencia, que ya ha sido abordado. Para comprender estas manifestaciones más complejas, se hace necesario incorporar a la reflexión el contexto del refugio, que da profundidad a la mera clasificación diagnóstica. Las familias refugiadas han estado expuestas a altos niveles de violencia en país de origen. Entonces, la violencia va impregnando a padres, hijos y a las relaciones que establecen entre ellos y con los otros. Es así como la guerra, la persecución política, la desconfianza, el miedo, la inseguridad, van dejando huellas profundas, cuyas secuelas pueden expresarse en nuestro país, aun cuando la persona se encuentre ya en relativa seguridad.

Por ejemplo, en padres refugiados que han temido por la integridad de sus hijos en país de origen pueden observarse conductas de extrema preocupación y cuidado, que en ocasiones toman formas paradójicas que aparecen violentas al observador. En el ámbito clínico, se escucha el relato de padres que dejan a sus hijos “encerrados con llave en la casa para que nadie les haga daño”, o que en la situación de riesgo o mal comportamiento de uno de sus hijos puede amenazarlo diciendo “cuidado, ¡te vas a matar!”. Afirmaciones anteriores pueden ser chocantes para el que escucha desde un oído desprevenido, sin embargo, en la contextualización de esta afirmación desde la vivencia subjetiva de este padre o madre, efectivamente el riesgo vital para sus hijos está cerca, la familia ha hecho la experiencia de ello; la manera de proteger a los niños, aunque aparezca brutal, ya ha sido efectiva.

En niños, la preocupación y la derivación a atención de especialista en salud mental proviene, cuando ocurre, de colegios o de programas de acompañamiento a refugiados, los que muestran gran interés y preocupación. El relato inquieto de los profesores refiere la observación que algunos niños refugiados solucionan los problemas “a golpes” en circunstancias de conflicto. Además, llama la atención que muchos de estos niños no recurren necesariamente a figuras de autoridad para la resolución de los mismos. Podemos comprender lo anterior desde experiencias particulares en país

de origen, en que los niños han observado que se abordan los conflictos a través de la fuerza (violencia, armas, golpes, tortura). La situación se hace más compleja cuando, agregadas a estas dificultades, están la incomprensión del idioma, diferencias religiosas o de costumbres, que pueden convertir al niño en objeto de burlas o marginación.

Parte importante del trabajo terapéutico con estas familias, además de la elaboración de las experiencias dolorosas y traumáticas en país de origen, es la integración a contextos nuevos “de seguridad” en el país de acogida. Frecuentemente, son los niños los primeros en interrogar prácticas familiares anteriores en este nuevo contexto, aportando con sus propias experiencias de integración a la dinámica familiar y de cuidados. En el ámbito clínico, esta interrogación se produce en los niños a través del síntoma, que moviliza tanto a padres como profesores e intervinientes visibilizando el problema, motivando la consulta a un especialista.

Reunificación familiar

Una temática muy frecuente, tanto en personas migrantes como en refugiadas, es la reunificación familiar. En este proceso, si bien se observan elementos comunes en las migraciones económica y forzada, se pueden realizar distinciones.

En el caso de la migración económica, los motivos para migrar pueden ser diversos y, habitualmente, relacionados con mejoras en la calidad de vida, asociadas a oportunidades laborales de un miembro adulto de la familia. Mejorar la calidad de vida implica muchas veces traer al país a otros miembros de la familia, para así reanudar el proyecto conjunto de vida familiar, interrumpido por la migración. Sin embargo, la reunificación familiar significa costos económicos que demandan de una estabilización económica previa, que en ocasiones requiere años. Esto genera en las familias una sensación de incertidumbre respecto al futuro y a cómo se podrán cumplir las expectativas que originaron la migración. Desde el ámbito clínico se observa que muchos procesos de reunificación familiar ocurren después de un período, a modo de “oleadas”, en la que los miembros de la familia y de la fratria van arribando al país de manera consecutiva. El reencuentro progresivo de la familia conlleva la necesidad de una adecuación gradual de los roles de cada uno, por ejemplo los de cuidado y crianza, lo que expone a las familias a cambios en su organización cuando un nuevo miembro de la familia arriba. Es importante mencionar que la migración de carácter regional permite a los padres que han migrado la posibilidad de regresar al país de origen periódicamente, si las condiciones económicas lo permiten, postergando u ofreciendo alternativas al proyecto de reunificación familiar en país de destino.

