

SALUD EN FRONTERAS: RETOS Y OPORTUNIDADES EN SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS EN MIGRANTES DE LA REGIÓN ANDINA EN LATINOAMÉRICA

EL CASO DE LA FRONTERA CHILE-PERÚ-BOLIVIA

Reporte de resultados de estudio

Autoras:

Báltica Cabieses, PhD Centro de Salud Global Intercultural CeSGI ICIM UDD

Teresita Rocha, PhD Centro de Investigación en Sociedad y Salud (CISS) UMayor

MAYO 2023

@Mayo 2023

Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI)

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, ICIM

Universidad del Desarrollo

Equipo de investigación nodo frontera Chile-Perú-Bolivia:

Prof. Báltica Cabieses, PhD UDD

Teresita Rocha Jiménez, PhD, UMayor, Núcleo Milenio en SocioMedicina

Carla Olivari, UMayor

Investigador principal del estudio a nivel regional:

Prof. Michael Knipper, PhD

Financiamiento:

Fundación de Investigación Alemana (Deutsche Forschungsgemeinschaft).

Con el apoyo de:

- FONDECYT Regular 1201461
- FONDECYT de Iniciación 11200486
- ANID - MILENIO - NCS2021_013

Agradecimientos:

A cada uno/a/e de los participantes de estudio.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 La migración internacional como determinante social de la salud (DSS)	6
1.2 Migración internacional, pandemia y vulnerabilidad social	7
1.3. Chile hoy: crisis social, sociosanitaria y migratoria	9
1.4. Contexto de COVID-19 en Chile	11
1.5 Descripción de datos oficiales ministeriales	14
2. LA FRONTERA NORTE CHILE-PERÚ-BOLIVIA	17
2.1. Contexto pre-pandemia: dinámicas migratorias en Sudamérica	17
2.2 Chile como nuevo país receptor de migrantes	18
2.3. Cierre de fronteras e inicio de la crisis migratoria en Chile	20
2.4. Esfuerzos de mitigación de la crisis migratoria	23
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Contexto del estudio general	26
3.2. El enfoque de derechos humanos en esta investigación	28
3.3. Metodología aplicada en la frontera norte Chile-Perú-Bolivia	29
3.4 Análisis de la información de las dos fases y rigor científico	33
3.5. Aspectos éticos	34
4.RESULTADOS	35
4.1 RESULTADOS I: PRINCIPIOS DE DDHH	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1 Deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales	35
4.1.1.1 Educación y salud, especialmente para niños, niñas y adolescentes migrantes.	36
4.1.1.2 Regularización migratoria.	36
4.1.1.3. Acceso efectivo y sin discriminación a migrantes.	36
4.1.1. 5. Falta de cumplimiento de tratados internacionales de DDHH de migrantes en Chile, incluyendo personas que buscan refugio y asilo.	37
4.1.2 Derecho a la nacionalidad	38
4.1.3 Derecho a la transferencia de ahorros, ingresos, bienes	38
4.1.4 Derecho a reunificación familiar y protección de la unidad de la familia	38
4.1.5 Prohibición de expulsión e informar causales de las medidas	41
5. RESULTADOS II: MANIFESTACIONES DE LOS DDHH	44

5.1. Manifestaciones cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales	44
5.2. Manifestaciones no cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales	46
6. RESULTADOS III ELEMENTOS CENTRALES DEL DERECHO A LA SALUD SEGÚN ONU 2000: AAAQ	51
6.1 Accesibilidad-barreras A	51
6.2 Aceptabilidad trato A	55
6.3 Calidad Q	56
6.4 Continuidad del cuidado intra nacional y transnacional	57
6.5 Disponibilidad A	58
7. RESULTADOS IV: LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	63
7.1 Aspectos generales de Determinantes e Inequidades Sociales	63
7.2 Barrio y Convivencia	65
7.3 Educación	68
7.4 Estatus Migratorio irregularidad vs. Regularidad	69
7.5 Redes sociales y capital social	72
7.6 Vivienda	73
8. RESULTADOS V: POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTRUMENTOS LEGALES	77
8.1. Contexto general del derecho a la salud en Chile	77
8.2. Derecho a la salud en migrantes internacionales en Chile	78
8.3 La respuesta sanitaria en migrantes en tiempos de pandemia	82
9. RESULTADOS VI: COOPERACIÓN Y SOLIDARIDAD INTERNACIONAL EN LA REGIÓN	89
9.1 Recomendaciones de mejora y buenas prácticas	89
9.2 Coordinación entre sectores de cada país	89
9.3 Enfoque regional y transnacional de las recomendaciones	91
9.4 Temas de presupuesto financiero	92
10. RESULTADOS VII: OTRAS DIMENSIONES ANALITICAS RELACIONADAS CON EL PRINCIPIO DE EQUIDAD	94

10.1. Interculturalidad	94
10.1.1 Percepciones generales sobre interculturalidad	94
10.1.2 Aceptación y reconocimiento vs. Rechazo y discriminación	96
10.1.3 Construcción vs. Dominación e imposición	97
10.1.4 Convivencia desde su diversidad en un contexto compartido	97
10.1.5 Valoración vs. marginación y exclusión	98
10.2 Enfoque de género y diferenciales, interseccionalidad	100
10.2.1 Dimensión de mujer, cuidado y crianza	100
10.2.2 Diversidades de género	101
11. RESULTADOS VIII: INTERSECCIONALIDADES Y CORRELACIONES ENTRE DIMENSIONES	
103	
12. RESULTADOS DE OBSERVACIONES ETNOGRÁFICAS	105
13. CONCLUSIONES	109
14. REFERENCIAS	112

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La migración internacional como determinante social de la salud (DSS)

De acuerdo a la Naciones Unidas, el número de migrantes pasó de 71 millones en 1960 a 243 en 2021 (1). Es decir, mientras la población global aumentó 2,7 veces en seis décadas, la tasa de aumento de la migración es de 3,4. En Chile, para el mismo período la población inmigrante creció en 14,14 veces, desde 104.805 a 1.482.390, mientras que la población total ha aumentado solo 2,4 veces. Esta aceleración en el tamaño de la población migrante impacta diversas dimensiones del funcionamiento de las sociedades, entre ellas la salud y especialmente en contextos de crisis sanitarias, como la vivida durante la pandemia COVID-19.

La migración humana y su relación con la salud es un fenómeno multidimensional y objeto de estudio de diferentes disciplinas. Desde la ecología humana, la migración implica la modificación del nicho ecológico, lo que se traduce en nuevas interacciones con patógenos, la modificación de las condiciones abióticas (físicas y químicas), y la transformación de los recursos disponibles, especialmente los alimentarios. Por otra parte, la migración se relaciona con diferentes factores bioculturales que, a su vez, pueden interferir en la salud de las personas, como son el mestizaje o la ausencia de este, la generación de barreras identitarias –cuyo reflejo más extremo es el racismo–, y las transformaciones culturales en torno a la alimentación y la salud, por mencionar algunos (2). Por otra parte, los factores socioculturales, así como el contexto político y social se expresan en sistemas normativos y de funcionamiento institucional que responden, de manera diversa en cada sociedad, a los desafíos que impone la diada migración y salud. La pandemia COVID-19 es un ejemplo de lo anterior, implicando nuevos desafíos al sistema de políticas públicas de salud y migración en Chile.

La migración como un determinante social de la salud fue propuesta por diversos autores desde finales de la década del 2000 (3, 4, 5) y desde entonces ha servido como un marco teórico sobre cual se ha realizado numerosas investigaciones y propuestas de políticas públicas en salud. La desigualdad social determina riesgos diferenciales en diferentes ámbitos de la vida en sociedad y, por lo tanto, influencia de manera directa e indirecta en la distribución de las enfermedades y sus factores de riesgo en todas las poblaciones (6, 7). Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como “las condiciones con las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan

y envejecen, y que conforman su nivel de poder, ingresos y otros determinantes de la vida” (8, 9, 10, 11, 12).

La inclusión de la migración como un determinante social de la salud, fue precedida de una larga discusión desde enfoques críticos de la salud pública, para así analizar la relación causal entre salud y desigualdad social desde diversas disciplinas y enfoques, tales como la epidemiología social, la perspectiva eco social, la eco epidemiología, y el entorno de riesgo, poniendo énfasis en diferentes elementos de la estratificación social y de las disparidades sanitarias. Muchos de los conceptos y enfoques surgidos en la discusión sobre los determinantes sociales de la salud son útiles para el análisis de la causalidad de las enfermedades en las poblaciones inmigrantes, que se caracterizan por su alta vulnerabilidad, y también para orientar las intervenciones (13). Por su parte, la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas del 2010 y ratificada por Chile, apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial, promoviendo que el Ministerio de Salud colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante.

1.2 Migración internacional, pandemia y vulnerabilidad social

Durante la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 se aplicaron diversas medidas para controlar el movimiento de los individuos: la cuarentena, cierre de fronteras y restricciones en el transporte redujeron la movilidad de las personas, mientras que la repatriación, la evacuación, y retorno a los hogares, la aumentaron (14). Sin duda, estas medidas no afectaron de manera homogénea a las poblaciones, existiendo diversos estratos que resultaron más vulnerables debido a estas medidas sanitarias y, entre tales estratos, se encuentran los migrantes (15, 16).

En Chile, según la encuesta de caracterización socioeconómica nacional, Casen 2020, un 75% de la población inmigrante estaba adscrita a Fonasa, un 12% Isapre, 1% en otros sistemas de salud, mientras que el 11% no presenta ningún tipo de cobertura en salud. Estas cifras, en población local, fueron de 78%, 16%, 3% y 4%, respectivamente (según fuentes oficiales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Si bien la proporción de inmigrantes sin cobertura de salud en inmigrantes triplicaba a la población local, esta disminuyó en relación al

año 2017, cuando alcanzaba el 16%. Este factor es señalado como uno de los principales determinantes de la vulnerabilidad de este grupo frente a la pandemia, tales como recientes reportes del Servicio Jesuita a Migrantes y de académicos del país (17, 18).

En una investigación realizada por el Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos, se verificó que el COVID-19 afectó proporcionalmente más a los inmigrantes en situación administrativa migratoria irregular (19). Si bien en dicho reporte se señala la falta de cobertura de salud como el factor más relevante de la vulnerabilidad en inmigrantes frente al COVID-19, el diseño del estudio no puso a prueba directamente dicha hipótesis. Hoy, existe una profusa literatura académica sobre este tópico, que alcanza varias decenas en las bases de datos bibliográficas Google Scholar y Pubmed, al usar las palabras clave "*COVID-19 Vulnerability by Immigration Status*".

Además de la vulnerabilidad al COVID-19 derivada de la menor cobertura de salud en población migrante, existirían otros factores sociales determinantes. En la revisión bibliográfica sistematizada por Matlin et al (2022), se señala: a) temor de que los datos personales se transmitan a las autoridades de inmigración, b) mayor riesgo de infección debido a su papel de "trabajadores esenciales", c) mayor riesgo de infección debido a roles laborales de "primera línea", careciendo de equipos de protección, y d) exclusión de las medidas de protección social concedidas por los gobiernos. Similares conclusiones son aportadas en la revisión de (21), añadiendo las barreras culturales y lingüísticas, y la mayor prevalencia de algunas patologías de base, para ciertos grupos de inmigrantes.

Por otra parte, se ha indicado que los inmigrantes no solo serían más vulnerables socialmente al riesgo de contagio de la infección por COVID-19, como se ha señalado antes, sino que además la situación de vulnerabilidad social en general se incrementaría como consecuencia de las medidas frente a la pandemia. El cierre de numerosas fuentes de trabajo, las medidas de control del comercio informal, las restricciones de movilidad tanto dentro de los países como entre los países, serían ejemplos concretos de lo anterior (22). Para Chile, este fenómeno ha sido estudiado y descrito en diferentes informes, pero especialmente el quinto informe del Servicio de Jesuitas a Inmigrantes (23), en donde se detalla las vulnerabilidades sociales

identificadas en la población migrante venezolana en el norte de Chile en el contexto del COVID-19.

Finalmente, Molenaar y Van Praag (2022) (24) realizaron un análisis crítico del concepto de “vulnerabilidad” aplicado a migrantes en el contexto de la pandemia, sosteniendo que sería un descriptor con una aplicabilidad asumida a priori, mientras que los factores que impulsan la supuesta vulnerabilidad, como la pobreza, el riesgo sanitario, las barreras comunicacionales y la discriminación, son tratados como dimensiones inmutables y con escasa atención a la heterogeneidad de la población migrante y a la opinión de los mismos. Los autores proponen “pensar en la vulnerabilidad como el resultado dinámico de un proceso de vulnerabilización configurado por el orden social y las relaciones de poder”. Otros autores han señalado que la vulnerabilidad, debido a la exclusión de protección social, afecta heterogéneamente obedeciendo a al estatus migrante (25). Esta discusión de desigualdades e inequidades históricas, estructurales, persistentes e interseccionales se ha desarrollado también en Chile.

1.3. Chile hoy: crisis social, sociosanitaria y migratoria

Debido a las protestas iniciadas el 18 de octubre del 2019 en Chile, se decretó Estado de Sitio durante una semana, luego de 31 años desde la última vez que se aplicó esta medida, durante la Dictadura Militar. Cinco meses después, y mientras aún se vivía el clima de agitación social, la OMS decretó la pandemia COVID-19, y el Gobierno volvió a implementar esta medida; esta vez por más de un año, desde marzo del 2020 a mayo del 2021. Paralelamente, se desarrolló otra crisis, conocida como “la crisis migratoria del norte de Chile”, que se inició el 2020 pero que se intensificó durante el año 2022. Aquí, los inmigrantes venezolanos en Chile aumentaron de 8000 personas en 2012 a 500.000 en 2020, convirtiéndose en el mayor grupo de extranjeros residentes en Chile (23).

Si se considera el saldo migratorio, es decir, la cantidad de personas extranjeras que ingresan a Chile y permanecen en el país, este ha disminuido progresivamente los últimos años. Si tomamos como referencia a la población venezolana, el saldo migratorio para los años comprendidos entre 2018, 2019, 2020 y 2021 fue de 188.939, 12.5342, -4.200 y -29.880 personas, respectivamente (18). Es decir, en los últimos dos años han salido más personas de

nacionalidad venezolana en relación a las que han ingresado al país. Similar tendencia se observa para el flujo migratorio desde Haití, Colombia, Perú y Bolivia. No obstante, el ingreso irregular ha aumentado notoriamente. Para el caso de Venezuela, el número de ingresos irregulares fue de 101 el 2018, 3.333 el 2019, 16.848 el 2020 y 56.586 el 2021.

Los datos anteriormente expuestos son el reflejo de algunas las medidas administrativas, tomadas por el Estado Chileno, para hacer frente a la pandemia. Por una parte, el cierre de fronteras, junto con la notoria reducción del reconocimiento de refugiados, ha provocado una disminución del flujo migratorio regular y el incremento explosivo de inmigración irregular, especialmente por pasos fronterizos no habilitados en el Norte del país. Lo anterior, con las consecuencias evidentes de aumento de la vulnerabilidad migrante al tener que cruzar parte del Desierto de Atacama, con riesgos asociados a mercados ilícitos para ingresar a Chile, que se intensificaron durante la situación de pandemia (15, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31).

En consideración de todo lo anterior, se desarrolló un estudio regional en diversas fronteras de la subregión andina de América Latina, Colombia, Ecuador, Perú y Chile, con el objetivo de sistematizar las experiencias migratorias en espacios fronterizos en tiempo de pandemia por SARS-CoV-2 en estos territorios, con foco en la aplicación efectiva del enfoque de Derechos Humanos este contexto particular. Este reporte da cuenta de los resultados del levantamiento primario de información de la frontera norte Chile-Perú Bolivia, una de las fronteras incluidas en este estudio regional.

1.4. Contexto de COVID-19 en Chile

En Chile la vigilancia de enfermedades transmisibles se fundamenta en el Código Sanitario, aprobado por el D.F.L. N° 725 de 1968 del y en el Decreto 7 del 12 de marzo del 2019 del Ministerio de Salud sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia. De acuerdo con éste, la enfermedad por COVID-19 es de notificación obligatoria por ser una enfermedad inusitada o imprevista y de origen infeccioso, por lo que todo caso sospechoso debe ser notificado de manera inmediata por el médico tratante. Para dicha vigilancia, la autoridad sanitaria ha establecido como fuentes oficiales de información las siguientes:

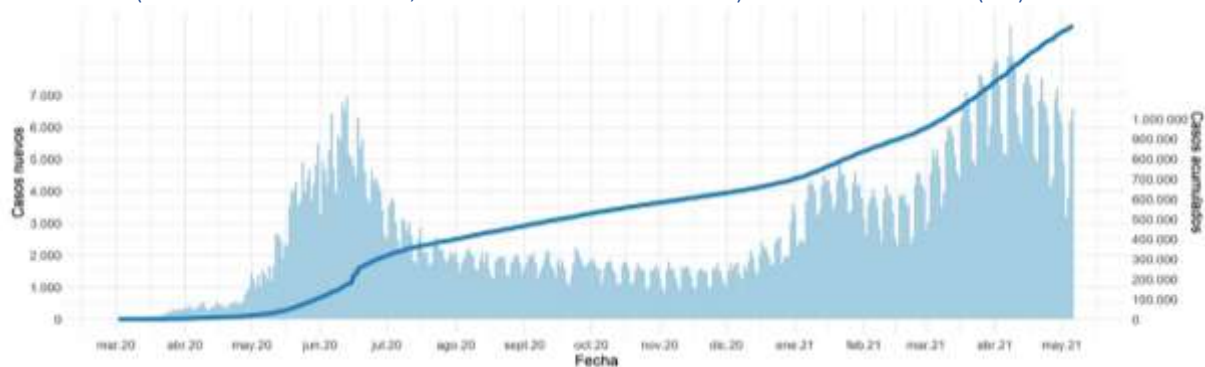
- Resultado de muestras de laboratorio.
- Sistema de vigilancia epidemiológica EPIVIGILA del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).
- Investigación epidemiológica realizada por las unidades de Epidemiología de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud del país.
- Registro de estadísticas vitales del Registro Civil e Identificación.
- Registro de defunciones del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL.
- Base de datos de la unidad de gestión de camas críticas (UGCC) de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) del MINSAL.
- Proyección de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2020 en base a Censo 2017.

En Chile hasta el 06 de mayo 2021 habían ocurrido 1.464.992 casos de COVID-19 con y sin confirmación de laboratorio (1.235.779 y 229.213, respectivamente), con una tasa de incidencia acumulada de 7.528,9 por 100.000 habitantes (32). Las mayores tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes, según casos confirmados por laboratorio, se encuentran en la región de Magallanes (16.114,4), Región de Tarapacá (11.002,1) y Región de Los Ríos (9.488,6). Del total de casos notificados en la plataforma EPIVIGILA, la mediana de edad es de 38 años, donde el 7,7% correspondieron a menores de 15 años, el 25,97% a personas de 15- 29 años, el 29,07% a

personas de 30-44 años, el 27,61% a personas de 45-64 años, mientras que el 9,65% restante a adultos de 65 y más años.

La Figura 1 presenta la curva epidémica de casos de COVID-19 con y sin confirmación de laboratorio, según fecha de confirmación de laboratorio (casos confirmados) o notificación (casos probables). Tal y como se indicó, del total de 1.464.992 casos acumulados (confirmados y probables) al 06 de mayo, 6.574 eran casos nuevos en las últimas 24 horas, de los cuales 4.554 corresponden a casos sintomáticos, 1.709 asintomáticos y 311 casos confirmados reportados por laboratorio. El total de casos probables acumulados hasta esa fecha era de 229.213 y el total de casos confirmados no notificados con PCR (+) para SARS-CoV-2 era de 15.179.