En el caso de la migración forzada se puede producir el desplazamiento de la familia en su totalidad, lo que implica desafíos de adaptación a una nueva realidad para todo el núcleo familiar. Pero también puede ocurrir que un miembro de la familia, habitualmente alguno de los padres, deba partir del país sin posibilidad de retorno, generando un quiebre abrupto y doloroso con su familia. En el caso del refugio, en muchas ocasiones la reunificación familiar es solicitada por motivos de seguridad y preservación de la integridad de las personas que quedan en país de origen. Para los NNA que han estado separados de sus padres durante un largo período de tiempo, al cuidado de terceros (abuelos o familiares cercanos), el proceso de reunificación no está exento de dificultades. Al llegar a nuestro país se enfrentan a desafíos múltiples, entre los cuales están la integración en sus familias, en la escuela y en la comunidad.

Alcances a partir de las perspectivas revisadas

A partir de las diversas temáticas abordadas con anterioridad, queda en evidencia que los enfoques tradicionales en salud mental, su categorización y las concepciones tradicionales de los procesos psicológicos, habitualmente no se ajustan a las necesidades específicas de esta población. Si bien resultan útiles como marcos comprensivos, poseen limitaciones en la práctica, dada la particularidad con que se despliega el sufrimiento psíquico y el malestar, en el escenario de nuestra realidad migratoria, tanto nacional como regional.

Los profesionales en salud mental infantil se enfrentan permanentemente al desafío de comprender el malestar psicológico, relacional y su expresión. Los enfoques tradicionales de tratamiento en ocasiones resultan insuficientes al enfrentarse con estos síntomas y surge el cuestionamiento acerca de qué es lo problemático y cómo abordarlo. En la intervención y el tratamiento con población infantil no es ninguna novedad buscar enfoques que abarquen más aspectos que sólo los biológicos o somáticos y se intente dar una explicación que permita entender por qué persiste el síntoma y cómo incluir elementos del contexto para abordarlo. Desde esta mirada, los niños y niñas migrantes y refugiados no son una excepción y tienen particularidades propias a su origen, a su cultura, a su historia familiar, a su recorrido migratorio y a su inserción en nuestro país. Al hacer este ejercicio contextual, podemos permitirnos interrogar perspectivas que asocian de manera lineal la experiencia misma de la migración con la noción de vulnerabilidad. La condición de migrante o refugiado no implica una vulnerabilidad en sí (la vulnerabilidad económica aparece como un factor más influyente en el malestar de los niños y niñas, que la experiencia migratoria aislada). En otras palabras, hay niños migrantes

que no están en condiciones de vulnerabilidad económica y pueden presentar problemas en salud mental. Así bien, lo hay que se encuentran en contextos de vulnerabilidad y no presentan problemas en salud mental. Específicamente en el caso de refugio, la población infantil ha tenido experiencias de persecución y amenaza que en muchas ocasiones son más dañinas que la sola experiencia de la migración forzada.

La migración, entonces, no constituye un problema en sí mismo, sino que pueden ser la sumatoria de vulnerabilidades económicas y sociales asociadas a las condiciones en las cuales migrantes se insertan en nuestro país. La imposición de categorías diagnósticas avasalladoras desde la realidad subjetiva del profesional interviniente empobrece el acercamiento, las posibilidades de diagnóstico pertinente y posterior tratamiento. Nuestro desafío como profesionales de la salud mental es ser capaces de escuchar la expresión del malestar del niño y niña migrante, con la apertura que implica su relación con escenarios múltiples y complejos, así lograr acceder a los significantes propios del niño en sus contextos.