Figura 1. Curva de casos nuevos y acumulados de COVID-19 en el tiempo. Chile al 06 de mayo del 2021 (barras=casos nuevos; línea=casos acumulados). Fuente: MINSAL (32).



Datos provisorios al 06-05-2021

La serie de datos corresponde al Producto 62 descargable desde <https://github.com/MinCiencia/Datos-COVID19/tree/master/output/producto62>

Fuente: Ministerio de Salud

La Tabla 1 describe la cantidad de casos y tasa de incidencia de COVID-19 según región de residencia del país a lo largo del territorio nacional, a partir del total de los casos de COVID-19 acumulados (confirmados y probables). Respecto de la distribución etaria de los casos de COVID-19 en Chile, la Figura 2 la describe. Se puede observar que la mayor proporción de casos, tanto en hombres como en mujeres, se observa en los grupos etarios de 30 a 34 años (n=86.479 en total, representando el 12% de los casos) y de 25 a 29 años (n=86.057 en total, representando 11.9% de los casos) (32).

Tabla 1. Número de casos y tasa de incidencia de casos de COVID-19 según región de residencia de Chile, al 06 de mayo del 2021. Fuente: MINSAL (32).

Zona de Chile	Población	Número de Casos Acumulados	Tasa incidencia acumulada	Número de Casos Activos	Tasa de Casos Activos
Región de Arica y Parinacota	252.110	23.256	9224,5	848	336,4
Región de Tarapacá	382.773	41.819	10925,3	1.177	307,5
Región de Antofagasta	691.854	53.761	7770,6	1.114	161,0
Región de Atacama	314.709	19.751	6276,0	884	280,9
Región de Coquimbo	836.096	39.248	4694,2	1.328	158,8
Región de Valparaíso	1.960.170	123.925	6322,2	4.254	217,0
Región Metropolitana de Santiago	8.125.072	605.924	7457,5	19.940	245,4
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	991.063	60.836	6138,5	2.291	231,2
Región del Maule	1.131.939	80.751	7133,9	3.827	338,1
Región del Ñuble	511.551	35.028	6847,4	1.163	227,3
Región del Biobío	1.663.696	143.853	8646,6	4.167	250,5
Región de la Araucanía	1.014.343	82.126	8096,5	3.490	344,1
Región de Los Ríos	405.835	38.792	9558,6	1.337	329,4
Región de Los Lagos	891.440	81.440	9135,8	1.914	214,7
Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	107.297	5.502	5127,8	343	319,7
Región de Magallanes y la Antártica Chilena	178.362	28.924	16216,5	878	492,3
Desconocido	-	55	-	0	-
Total país	19.458.310	1.464.991	7528,9	48.955	251,6

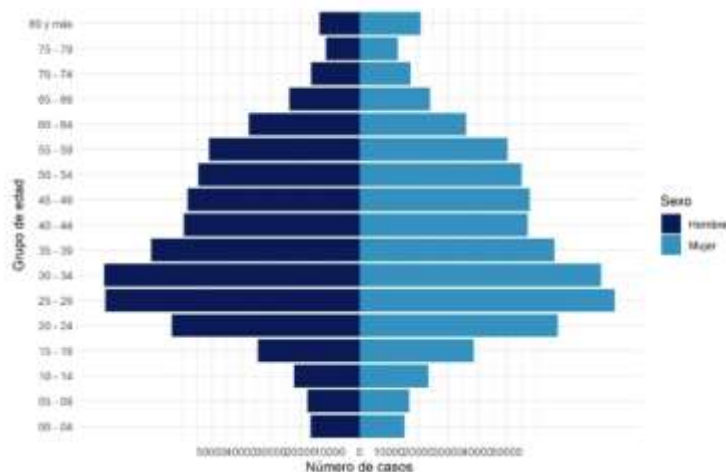
Datos provisorios al 06-05-2021

*Un caso con región de residencia desconocida no cuenta con fecha de inicio de síntomas, notificación o toma de muestra. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes.

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILA, Dpto. de Epidemiología, DIPLAS-MINSAL

Con todo, Chile representa el país nº 23 de la lista en el mundo, tal y como lo registra el Centro de Recursos para Coronavirus de la Universidad John Hopkins (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>) en la cual, para el día 06 de mayo del 2021 se registraban n= 1.228.748 casos. Los 10 países con más casos son los siguientes: (i) Estados Unidos (n= 32.606.945 personas), (ii) India (n= 21.491.597 personas), (iii) Brasil (n= 15.003.563 personas), (iv) Francia (n= 5.789.839 personas), (v) Turquía (n= 4.977.974 personas), (vi) Rusia (n= 4.809.210 personas), (vii) Reino Unido (n= 4.444.263 personas), (viii) Italia (n= 4.082.198 personas), (ix) España (n= 3.559.222 personas), (x) Alemania (n= 3.507.968 personas).

Figura 2. Distribución del número de casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) según grupo de edad y sexo. Chile, al 06 de mayo del 2021. Fuente: MINSAL (32).



Datos provisorios al 06-05-2021

588 casos se excluyen del análisis por falta de información de sexo, edad y fecha de nacimiento

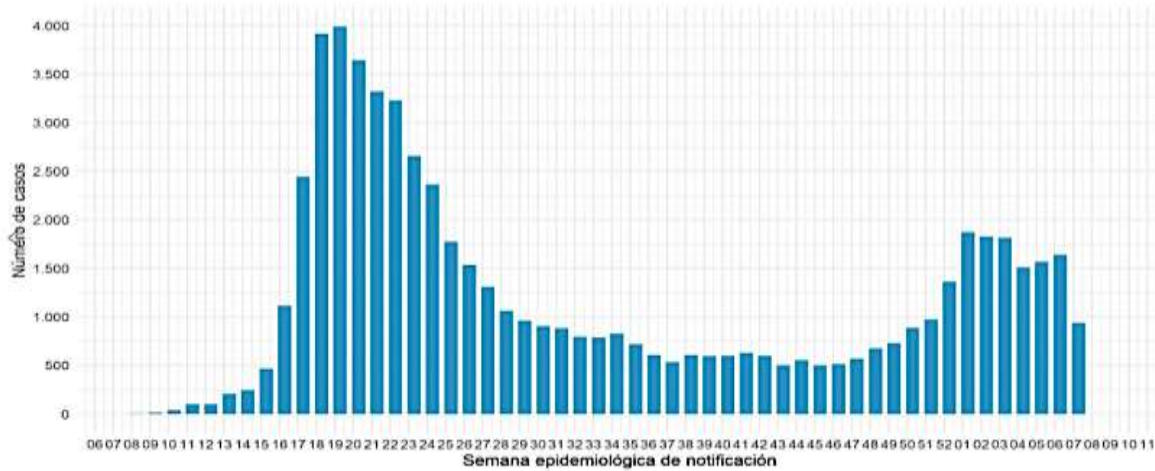
La serie de datos corresponde al Producto 16 descargable desde <https://github.com/MinCiencia/Datos-COVID19/tree/master/output/producto16>

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILA, Dpto. de Epidemiología, DIPLAS-MINSAL.

1.5 Descripción de datos oficiales ministeriales

Hasta el 21 de febrero del año 2021 (semana epidemiológica, SE, número 7 del 2021), del total de casos confirmados ($n=917.444$) el 6,7% ($n= 61.826$) de los casos, correspondieron a personas migrantes internacionales (personas con pasaporte extranjero). El máximo de casos para esta población se observó durante la semana epidemiológica (SE) No. 20 ($n=3.974$), con una segunda alza registrada en la SE 1 del 2021 (Figura 3). Todas las regiones del país presentaron casos en personas migrantes, siendo aquellas con mayor proporción con relación al total de casos reportados localmente Tarapacá (17,8%; 5.175/29.021), Antofagasta (15,7%; 5.116/38.802) y Metropolitana (9,3%; 38.148/409.760) (Tabla 2) (33).

Figura 3. Número de casos de COVID-19 totales y en población migrante internacional según semana epidemiológica por fecha de inicio de síntomas-Chile, hasta SE 7, año 2021*. Fuente: MINSAL (33).



*Datos provisorios desde el 28 de febrero 2020, (SE) 9, hasta el 21 de febrero, (SE) 7, del año 2021.

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILA, Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud.

La mediana de edad de los casos en personas migrantes fue de 33 años (RIQ= 27-42 años; rango mínimo 0 días y rango máximo 96 años) con 32.376 (52,4%) hombres y 26.105 (47,5%) mujeres. Según previsión de salud, se reportó un 73,9% (43.498/58.795) de personas migrantes adscritas a FONASA. Los casos con registro del nivel de instrucción (n=12.903) en su mayoría reportaron nivel educacional medio (45,1%; 5.827/12.903), seguido del nivel universitario con un 20,3% y un 10,7% no responde. Un 65,5% (40.548/61.826) reportó al menos una comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA (6,8%; 2.785/40.548). Del total de mujeres entre 1.528 son gestantes (33). Respecto a la presentación clínica, signos y síntomas más frecuentes fueron cefalea, mialgia y tos. Se identificaron 95 países de origen, principalmente de la región de las Américas (98,6%; 60.962/61.826), además de casos con país de origen en Europa (0,34%; 209/61.826) y Asia (0,27%; 169/61.826). En los casos de América, el 62,31% correspondieron a casos de nacionalidad venezolana y peruana (38,25% y 24,06% respectivamente). Según gravedad, un 9,8% (2.948/29.958) de los casos COVID-19 en personas migrantes se hospitalizaron. A la fecha de este informe (21 de febrero del 2021), se habían notificado 306 fallecidos, principalmente en las regiones Metropolitana (n=224), Tarapacá (n=28) y Antofagasta (n=26). La mediana de edad fue de 56 años (RIQ=45-67 años; rango 0-96 años) y 201 fallecidos eran de sexo masculino (33).

Tabla 2. Número de casos de COVID-19 totales y en población migrante internacional según región de residencia-Chile, desde SE 9 (2020) hasta SE 7, año 2021*. Fuente: MINSAL (33).

Region	Total Casos	Migrante
	n	n(%)
Arica y		
Parinacota	15.144	1.158(7,6)
Tarapacá	29.012	5.175(17,8)
Antofagasta	38.802	6.094(15,7)
Atacama	11.819	733(6,2)
Coquimbo	22.861	942(4,1)
Valparaíso	67.623	2.757(4,1)
Metropolitana	409.760	38148(9,3)
O'Higgins	35.346	1.234(3,5)
Maule	42.847	1.380(3,2)
Ñuble	21.221	219(1,0)
Biobío	80.732	1.131(1,4)
Araucanía	39.970	529(1,3)
Los Ríos	19.109	233(1,2)
Los Lagos	56.175	1.185(2,1)
Aysén	3.505	69(2,0)
Magallanes	23.518	839(3,6)
Total, País	917.444	6.1826(6,7)

*Datos provisorios desde el 28 de febrero 2020, (SE) 9, hasta el 21 de febrero, (SE) 7, del año 2021. **Total: incluye casos con nacionalidad chilena y otra nacionalidad.

Fuente: Sistema de notificación EPIVIGILA, Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud.

2. LA FRONTERA NORTE CHILE-PERÚ-BOLIVIA

2.1. Contexto pre-pandemia: dinámicas migratorias en Sudamérica

Los patrones globales de migración están cambiando drásticamente. Durante la mayor parte de los últimos 300 años, los países europeos fueron los principales emisores de emigrantes hacia América y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda), pero en los últimos 50 años han recibido un número considerable de inmigrantes: de otros Estados europeos, de sus antiguas colonias y de Estados inestables del Mediterráneo. En Estados Unidos, Asia ha desplazado a México y otras partes de América Latina como principal fuente de nuevos inmigrantes. Asia también se ha convertido en el centro mundial de la migración, y los flujos migratorios "Sur-Sur" han alcanzado una magnitud sin precedentes (34). La India se ha convertido en la principal fuente mundial de migrantes internacionales (35), y los países asiáticos más pobres (Camboya, Indonesia, Filipinas, Bangladesh, Pakistán) están enviando millones de trabajadores a países asiáticos más ricos, como los Emiratos Árabes Unidos (EAU), Arabia Saudí, China (sobre todo Hong Kong y Macao), Corea del Sur, Singapur, Japón y Tailandia, mientras que los países de Asia Central envían trabajadores a Rusia.

Según Trimarchi y Gleim (36), a medida que la población del África subsahariana se convierta en la mayor reserva de jóvenes del mundo, mientras el crecimiento demográfico se ralentiza en todas las demás regiones y los países ricos envejecen, los africanos están llamados a constituir una parte cada vez mayor de los flujos migratorios mundiales. Además, aunque el cambio climático que impulsa a los refugiados no es algo nuevo, parece probable que el cambio climático global que se está produciendo en este siglo dé lugar a muchos más episodios de refugiados climáticos, que implicarán a decenas de millones o más, con implicaciones internacionales (37).

América del Sur ha pasado por diversas etapas migratorias desde finales del siglo XIX hasta la actualidad (38). Hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, el subcontinente atrajo una migración transatlántica que provocó impactos sociales y demográficos dentro de los países receptores. Lo que menos se destaca es que estos flujos coincidieron con movimientos migratorios transfronterizos que se iniciaron, en algunos casos, por demandas laborales

estacionales en el sector agrícola (39). Una vez que la migración transatlántica se detuvo durante las guerras mundiales la migración intrarregional cobró especial relevancia. Estos movimientos acabarían siendo el resultado de procesos de desarrollo económico regional desigual (40). A continuación, se inició una nueva etapa de emigración considerable hacia los países industrializados, comenzando por Estados Unidos (38, 41, 42) y siguiendo por España (43).

A lo largo de los últimos años serían tres los procesos que parecen haber dinamizado la migración intrarregional: 1) la intensificación de las barreras migratorias en los países del norte, particularmente para los migrantes indocumentados; 2) la crisis económica internacional y sus impactos en los sectores que generan oportunidades laborales para los migrantes en los países ricos; y 3) los cambios económicos, sociales y demográficos en varios países de la región, particularmente en lo que se refiere a los significativos avances en el desarrollo humano, la productividad y los mercados internacionales (44, 45). Los flujos migratorios dentro de la región de América del Sur parecen no solo aumentar, sino diversificarse con respecto a los lugares de origen, los destinos y los perfiles migratorios, compartiendo así rasgos comunes y específicos con otros flujos migratorios Sur-Sur, como los observados en la región del Pacífico asiático (46, 47, 48, 49). Estas nuevas tendencias están presentes en subsistemas migratorios anteriores, así como en la aparición de nuevos países de atracción.

2.2 Chile como nuevo país receptor de migrantes

El aumento de la inmigración internacional en Chile se relacionaría con tendencias globales. En este mismo esquema, América Latina muestra una intensificación de los flujos intrarregionales y, al mismo tiempo, una reducción de los flujos migratorios hacia otras regiones (50). Los flujos intrarregionales no son nuevos, sin embargo, es el aumento de su intensidad y la emergencia de algunos países como destinos migratorios lo que ha llamado la atención en el último periodo.

En este escenario regional, Chile se ha consolidado como un país receptor de migrantes. Así, la población nacida en el extranjero pasó de representar el 1,22 % de la población total en el Censo 2002 al 4,24 % en el Censo 2017 (51) y el 7,8 % por ciento al 31 de diciembre de 2019 (52), convirtiéndose en uno de los países de América Latina con mayor proporción de población

extranjera. Si bien para el Censo 2017 el grupo con mayor representación era el peruano, los grupos que han tenido mayor incremento en los últimos años son los venezolanos, colombianos y haitianos. Esto indica que la migración desde países fronterizos, si bien mantiene su flujo hacia Chile, pierde fuerza en relación a los flujos emergentes, especialmente desde Venezuela y Haití.

Las explicaciones sobre el aumento de la inmigración en Chile se relacionan con factores económicos, políticos y de seguridad de los países emisores y receptores (53). Así, el crecimiento y el grado de estabilidad económica de Chile -en comparación con otros países de la región- serían elementos atractivos que favorecerían su elección como destino (54). Sin embargo, se sabe que la disposición a migrar y el destino migratorio elegido no sólo se debe a los factores mencionados, sino que también se relaciona con conflictos políticos, la existencia de redes de migrantes, violencia o estrategias de unidad familiar, entre otros.

La crisis en Venezuela provocó la emigración de unos 3,4 millones de personas entre 2015 y 2018 (55). Aunque los venezolanos habían sido principalmente migrantes económicos, muchos cumplen con la condición de refugiados, siguiendo la definición de la Declaración de Cartagena (56). Las solicitudes de asilo aumentaron de menos de 4.000 en 2014 a 342.000 en 2018 (57). Los flujos migratorios desde Venezuela comprenden una de las mayores crisis de desplazamiento a nivel mundial, siendo Colombia el principal país de destino de los desplazados y solicitantes de asilo venezolanos (aproximadamente 1,17 millones), seguido de Chile (288.000), y Ecuador (262.000) (57). Sin embargo, los estados sudamericanos optan por no reconocer un estatus general de refugiado a los venezolanos, con la reciente excepción de Brasil (55).

Países como Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Bolivia y Ecuador han implementado políticas ad-hoc e impuesto visados para la población venezolana (55, 58). Mientras Colombia tiene un Permiso Especial de Permanencia para los venezolanos, aunque el país retrocedió, emitiendo Tarjetas de Movilidad Fronteriza (58), Perú ofrece un Permiso Temporal de Permanencia pero tiene un retraso en el procesamiento de las solicitudes. Ecuador, por su parte, implementó un requisito de visado para los venezolanos, iría contra de su propia Ley de Movilidad Humana de 2017 (59). A partir de de 2019, Ecuador otorga dos tipos de visados: uno temporal humanitario

para los venezolanos residentes y otro para los venezolanos que intentan migrar (55). Chile ofrece una medida ad-hoc, emitiendo una Visa de Responsabilidad Democrática.

Cuando el gobierno chileno creó la Visa de Responsabilidad Democrática, las personas podían solicitarla sólo en el consulado chileno en Puerto Ordaz o en Caracas, Venezuela. A partir del 24 de junio de 2019, los venezolanos pueden solicitarla en cualquier consulado chileno, en cualquier país, pero la solicitud requiere una verificación de antecedentes penales emitida por un ministerio venezolano, junto a otros requisitos (60). Si la visa es solicitada desde un tercer país deben, además, presentar un certificado de antecedentes penales de dicho país. Hacia fines de 2018 unos 94.000 venezolanos solicitaron tal visa: solo el 20% la obtuvo, y el 55% seguía en trámite; el 25% restante fue rechazado por no presentar certificado de antecedentes penales.

2.3. Cierre de fronteras e inicio de la crisis migratoria en Chile

El impacto de la pandemia en la vida de las personas migrantes en Chile fue importante y en general negativo. Hubo consecuencias socioeconómicas que afectaron a la mayoría de las personas, existiendo contextos de vulnerabilidad preexistentes, las que se vieron empeoradas (15, 27, 28, 29, 30, 31).

El estatus migratorio y la precariedad laboral, y otros factores de vulnerabilidad de la población migrante frente al Covid-19, muchas veces se interactúan, generando una cadena de consecuencias negativas y que tensionan las diversas formas de gobernanzas. Por ejemplo, una solicitud de visa retrasada por la pandemia muchas veces derivó en trabajos informales, lo que a su vez implica mayor precarización, exponerse a sanciones y mayor riesgo de contagio, lo que interactúa con otras situaciones, como la pérdida de redes de apoyo y la responsabilidad de cuidar a personas dependientes, intensificando la crisis de persona inmigrante y su entorno (15, 31). Por otra parte, las preocupaciones por el estatus migratorio, la fuente de ingresos y condiciones de vida, además de evitar el contagio y el encierro prolongado, fueron factores de deterioro de la salud mental, así como el encierro prolongado (27, 28, 29, 30, 61).