AVANCES Y DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD DE NNA MIGRANTES Y REFUGIADOS

Impacto de los marcos normativos en la generación de contextos de integración al sistema de salud pública en Chile

El proceso de legislar es fundamental para generar contextos de integración que consideren los principios de no discriminación y protección de los NNA migrantes y refugiados en materia de salud y salud mental. En concreto, resulta particularmente neurálgico el mensaje manifestado en la ley en lo referente al trato igualitario o “en igualdad de condiciones de sus pares chilenos” de los niños y niñas migrantes en la atención en salud. Al respecto, el recorrido de los marcos normativos nacionales e internacionales anteriormente descrito evidencia un avance en la incorporación de NNA extranjeros a la atención en salud y en el acceso a servicios en igualdad de condiciones. Estas fuentes legislativas sientan las bases para la implementación de políticas públicas y la consecuente sensibilización de la institucionalidad involucrada con las temáticas migratoria y de refugio.

Específicamente, respecto a la normativa revisada, es importante mencionar que las iniciativas realizadas desde el MINSAL para dar mayor cobertura a los niños y niñas extranjeros y mujeres embarazadas fueron medidas reactivas a situaciones emergentes (aumento importante de la población inmigrante irregular). Con estas medidas se logró acoger a un grupo poblacional que estaba solicitando atención en salud, pero que por su situación

migratoria se encontraba desprotegido. Así, se ofreció una respuesta pertinente aunque transitoria, permitiendo la cobertura en salud mientras se realiza el proceso de regularización de la situación migratoria, entendida la regularización como el objetivo a alcanzar desde las políticas migratorias vigentes en nuestro país¹⁶. El carácter reactivo y transitorio de las medidas implementadas por el MINSAL supone la transitoriedad de la condición de irregular del migrante. Sin embargo, se observa en la realidad que el proceso de regularización para muchos extranjeros se complejiza, lo que puede ser comprendido desde la perspectiva de la vulnerabilidad de esta población asociada a factores estructurales¹⁷ que inciden en el acceso y permanencia a servicios; se agregan, entre otros, el costo de la tramitación y los largos tiempos de espera en los procedimientos, lo que tornan esta condición de irregularidad en una situación que se perpetúa en el tiempo.

Si legislar es el primer paso en la generación de contextos de integración, otro paso es la aplicación de la normativa en la institucionalidad, a través de su implementación. Ésta consiste no sólo en difundir la ley y capacitar a los distintos estamentos involucrados, sino también en facilitar los procesos que aseguren la posibilidad de hacer efectivos los derechos. La institucionalidad encargada de implementar las medidas descritas y estipuladas por la ley es diversa, lo que se traduce en procedimientos engorrosos y en ocasiones desarticulados. Esto dificulta la aplicación en la práctica de las disposiciones legales y normativas (Vásquez-De Kartzow, R., 2010), lo que va constituyéndose en un obstáculo en el acceso a servicios. Un ejemplo es lo que ocurre con la implementación del Convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud del año 2007, en el cual la normativa precisa el libre acceso a servicios de salud para la población inmigrante infantil en situación irregular. Sin embargo, aunque el derecho a salud es universal, el sistema de salud está estructurado de manera tal que las atenciones no asociadas a un RUT no permiten ser registradas, por lo tanto no son financiadas por el Estado¹⁸. Lo anterior

¹⁶ Es necesario comprender que el MINSAL no puede contravenir estas políticas; las normativas en salud en relación a las personas migrantes se sitúan bajo el marco de la Ley de Extranjería y sus disposiciones legales y requerimientos.

¹⁷ Se refiere al “conjunto de factores relacionados con las condiciones económicas, laborales y del entorno físico de los niños y niñas inmigrantes y sus respectivas familias ()” (Stefoni, C., Acosta, E., Gaymer, M., Casas-Cordero, F., 2010, p. 62).