No obstante el aumento del deterioro de salud mental y física, la búsqueda de apoyo en salud física y mental, en instituciones formales, parece haber sido escasa (15, 27, 28, 29, 30, 31), a pesar de que el acceso a salud en Chile se abrió a todos los habitantes del país, independiente del estatus migratorio, desde 2015, como consta en la circular A15/06 del Ministerio de Salud (2015) y otros dispositivos normativos resumidos en (62). Al respecto, Obach et al (63, 64) propusieron estrategias para aumentar la adherencia a las medidas sanitarias frente al COVID-19 (65). En algunos casos, la pandemia abrió oportunidades y cambios positivos, reforzando la perspectiva de que las personas y comunidades migrantes internacionales constituyen grupos heterogéneos y dinámicos en Chile (15, 31), Latinoamérica (16) y a nivel global (24).

De acuerdo al estudio multi métodos realizado en Santiago de Chile por Cabieses et al (64) los relatos de las personas migrantes señalan varios aspectos de la vida cotidiana que se vieron afectados con la pandemia: 1) trayectoria migratoria, como resultado del status migratorio y a las medidas de cierre fronterizo, 2) condiciones de vida, trabajo y educación, como consecuencia de la pérdida de empleo, de ingresos y de oportunidades laborales, así como cambios en las condiciones de laborales, y disminución de la calidad de la educación de los hijos, 3) deterioro de la salud física y mental, 4) falta de redes de apoyo. De acuerdo a Cabieses et al (15), el 65% de los participantes venezolanos declaró no sentirse preparado para la pandemia, grupo constituido en gran medida por mujeres, personas con educación secundaria, haber llegado a Chile en el último año, estar desempleados y pertenecer al sistema de salud pública.

La situación de las personas venezolanas que intentaban ingresar a Chile por el paso fronterizo de Chacalluta llegó a su mayor grado de tensión entre los meses de junio y julio del 2019, probablemente debido a la exigencia, por el Gobierno de Chile, de la Visa Consular de Turismo para personas venezolanas desde el 22 de junio del año 2019 (66). Lo anterior provocó una aglomeración de 400 personas venezolanas varadas en el paso fronterizo de Chacalluta, sin posibilidad de movilizarse a otro lugar, ya sea dentro o fuera de Chile. Luego fueron trasladadas al Consulado de Chile en Tacna para que pudieran solicitar la visa consular de turismo o la visa de responsabilidad democrática. Según el Servicio Jesuita a Migrantes (23), hasta el 31 de julio de 2019 se encontraban entre 400 y 500 personas fuera del Consulado de Chile en Tacna. Las restricciones fronterizas aplicadas en Chile, así como en otros países latinoamericanos, para

enfrentar la crisis migratoria de Venezuela, provocó deterioro en varios aspectos de la vida cotidiana y la salud física de las personas, incluyendo un mayor riesgo de adquirir COVID-19, debido a la falta de control sanitario y el hacinamiento (65).

Mientras quedaron varadas entre Perú y Chile, algunas personas entregaron su testimonio al Servicio Jesuita a Migrantes (2020) (23), señalando experiencias de malos tratos por parte de funcionarios de la Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile, incluyendo la retención de documentos, imposición de transporte en bus de retorno a Perú, e insultos. Otros problemas relatados fueron la falta de alimentación, malas condiciones de salud y alojamiento, así como dificultades para contactarse con sus redes de apoyo y poca claridad en la información. Tanto la salida como el ingreso a Chile se vieron obstaculizados durante la crisis migratoria, produciendo una serie de consecuencias desfavorables. Quienes pretendían abandonar Chile en ocasiones llegaron a dormir fuera de sus embajadas y consulados, en espera de soluciones para retornar a sus países, como fue el caso de personas peruanas que en abril 2020 acamparon fuera del Consulado de Perú, en Arica (67). Para quienes buscan entrar a Chile hubo otras dificultades que incrementaron el nivel de vulnerabilidad, como por ejemplo el aumento de ingreso por pasos no habilitados (68) y los diversos peligros que esto conlleva (23). Como consecuencia del cierre de fronteras, la población en contexto de movilidad en Arica vivió algunos días de alta conmoción (23, 67). Una proporción no determinada aún de esas personas eran trabajadores fronterizos, es decir, personas que cotidianamente se mueven a través de la frontera debido a sus trabajos (69). El número de personas varadas fue cercano a las 1500 (23).

Abril de 2019 estuvo marcado por una serie de manifestaciones en Arica, siendo la de mayor intensidad una marcha hacia el complejo fronterizo Chungará-Santa Rosa, en donde las personas marcharon con su equipaje, pidiendo el ingreso a Perú, originándose los primeros egresos ilegales a Perú (23). Otra contingencia de carácter migratorio fue el vencimiento de las visas de turismo de una parte de las personas varadas. La Municipalidad de Arica, durante mayo, gestionó la habilitación de la “Villa Albergue” para albergar a 44 personas. Desde el 22 de mayo se llevó a cabo la repatriación de los nacionales peruanos varados en Arica.

2.4. Esfuerzos de mitigación de la crisis migratoria

Como se verá más adelante, en Chile la respuesta a la crisis migratoria en contexto COVID-19 quedó fundamentalmente en mano de los gobiernos locales, especialmente de la zona norte, contando con apoyo de organizaciones no gubernamentales y redes humanitarias diversas. Según Stefoni et al (2021)(70) han existido dos enfoques del Estado hacia la población migrante en Chile la pandemia COVID-19. Mientras el primero se relaciona con los derechos humanos universales, el segundo es de carácter excluyente con foco en el control de la migración irregular. Ambos enfoques se habrían aplicado simultáneamente, pero con diferentes énfasis, según el momento político.

Debido al alto número de personas peruanas que no pudieron ser repatriadas en el mes de mayo de 2019, y que se incrementaba día a día, durante la primera quincena de junio permaneció un campamento en la parte trasera del terminal nacional de buses de Arica con cerca de 130 personas. El campamento fue apoyado por diferentes organizaciones y personas, quienes entregaron víveres, agua, carpas, alimentos, etc. La mayoría de la ayuda provino de personas naturales, quienes se acercaron espontáneamente a colaborar, junto con la Oficina de DD.HH., INDH, SJM y agrupaciones de la colectividad peruana en Arica (23).

Una vez que los migrantes entran en Chile, en su mayoría intentan avanzar hacia el sur del país. No obstante, debido a las situaciones de precariedad, muchos permanecen más tiempo en el norte del país, especialmente en la Región de Arica y Parinacota, reuniendo los recursos necesarios para continuar la ruta, lo que determina la acumulación de personas migrantes, muchas en situación de calle. Algunas de las medidas implementadas tanto por los gobiernos locales como por organizaciones no gubernamentales, para mitigar las precarias condiciones de vida de estas personas, fueron: habilitación de albergues temporales, donación de viviendas y artículos de vivienda, donación de comida, habilitación de comedores comunitarios, donación de dinero, subsidios de arrendamiento, protección y asesoramiento jurídico, atención psicosocial, apoyo educativo y atención sanitaria en sus distintos niveles.

Según el estudio de Cabieses et al (2021)(64), las personas migrantes entrevistadas describieron recursos, capacidades y estrategias para mitigar la crisis, tanto a nivel individual y

de hogar y, en ciertos casos también a nivel de comunidad, así como apoyos externos a los cuales algunos accedieron: 1) estrategias a nivel del individuo y hogar, como solucionar los problemas laborales, manejo de la salud mental, y uso redes de apoyo en Chile y a distancia), 2) recursos y capacidades a nivel comunitario, como la ayuda económica y apoyo de la comunidad territorial, 3) en algunos casos, apoyos institucionales en alimentos y en apoyo económica. Las personas migrantes recurrieron a diversas estrategias de organización social en tiempos de “estallido” y pandemia, especialmente las mujeres (71, 72).

Ciertas falencias del sistema de salud en Chile quedaron de manifiesto cuando las personas migrantes opinan sobre algunas medidas que permitirían un acceso y uso más eficiente del sistema de salud, acortar los plazos de atención, regulación de costos por prestaciones de salud, mayor conocimiento y comprensión de la situación de las personas migrantes, mejorar la calidad de atención incluyendo la pertinencia cultural y lingüística, la integración de personal extranjero en las instituciones de salud y aumentar los tiempos de atención. A juicio de algunos expertos entrevistados, la calidad de la atención de salud en contexto de pandemia requiere las siguientes modificaciones: promoción del acceso y uso efectivo del sistema de salud, así como la transformación del modelo de salud, un marco legal, difusión de información sobre el derecho a la salud, levantamiento constante de información sobre necesidades de salud en migrantes, generación de trabajo intersectorial, multidisciplinario y participativo, cambios en el modelo de gestión y de atención, capacitación del personal de salud, profesionalización del mediador intercultural, implementación práctica efectiva del enfoque intercultural y de determinantes sociales de la salud (31), abordaje de la migración como determinante social de la salud, y adaptación de los discursos y relevancia lingüística de la información en el contexto de pandemia (15). Similares observaciones fueron realizadas en otros estudios (63, 64). Recientemente, Cabieses et al (2022) (73) sistematizaron las experiencias de los equipos de salud y psicosociales del Programa MINSAL-OPS en el contexto de una pandemia en Chile, como estrategia de apoyo humanitario en el norte de Chile a la población migrante internacional, incluyendo la contratación de equipos de salud y psicosociales. El objetivo de estos equipos es evaluar el estado de salud de los migrantes en contextos de vulnerabilidad social y coordinar con la red de salud pública.

Para concluir, cabe señalar que a la fecha son muy limitados los estudios de seguimiento acerca de las consecuencias de la crisis migratoria en el contexto de pandemia en Chile. Se desconoce, por ejemplo, el efecto que las medidas sanitarias en la frontera norte del país tuvieron sobre las dinámicas de contagio en migrantes y locales en cada país y en la región. Tampoco se ha realizado seguimiento a otros elementos que, en teoría, forman parte de la vulnerabilidad social de las personas migrantes que vivieron la crisis migratoria del norte de Chile, como son la salud física y mental en sentido amplio, el acceso a empleo y educación, la calidad de vida en general. Finalmente, no existe literatura que evalúe el impacto de los permanentes cambios normativos en materia migratoria y de salud, que den cuenta de la adaptación de las instituciones públicas y la sociedad civil general a lo experimentado en la crisis migratoria en contexto de pandemia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Contexto del estudio general

A partir del equipo de Lancet Migration América Latina, se postuló y adjudicó un fondo de investigación de Alemania [Fundación de Investigación Alemana (Deutsche Forschungsgemeinschaft)] con el proyecto general titulado: “Salud de los migrantes en las fronteras en tiempos de COVID-19: Evaluación de brechas, necesidades y prioridades en la implementación de políticas y programas de salud basados en derechos humanos en la región andina de América Latina”. El objetivo principal de esta propuesta de investigación fue avanzar en el conocimiento sobre aplicaciones prácticas de enfoques de salud basados en derechos humanos para poblaciones altamente vulnerables en la pandemia: migrantes de múltiples tipos (refugiados, desplazados forzados, indocumentados y otros), que viven en condiciones precarias al margen de sociedades que luchan contra el coronavirus y el consiguiente colapso de los sistemas y servicios de salud.

El proyecto se llevó a cabo en países andinos de América Latina, desde Colombia en el norte hasta Chile en el sur, como una iniciativa conjunta de investigadores dentro del centro regional para América Latina de “Lancet Migration: Colaboración global para promover la migración y la salud” (Lancet Migración, 2021). La propuesta se basó en la intensa colaboración preexistente entre los socios desde la fundación del Hub Latinoamericano de Migración Lancet en Lima/Perú en marzo de 2020. Se asemeja a las necesidades de investigación urgentes identificadas por los miembros del consorcio desde el inicio de la pandemia, y se basa en las experiencias de investigación, así como en los antecedentes académicos e institucionales de sus miembros, en la academia y organizaciones internacionales (principalmente: Organización Panamericana de la Salud/OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas).

La justificación para centrarse específicamente en las regiones fronterizas de los países andinos Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile, se basa en las siguientes consideraciones:

- Las regiones fronterizas son focos de dinámicas migratorias y, por lo tanto, áreas donde tanto los desafíos como las experiencias de los actores locales (municipalidades,

sociedad civil, grupos de migrantes) para enfrentar esta situación son particularmente densos. Los resultados de la investigación de las regiones fronterizas serán, por lo tanto, de relevancia específica y adecuados para informar la investigación y la implementación en otras regiones de los países y más allá.

- En respuesta a la crisis de Venezuela, los países de América Latina establecieron un mecanismo para armonizar las iniciativas políticas basadas en las mejores prácticas implementadas por los países (“Proceso de Quito”, firmado en 2019 por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guayana, México, Paraguay, Perú y Uruguay).
- En el campo de la salud, las políticas de los gobiernos son guiadas y respaldadas por organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas), e incluidas en mecanismos bien establecidos de cooperación regional en política de salud a través del Organismo Andino de Salud (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue). La salud de los migrantes en las fronteras es un tema prioritario del “Plan Estratégico de Integración en Salud 2018-2022” de los Países Andinos (ORAS-CONHU 2019).
- El consorcio de investigación está compuesto por investigadores y representantes de organizaciones multilaterales de toda la región, con amplia experiencia en el campo y bien conectado con los múltiples actores locales y partes interesadas en el campo. Sin embargo, por primera vez, este proyecto ofrece la posibilidad de un enfoque interregional colaborativo y comparativo que incluya a los cinco países andinos, y una correspondencia sistemática entre realidades locales, investigadores, gobiernos y organismos multilaterales.

El objetivo general de esta propuesta regional fue, pues, doble:

1. Avanzar en la investigación de intervención interdisciplinaria sobre enfoques basados en derechos humanos para la salud de los migrantes en el contexto particular de la pandemia en las regiones fronterizas de los países andinos. Por el marco de política internacional bien establecido (Proceso de Quito, ORAS-CONHU), la participación activa de las agencias de la ONU (OPS, OIM, ACNUR, UNFPA) y la sociedad civil en respuesta a la crisis de doble capa de la migración y la pandemia, la Región Andina región es la más adecuada para la investigación para avanzar en la implementación práctica de los

conceptos y estándares basados en los derechos humanos en materia de migración y salud.

2. Proporcionar la mejor evidencia para los gobiernos, las organizaciones multilaterales y todas las demás partes interesadas (municipalidades, organizaciones de la sociedad civil) para avanzar en una estrategia coordinada para proteger la salud de las poblaciones de migrantes y de acogida en el contexto de la pandemia, con base en la investigación empírica en correspondencia con estrategias y normas regionales, nacionales e internacionales.

3.2. El enfoque de derechos humanos en esta investigación

El objetivo fue evaluar, documentar y comparar las iniciativas existentes sobre el acceso a la atención de la salud, la promoción de los determinantes de la salud y la inclusión en la respuesta a la pandemia para migrantes de todo tipo en las zonas fronterizas de la región andina. En todas las partes, la investigación se basa en trabajos anteriores y en curso de los miembros del consorcio, tanto a nivel nacional como regional/multilateral. Para los efectos de la investigación, la dimensión de derechos humanos de las políticas, iniciativas y proyectos relacionados con la salud de los migrantes y la prevención de pandemias se operacionalizará mediante la distinción analítica de cuatro dimensiones de los “derechos humanos” en materia de salud, que en la práctica son complementarias y parcialmente superpuestas:

1. Principios de derechos humanos: La investigación recuperará sistemáticamente la atención y las actividades relacionadas con principios como la no discriminación, la equidad, la participación y la rendición de cuentas.
2. Elementos centrales del derecho humano a la salud, según el derecho internacional (74, 75): “Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad” (AAAQ) son criterios esenciales para evaluar el cumplimiento de las políticas y servicios de salud con el principio de no discriminación. Sin embargo, para poblaciones móviles, el concepto AAAQ es insuficiente ya que no refleja la necesidad de continuidad de la atención, p. en enfermedades con tratamiento a largo plazo como el VIH/SIDA o las ENT. Por esta razón, sugerimos formas de implementar una dimensión "C" adicional de "continuidad de la atención": AAAQ-C.

3. Determinantes subyacentes de la salud. El derecho a la salud es más que el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal de salud (76). La investigación en esta área llamará la atención sobre los determinantes sociales, económicos, legales y políticos de la salud, como condiciones centrales del Derecho Humano a la Salud (77, 78).
4. Políticas públicas y derecho como palanca para la equidad en salud. Los instrumentos legales y el acceso a los tribunales y la justicia son determinantes importantes de la salud, a través del litigio estratégico para hacer cumplir políticas públicas inclusivas. Por otro lado, las leyes pueden impedir el acceso a la salud cuando los derechos a la atención están limitados por el estatus legal (77).

3.3. Metodología aplicada en la frontera norte Chile-Perú-Bolivia

Diseño de estudio

Este estudio utilizó una metodología multi-métodos, diseño de investigación que utiliza diversos métodos y procedimientos para la indagación de un fenómeno u objeto de estudio lo que otorga mayor flexibilidad y riqueza para comprender y explicar una realidad (79, 80, 81, 82). Una de las razones principales por las que se utilizan los multi-métodos es para lograr la triangulación de datos lo que implica el validar y enriquecer lo que se observa en una metodología con la otra (83, 84, 85, 86, 87, 88). Es decir, lo que se encuentre en cada una de las fases (ej., sistematización de políticas públicas y programas) se fortalecerá con las siguientes fases, por ejemplo, con entrevistas en profundidad con actores clave. Este estudio constó de cuatro fases que describimos a continuación junto con el tipo de metodología utilizada:

Fase	Tipo de Metodología
1. Revisión en profundidad de literatura, informes de ONGS, reportes, documentos de literatura gris, políticas públicas, programas pre y post pandemia.	Análisis de contenido
2. Mapeo de actores clave de los sectores de salud, política, y expertos.	Redes sociales y mapeo
3. Entrevistas cualitativas semi-estructuradas con los actores identificados en la Fase 2 y etnografía.	Metodología cualitativa

4. Compilación de lo aprendido en la Fase 1 y triangulación con las entrevistas cualitativas hechas a actores claves.	Triangulación e interpretación
---	--------------------------------

Fase 1 (OE1): Revisión documentaria

Para la recolección de datos de esta primera fase, se realizaron dos revisiones narrativas de la literatura: (i) una científica siguiendo los lineamientos de un Scoping review, y (ii) otra de literatura gris.

Para la revisión narrativa científica se utilizaron las plataformas PubMed, Web of Science y SCOPUS. Se trabajó con lo publicado en los últimos tres años (2018-2021) y que hiciera referencia a: salud de migrantes, migración y fronteras, migrantes y pandemia, derechos humanos en fronteras, acceso a servicios de salud de migrantes en pandemia, acceso a servicios de salud en fronteras. Se seleccionaron artículos de investigación originales que cumplieran con los criterios de inclusión simultáneos de contener: (i) migrantes, (ii) pandemia, (iii) frontera y (iv) salud y/o acceso a la salud. La información de cada uno de los artículos originales, luego de eliminar duplicados, fue extraída en una plantilla Excel previamente diseñada. La plantilla Excel incluyó dimensiones tales como primer autor, año, país de estudio, tipo de estudio, objetivo, tipo de migrantes, frontera donde se realizó el estudio, resultado de salud o de acceso a salud incluido, resultado principal, calidad de estudio. Posteriormente se realizó análisis de contenido temático de la información obtenida, siguiendo los ejes de análisis de este proyecto: derechos humanos y en salud, determinantes sociales y equidad social en salud. Los resultados se presentarán en formato de reporte.