¹⁸ “El financiamiento del sistema (*de salud*) se basa en aportes públicos y privados (principalmente en fondos de impuestos generales y cotizaciones salariales obligatorias), que se asignan y transfieren a las diversas entidades del sistema de salud, principalmente al Ministerio de Salud y sus entidades dependientes, a FONASA y aseguradoras privadas, servicios de salud y municipios para la administración de atención primaria, y convenios (...). La distribución de fondos de FONASA para atención primaria bajo administración municipal se basa en una estimación per cápita de la población registrada, corregida por factores de pobreza, ruralidad y otros factores” (OPS/OMS, 2010, pp. 63-66).

refleja un vacío de procedimiento, que es resuelto de manera discrecional por los funcionarios o profesionales de los centros de salud que reciben a los NNA migrantes, por ejemplo, a través de la creación de “RUT ficticio”, que permite que estos usuarios sean atendidos con financiamiento asociado. Las limitaciones y entorpecimientos que esto implica en cuanto a la aplicación de la normativa generan escenarios complejos que perpetúan la situación de desprotección a los NNA en esa condición.

Rol de la sociedad civil

La creciente preocupación acerca de la situación de fragilidad en la que se encuentran los NNA migrantes y refugiados, y la consecuente necesidad de protección, en particular en el ámbito de la salud, moviliza, entre otros, a la sociedad civil¹⁹. Múltiples organizaciones, conformadas tanto por conacionales como por grupos pertenecientes a comunidades extranjeras, han tomado un rol importante en cuanto a la promoción y defensa de derechos para personas migrantes y sus familias. Esto, a través del acompañamiento en el proceso de integración a instancias institucionales en los ámbitos de salud, educación y trabajo²⁰. Si bien el aporte de la sociedad civil ha sido importante en cuanto a la visibilización de problemáticas de poblaciones específicas en contextos locales, uno de los problemas observados es la insuficiente sistematización de las iniciativas. Lo anterior conlleva a dificultades en la evaluación del impacto de las intervenciones, así bien en la promoción y difusión de modelos de trabajo exitosos y consistentes en el tiempo. Además, ocurre que no necesariamente hay conexión o interrelación entre distintos emprendimientos y proyectos, lo que se traduce en ámbitos de acción aislados y, en ocasiones, restringidos (abordaje temático o territorial). En este contexto, se torna inminente la necesidad de generar diálogo y articulación entre las iniciativas de la sociedad civil, desde una perspectiva de cooperación e intercambio. Además, se hace relevante la vinculación de éstas con iniciativas estatales, organismos y programas.

Sensibilización y capacitación

Se torna crítico capacitar a los diversos actores vinculados a la salud y la salud mental, tanto profesionales como funcionarios, respecto a la

¹⁹ Un ejemplo, es la iniciativa RedMI - Chile (Red de Migración e Interculturalidad) compuesta por alrededor de 20 instituciones asociadas a las temáticas migratoria y de refugio, que intenta aunar los esfuerzos en torno a la defensa de los derechos de las personas migrantes y realizar seguimiento de compromisos e iniciativas suscritas por el Estado.

²⁰ La especificidad de estos acompañamientos comprende un amplio espectro de intervenciones que van desde asesoría legal, inserción laboral o micro emprendimiento, hasta seguimiento social, acompañamiento escolar, información acerca de derechos, ciudadanía y otros.

temática específica de la migración y el refugio, así como las dificultades que se presentan en la población infantil. Concretamente, no sólo es necesario tomar acciones de difusión y promoción de las normativas nacionales, sino también sensibilizar hacia una comprensión multidimensional, contextual e interdisciplinar, introduciendo así adecuaciones a las prácticas en relación a las necesidades particulares de esta población. En salud mental, se releva la pertinencia de realizar intervenciones psicosociales y en redes, que consideren las dimensiones psicológica, social, cultural, ambiental... pero también la ética, la legislativa y la política, vinculadas a la migración. En esta misma línea es pertinente la generación de protocolos específicos de intervención y derivación para pacientes NNA migrantes y refugiados, así como su difusión en el sistema público.

Desarrollo de investigación

Respecto a las características y necesidades de los NNA migrantes y refugiados, se reconocen los avances en las iniciativas diagnósticas realizadas en nuestro país. Sin embargo, aún se hace necesario realizar estudios que amplíen la comprensión del fenómeno de la migración a nivel regional y sus implicancias en la salud y la salud mental, integrando análisis multidimensionales desde un anclaje contextual.