Para la revisión narrativa de literatura gris, se hizo una revisión de normativas, protocolos y programas referentes a la garantía de los DDHH, en especial el derecho a la salud, en el marco de la pandemia del COVID-19 en las zonas fronterizas ya mencionadas en Chile. Los sitios web de búsqueda de información serán: (i) gobierno de Chile, Perú y Bolivia, (ii) OIM, (iii) OPS/OMS, (iv) ACNUR, (v) UNFPA, (vi) CEPAL, (vii) organizaciones migrantes y promigrantes, en especial Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC), Servicio Jesuíta Migrante (SJM). Los documentos que mencionen en su título, prólogo, o resumen ejecutivo la temática de salud de migrantes en frontera serán incluidos. La información de cada uno de los documentos fue

extraída en una plantilla Excel previamente diseñada. La planilla Excel incluyó dimensiones tales como nombre de autores o institución, año, link donde se pueden encontrar el documento en línea, principales hallazgos, y notas relevantes. Posteriormente se realizó análisis de contenido temático de la información obtenida, siguiendo los ejes de análisis de este proyecto: derechos humanos y en salud, determinantes sociales y equidad social en salud. Los resultados se presentarán en formato de reporte.

Fase 2 (OE2): Mapeo de actores clave

Se desarrolló una búsqueda informada por la experiencia y vínculos previos de las investigadoras de este estudio y del equipo de investigación completo del estudio original, sobre grupos académicos y de organizaciones migrantes y pro-migrantes nacionales e internacionales dedicadas o interesadas en la temática migratoria y que puedan tener experiencias sobre salud en fronteras en estas poblaciones.

Se utilizaron fuentes como Google Scholar, reportes publicados por organizaciones locales y regionales, así como en las páginas de las autoridades locales. Se diseñó una lista preliminar con grupos ya conocidos y luego se complementó con lo que se encuentre en dicha búsqueda. Una vez establecida esta lista, se contactó por correo electrónico a cada persona identificada consultando por estudios o documentos sobre salud de migrantes en fronteras, de tal manera de enriquecer y profundizar el material documentario que fue recopilado en este estudio.

El mapeo quedó representado por una planilla Excel que listó las instituciones con su descripción, sitio Web, persona de contacto, correo y teléfono, link de documentos relacionados. Esta información fue analizada temáticamente y presentada como reporte escrito, anexando la lista de contactos de actores clave identificada. Similar a la fase anterior, el análisis temático para la presentación general de este mapeo de actores clave fue organizado en torno a los ejes de análisis de este proyecto: derechos humanos y en salud, determinantes sociales y equidad social en salud.

Fase 3 (OE3): Entrevistas semiestructuradas a actores claves y etnografía.

A partir del mapeo de actores, invitamos a participar a actores claves de los sectores salud, gobierno, y expertos (ej., miembros de organizaciones civiles, académicos) a una entrevista semi estructurada en profundidad. Invitamos a 44 expertos a participar y 30 aceptaron. Realizamos 7 entrevistas en profundidad con miembros del sector salud, 16 con expertos que incluían miembros de organizaciones no gubernamentales, y académicos; y 7 entrevistas con funcionarios gubernamentales. Utilizamos un muestreo con que consideró las redes de la investigadora principal ya que tiene más de 16 años realizando trabajo de campo en estos temas. También utilizamos la técnica de bola de nieve preguntándole a los participantes si podían recomendarnos a otras personas con las cuales hablar, particularmente en las regiones del norte de Chile (ej.; Arica, Iquique, Antofagasta) (89). Este tipo de muestreo no probabilístico es utilizado en la metodología cualitativo y tiene como objetivo encontrar a personas que estén dispuestas a compartir sus percepciones y que tengan el profesionalismo y las mismas experiencias que los primeros que fueron invitados a participar.

Dieciséis entrevistas fueron realizadas vía zoom y catorce en persona. Utilizamos una guía semi estructurada e incluimos preguntas acerca de lo que sucedió durante la pandemia del COVID-19 en las fronteras de norte Chile en términos de acceso a servicios de salud, programas enfocados en la salud de los migrantes, y su opinión sobre los derechos humanos de los migrantes en esta frontera (Ver Anexos para Guías de Entrevistas Semi Estructuradas por actores). Igualmente, hicimos preguntas sobre recomendaciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los migrantes en Chile, antes y durante la pandemia.

Además de realizar entrevistas también utilizamos etnografía que incluyó observación participativa y conversaciones informales en las ciudades Antofagasta, Iquique, y Arica. La observación participativa tuvo como objetivo profundizar el entendimiento del contexto de la migración y los derechos humanos en un periodo específico. Como parte de la etnografía que realizamos para este estudio, visitamos lugares claves como albergues para migrantes, organizaciones civiles, y lugares donde los migrantes instalaron campamentos temporales como playas y plazas. Tuvimos conversaciones informales con personas de la comunidad para entender la realidad y los sentimientos generales de cómo se lidió con la crisis migratoria durante la pandemia del COVID-19. Realizamos notas de campo en profundidad y fotos de

lugares relevantes como las plazas, centros de salud, playas y llenando fichas etnográficas. Estos puntos relevantes fueron recomendados por expertos de las tres ciudades en donde realizamos etnografía, así como puntos que se habían mencionado en las noticias durante todo ese año (2021). En total recolectamos 36 observaciones etnográficas de lugares públicos en estas tres ciudades. Ninguna persona fue identificada en estas notas etnográficas solamente incluimos descripciones generales del contexto y de la situación en su entorno natural.

3.4 Análisis de la información de las dos fases y rigor científico

Tanto las entrevistas en profundidad como las notas etnográficas fueron transcritas en *verbatim* por personal entrenado, para proteger la privacidad de los participantes, se quitaron los nombres o cualquier información personal que pudiera identificarlos. El análisis se realizó desde una perspectiva inductiva con un acercamiento temático para identificar y comparar temas comunes y patrones emergentes entre los participantes (90). Las investigadoras, junto con el equipo de investigación, crearon un libro de códigos con códigos o temas principales y subcódigos, guiándose por una perspectiva de derechos humanos en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia del COVID-19 y los temas emergentes y más mencionados por los entrevistados. El libro de códigos fue revisado de forma iterativa conforme la recolección de datos progresó. Como resultado tuvimos tres diferentes versiones del libro de códigos hasta que las investigadoras llegaron a un acuerdo (91). Este libro de códigos se utilizó para codificar todas las entrevistas realizadas en el marco de este proyecto de investigación.

Los códigos principales que incluimos fueron: 1) Acceso a servicios de salud basándonos en el modelo AAAQ de Accesibilidad-barreras, Aceptabilidad trato, Calidad, Disponibilidad, y necesidades de salud percibidas, 2) pandemia del COVID-19, 3) Tratados internacionales y acuerdos, 4) Derechos Humanos, 5) Determinantes sociales y de la salud, 6) Comunidad receptora, 7) Perspectiva de género, 8) Grupos específicos e interseccionalidad (ej., niñez y género), 9) Interculturalidad, 10) Políticas públicas e instrumentos legales, 11) Frontera y procesos migratorios, 12) Enfermedades específicas y estado de salud y 13) Recomendaciones y buenas prácticas. Cada código general tenía sub-códigos en detalle que guiaron de forma detallada y subjetiva el proceso de codificación. Por ejemplo, “Enfermedades específicas y estado de salud” incluyó sub-códigos como enfermedades crónicas, deshidratación,

parasitosis, etc. Utilizamos el software Dedoose 9.0.54 para realizar la codificación de los datos. Tanto las entrevistas en profundidad como la etnografía se realizaron bajo el rigor científico de la metodología cualitativa inductiva que busca en primer lugar, desde lo particular y la experiencia de los participantes, temas emergentes y patrones que después se sitúan en teorías y generalizaciones (90). En este caso utilizamos el marco de derechos humanos para analizar los testimonios de los participantes. Además, todo el proceso de codificación y análisis se realizó en equipo para asegurar que la estrategia de análisis coincidiera. El equipo de campo tenía reuniones semanales en donde se discutía la forma de analizar, codificar, y de cómo los derechos humanos se reflejaban en cada uno de los códigos.

3.5. Aspectos éticos

Todos los procedimientos de este estudio fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo (2021-90). Los participantes dieron consentimiento escrito para participar en esta entrevista y 28 dieron consentimiento para que su voz fueran audio grabada y después pudiéramos transcribir la entrevista. Los otros dos nos permitieron hacer notas en profundidad durante la entrevista para poder utilizar esas notas en el proceso de análisis. No entregamos ninguna compensación por participar en este estudio. Sin embargo, hemos compartido los resultados con los participantes enviando los resultados más importantes, invitándolos a un *webinar* realizado en diciembre de 2022 en Antofagasta y compartiremos este reporte en su totalidad.

4.RESULTADOS I: PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS

Son los principios fundamentales que definen los DDHH como tal, y que ayudan a distinguir estructuras, políticas y prácticas como dignos a ser identificados con los DDHH de otros, que no los son (por ejemplo, por no aplicar el principio de la “universalidad” en políticas de salud). Principios son: universalidad, no-discriminación, participación, “*accountability*” rendición de cuentas, además la inalienabilidad, interdependencia e interrelacionalidad de los diferentes DDHH. Preguntas analíticas que se intentaron responder en esta sección de análisis de resultados fueron las siguientes tres: ¿Qué relevancia tienen estos principios de los DDHH en relación a la salud en migrantes en las fronteras?; ¿Hay actores que hacen referencia a estos principios (organización de migrantes, organismos internacionales, gobierno, otros)? Y ¿Estos principios se encuentra reflejados en políticas o actividades en salud?

En materia explícita de derechos humanos, los y las entrevistados dan cuenta de cinco áreas percibidas como prioritarias en cuanto a salud de migrantes en la frontera norte de Chile:

- 4.1.1 Deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales,
- 4.1.2 Derecho a la nacionalidad,
- 4.1.3 Derecho a la transferencia de ahorros, ingresos, bienes,
- 4.1.4 Derecho a reunificación familiar y protección de la unidad de la familia, y
- 4.1.5 Prohibición de expulsión e informar causales de las medidas.

A continuación, se describe cada una de ellas.

4.1.1 Deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales

Esta emerge como una dimensión de DDHH esencial y prioritaria. Los entrevistados de diverso perfil (autoridades, académicos, equipos de salud) tanto de nivel nacional como de trabajo cotidiano en el territorio norte del país ilustran su importancia a través de los siguientes énfasis y acciones mínimas de garantías de derecho para personas migrantes ingresando por frontera norte durante la pandemia. Contiene 5 sub-categorías relevantes:

4.1.1.1 Educación y salud, especialmente para niños, niñas y adolescentes migrantes.
Educación y salud, especialmente para niños, niñas y adolescentes migrantes: “Importante educar a las familias que ahora son muchas llegando todas las familias, temas de salud y educación para los niños. Hay una falta de desconocimiento muchas veces de para qué sirve o se puede usar el NIP.” (autoridad servicio salud local, norte de Chile).