Uno de los desafíos pendientes es incentivar la investigación de buena calidad, a través de estudios diagnósticos epidemiológicos y de necesidades sanitarias de infancia migrante y refugiada con criterios metodológicos que permitan análisis comparativos entre regiones y con población nacional. Específicamente en salud mental, y de acuerdo a los lineamientos planteados por la OMS (2001), las investigaciones deberían llevarse a cabo desde una perspectiva internacional, para acceder a las variaciones entre comunidades y entender mejor los factores que intervienen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. A modo de ejemplo de líneas de investigación, sería interesante realizar estudios longitudinales de seguimiento de NNA en su país de origen y luego en país de destino, para aislar la variable “migración” y su impacto específico respecto a la salud mental. Así bien, identificar la existencia de trastornos previos al proyecto migratorio.

CONCLUSIONES

La temática de la infancia en población migrante y refugiada se está constituyendo como una preocupación creciente en nuestro país, siendo el ámbito de la salud uno de los más sensibles. El reconocimiento de la situación actual de avance en las iniciativas para normar y asegurar la incorporación de los NNA migrantes y refugiados al sistema de salud pública confronta

a la institucionalidad en salud a integrar la legislación vigente, a través de marcos inclusivos que en la actualidad son aún incipientes. Asimismo, releva las características específicas de esta población que merecen ser observadas con detenimiento desde múltiples perspectivas disciplinares.

Concretamente, en la reflexión acerca de las problemáticas en salud y salud mental de los NNA migrantes y refugiados y sus familias emergen nociones que se encuentran a la base en el debate migratorio y que se manifiestan en oposición, tales como: igualdad vs. diferencia, no discriminación vs. discriminación, generalidad vs. especificidad, *nosotros* vs. *los otros*... Para liberar la lógica dicotómica en cuestión, se hace necesaria la apertura de un espacio reflexivo multidimensional contextual, en donde la contradicción se diluye en favor de diálogos con mayor potencial comprensivo y creativo.

En salud y salud mental, el análisis multidimensional y el ejercicio contextual implican, entre otros, la consideración de escenarios nacionales e internacionales; el marco legislativo en salud de nuestro país; el desarrollo progresivo del sistema de salud nacional; así bien, la perspectiva cultural (intercultural y transcultural) y las particularidades de esta población infantil a nivel individual, familiar, comunitario y social. Este ejercicio requiere necesariamente de la incorporación de ámbitos de acción interdisciplinar e intersectorial hacia lógicas integradoras, dada la complejidad del escenario migratorio regional y su actual manifestación.

BIBLIOGRAFÍA

- AGAR, L. (2007). “Niños inmigrantes: políticas públicas en salud”, en *Niños y niñas migrantes: Políticas públicas, integración e interculturalidad*. Santiago, Chile: Editorial Colectivo Sin Fronteras, pp. 71-85.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition-Text Revision (DSMIV-TR).
- CASAS, L.; ESPEJO, N.; FEDDERSEN, M. y QUESILLE, A. (2009). *Manual sobre justicia-bilidad de derechos sociales para jueces de Iberoamérica*. Red Iberoamericana de Jueces, OXAFAM-Chile, Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
- CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (2008). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (DESC). *Observación general N° 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, E.C./12/2000/4, 11 de agosto de 2000.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE, CEPAL (2010). “Resumen del estudio sobre marcos institucionales, normativos y de políticas sobre

- migración internacional en la Argentina, Chile y el Ecuador”, Seminario Taller sobre el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales para la Gestión de la Migración Internacional, documento de referencia, pp. 8-13.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE (1980). www.camara.cl, consultado en octubre 2001.
- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (1990). Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.
- CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL MINISTERIO DEL INTERIOR Y EL MINISTERIO DE SALUD (2007). Ministerio del Interior, Gobierno de Chile.
- CORPORACIÓN COLECTIVO SIN FRONTERAS, ANA CORTEZ, DIRECTORA EJECUTIVA Y CARLOS MUÑOZ, DIRECTOR DE RELACIONES INSTITUCIONALES. Entrevista conjunta realizada en octubre de 2011.
- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (1948), proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- DEMOSCÓPICA (2009). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la Zona Norte de la Región Metropolitana*. Santiago: Demoscópica S.A., Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- INSTRUCTIVO PRESIDENCIAL SOBRE POLÍTICA MIGRATORIA (Santiago, 02 de septiembre, 2008). Emitido por la Presidenta de la República Michelle Bachelet Jeria, Gobierno de Chile.
- LEY Nº 18.469 REGULA EL EJERCICIO DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y CREA UN RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD (14 noviembre de 1985). Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- LEY Nº 20.430 ESTABLECE DISPOSICIONES SOBRE PROTECCIÓN DE REFUGIADOS (15 de abril de 2010). Subsecretaría del Interior, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Publicación Diario Oficial de la República de Chile, Primer Cuerpo, pp. 8-10, Nº 39.636.
- MASSOU, I. Intérprete Programa de Reasentamiento Palestino “Chile País de Acogida”, 2008-2010, ACNUR/Vicaría de la Pastoral Social. Entrevista realizada en octubre de 2011.
- NEUMANN, E. (2004). Infancia, Migración y Derecho a la salud, en *Niños y Niñas Migrantes en Chile: Derechos y Realidades*. Santiago, Chile: Editorial Colectivo Sin Fronteras - Fundación ANIDE, pp. 113-117.
- NÚÑEZ, L. (2010). Migrantes urbanos y los lenguajes del malestar. En Agar Corbinos, L. (coord.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 159-177.
- OFICIO CIRCULAR Nº 6232 (mayo, 2003). Ministerio del Interior, Departamento de Extranjería y Migración, Gobierno de Chile. Documento dirigido al Intendente de la Región Metropolitana y a los Gobernadores Provinciales.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS/OMS (2011). *La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHI/11/HA/01. Santiago, Chile.

- ORDINARIO N° 2.284 (2007). Departamento de Emergencia y Desastre, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile. Documento dirigido a Directores de Servicios de Salud.
- ORDINARIO N° 3.229 (2008). Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Documento dirigido a Directores de Servicios de Salud y Secretarios Ministeriales de Salud.
- ORDINARIO N° 2.551 (2009). Grupo SIR-MINSAL perteneciente al Departamento de Estudios del Gabinete Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza.
- PAVEZ, I. (2011). *Migración infantil: rupturas generacionales y de género. Las niñas peruanas en Barcelona y Santiago de Chile*. Tesis para optar al grado de Doctora en Sociología, Facultat de Ciències Politiques i Sociologia, Departament de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- PÉREZ, A.; PAIEWONSKY, D. y GARCÍA, M. (2008). *Cruzando Fronteras: migración y desarrollo desde una perspectiva de género*. Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW) e Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad) del Gobierno de España pp. 98-104.
- PÉREZ, A. (2010). *Cadenas Globales de cuidado: ¿Qué derechos para un régimen global de cuidados justo?* Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (UN-INSTRAW) pp. 1-10.
- RIVAS, H. (2010). "Migración y Salud: una aproximación desde el ámbito legal". En Agar Corbinos, L. (coord.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 65-86.
- ROJAS, I., Enfermera, Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Entrevista realizada en noviembre de 2011.
- ROJAS, G.; CASTRO, A. y FRITSCH, R. (2010). Salud mental de los inmigrantes en la comuna de Independencia, R.M. de Santiago, Chile: el caso del consultorio Dr. Agustín Cuz Melo. En Agar Corbinos, L. (coord.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 115-129.
- STEFONI, C.; ACOSTA, E.; GAYMER, M.; CASAS-CORDERO, F. (2010). *El derecho a la educación de los niños y niñas inmigrantes en Chile*, Instituto de Derechos Humanos Universidad de Deusto, Bilbao.
- STEFONI, C.; BECERRA, M. y GAYMER, M. (2008). *Evaluación Primera Etapa del Programa de Reasentamiento a Refugiados Palestinos*, Departamento de Extranjería del Ministerio del Interior /ACNUR Chile / Vicaría de la Pastoral Social.
- VÁSQUEZ-DE KARTZOW, R. (2010). Nuevos actores de la epidemiología en tiempos de globalización. En Agar Corbinos, L. (coord.), *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*, Editorial Biplano, OIM/OPS/MINSAL, Santiago, pp. 25-36.