4.1.1.2 Regularización migratoria.

Regularización migratoria: “Importante el tema de evitar tener a tanta gente en situación de desregularización dado que esto se presta a informalidad falta de acceso a servicios básicos, etc. El tiempo que está tardando extranjería en responder hace que mucha gente esté en el limbo y que se busquen nuevas formas de entrada dado que las solicitudes no se responden o son rechazadas.” (experto nacional, sociedad civil). Sobre este punto, expertos nacionales comentan la dificultad de trabajar en la protección de DDHH con la actual política migratoria vigente y las complejidades de proceso de regularización de quienes se encuentran en situación irregular o que han ingresado por pasos no habilitados durante la pandemia: “La regularización y las decisiones son discrecionales dependen del propio ministro, y de política migratoria nacional. No funciona en base a requisitos. Aunque no se dice es más una política migratoria se quiere desincentivar el ingreso de otras personas de forma irregular. Las razones para no regularizar no califican las reglas migratorias. No hemos tratado de atacar el rechazo y apelar, sí hemos atacado el silencio de las solicitudes porque tarda mucho tiempo. Entonces la persona no tiene orden de expulsión, pero tiene una situación irregular sin ninguna posibilidad de regularización.” (experto nacional, sociedad civil).

4.1.1.3. Acceso efectivo y sin discriminación a migrantes.

Acceso efectivo y sin discriminación a migrantes: “Acceso a salud sin importar el estatus migratorio, información y coordinación y apoyo constante a quien pidió ayuda sobre todo durante la crisis sanitaria. Comunicación e información constante con migrantes en las tomas, muchos de estos migrantes ya tienen mucho tiempo en Antofagasta, algunos llegaron desde 2013.” (equipo de salud, norte de Chile). Esto incluye casos de falta de información sobre servicios disponibles, miedo a deportación y riesgos asociados en materia de salud en personas migrantes: “Mujeres embarazadas en

situación de calle, partos en domicilio por miedo que les quiten a sus hijos, poco conocimiento de cómo funciona el sistema de salud.” (experta gobierno nacional).

4.1.14. Mejorar la gestión en salud y en coordinación intersectorial para una adecuada garantía de derechos en salud a migrantes en Chile.

Mejorar la gestión en salud y en coordinación intersectorial para una adecuada garantía de derechos en salud a migrantes en Chile: “El sistema no funciona como es ahora la política no funciona y no responde a la realidad migratoria actual en Chile. Por ejemplo, es muy complejo conseguir una hora médica sino hay ayuda e información sobre cómo hacerlo, falta coordinación con otros países sobre todo vecinos y falta de fondos o llegaron tardes.” (sociedad civil, norte de Chile).

4.1.1. 5. Falta de cumplimiento de tratados internacionales de DDHH de migrantes en Chile, incluyendo personas que buscan refugio y asilo.

Falta de cumplimiento de tratados internacionales de DDHH de migrantes en Chile, incluyendo personas que buscan refugio y asilo: “tratados internacionales que constantemente se están violando al no permitir que las personas pidan asilo en Chile. No se les dan los cuestionarios ni las entrevistas, y se les deja en una especie de limbo que los obliga a vivir en la irregularidad dentro de Chile.” (experto nacional, sociedad civil). Esta falta de cumplimiento a tratados internacionales es excepcionalmente grave pues es ilegal en materia de procedimientos internacionales de refugio y asilo: “De acuerdo a la ley de refugio cualquiera podría pedir asilo y que la comisión revise tu caso. El gobierno no ha hecho público, pero desde 2018 en el fondo ha cerrado al procedimiento a refugio, no se entrega el formulario y no estudia sus casos. Otra materia que se presenta a los tribunales, la contraloría general de la república el ente que controla hizo una auditoría interna a extranjería en 2020 y declaró la ilegalidad de denegación de los procedimientos de asilo. Aún con eso sigue negando el proceso al procedimiento de acuerdo a su razonamiento.” (experto nacional, sociedad civil).

4.1.2 Derecho a la nacionalidad

Solo se hace mención al derecho a la nacionalidad en el marco de la protección de grupos humanos de especial riesgo: “Se reciben a las personas en grupo de riesgo que son mujeres, niños, y personas con enfermedades crónicas y se les entrega un número de provisorio” (experto nacional, sociedad civil).

4.1.3 Derecho a la transferencia de ahorros, ingresos, bienes

En este aspecto se menciona el efecto nocivo de la pandemia en materia de desempleo y vulnerabilidades económicas de personas migrantes que inciden en la capacidad de transferencias como remesas: “Una vez que llega la pandemia comienza la pérdida de empleos por las cuarentenas, familias migrantes entrando por pasos no habilitados, en situaciones muy precarias, y ahí se activa el financiamiento. Se entregan subsidios de arrendamiento, pago de trámites migratorio, alimentación, y armando los kits que surge a partir del COVID.” (experto nacional, sociedad civil).

4.1.4 Derecho a reunificación familiar y protección de la unidad de la familia

Esta categoría incluye 7 sub-categorías relevantes:

4.1.4.1 Dificultades de la reunificación.

4.1.4.2 Ingresos por pasos no habilitados como barrera adicional para la reunificación y protección de la unidad de la familia.

4.1.4.3. Nuevos requisitos para la reunificación en Chile.

4.1.4.4. Priorización de NNA por sobre adultos para reunificar.

4.1.4.5. El caso de Venezuela con visa de responsabilidad democrática limitada que no facilita la reunificación en Chile.

4.1.4.6. Familias irregulares en situación de calle y campamentos en el norte de Chile.

4.1.4.7. Retorno a país de origen por no poder reunificarse.

A continuación, se describe cada una de ellas.

4.1.4.1 Dificultades de la reunificación.

Dificultades de la reunificación: Los expertos y tomadores de decisión destacan la gran limitación que existe en Chile por la reunificación familiar desde lo normativo y lo práctico: “visa consular a los venezolanos, el cierre masivo de solicitud de residencia de venezolanos, miles de solicitudes a través de un correo masivo enviado por Ministerio de Relaciones Exteriores por lo tanto no pueden ingresar de ninguna forma al país: incluyendo reunificación familiar, refugio, turismo etc. Por lo tanto, aumenta el ingreso por pasos no habilitados incluso con fronteras abiertas más la condición sanitaria hace más complejo el ingreso.” (experto migratorio nacional, Chile). Lo mismo agregan otros expertos, en tanto estas barreras han generado recursos de amparo por reunificación en algunos casos: “Situación general de la pandemia con respecto a los migrantes en Chile y mucho foco en recursos de amparo en casos de reunificación familiar, si ya había un familiar en Chile y entró su familiar por pasos no habilitados se acompaña y se busca evitar la orden de expulsión.” (experto migratorio nacional, Chile).

4.1.4.2 Ingresos por pasos no habilitados como barrera adicional para la reunificación y protección de la unidad de la familia: “La comunicación con Ministerio de Exterior no se da como tal directamente, no existe vía de regularización para las personas que ingresan por pasos no habilitados salvo que tengan hijos en Chile o que la persona esté embarazada. En ese caso se tiene comunicación con la Intendencia Regional porque las delegaciones sí admiten ese ingreso irregular: se hacen gestiones para evitar la expulsión. También hay casos que cuando se está ejerciendo la expulsión y tiene hijos, se les comunica a las autoridades que tiene hijos y se liberan.” (experto migratorio nacional, Chile). Esto se da de manera llamativa en poblaciones haitianas en Chile: “Caso de haitianos existe una visa para reunificación, pero es imposible obtener dados los requisitos absurdos que se les piden y en el caso de venezolanos existe la visa de responsabilidad democrática. Al inicio les pedían documentos de identificación y certificado de antecedentes penales. Después de este cierre masivo de solicitudes y de rechazo de visas, incluso antes de la pandemia.” (experto migratorio nacional, Chile).

4.1.4.3 Nuevos requisitos para la reunificación en Chile: “La Secretaria de Relaciones Exteriores empezó a exigir otros requisitos para una visa de reunificación familiar en donde se pedían tener una carta de invitación, y permanencia definitiva pero también era

complicado. Todas las personas que recibieron rechazo pidieron recursos de protección para pedir que retomaran su caso, todos estos estaban en territorio venezolano, hoy hay miles de recursos de amparo para que se declare la ilegalidad de ese rechazo de 2020. Si tú te metes a los tribunales hay casos todos los días, las cortes tienen una solución unánime que acogen los recursos y se ordena reanudar al consulado de Chile en Caracas. Muchos de estos ya tienen un familiar en Chile. Muchas veces el consulado no ha acatado las ordenes de los tribunales, incumplimiento de las sentencias. Se ha pedido y llamada la atención del consulado, pero siguen muchas veces sin retomar los casos.” (experto migratorio nacional, Chile).

4.1.4.4 Priorización de NNA por sobre adultos para reunificar: “Se está priorizando la reunificación familiar, niños contar con RUT para poder acceder a servicios de salud y educación, sí están en un limbo sobre todo los adultos.” (experto migratorio nacional, Chile).

4.1.4.5 El caso de Venezuela con visa de responsabilidad democrática limitada que no facilita la reunificación en Chile: “Cambios en los flujos migratorios algunos dejaron a su familia en Venezuela y después querían traérsela después de las visas Responsabilidad Democrática las personas que se quedaron en Venezuela no podían venirse a Chile como turista sin una visa consular entonces tenían que pedir la visa de Responsabilidad Democrática desde Venezuela pero tarda demasiado tiempo entre 2-3 años en tener una respuesta y después vino la pandemia y el gobierno chileno canceló las solicitudes. Y esas personas no tenía otra opción sino quedarse separadas o venían por pasos no habilitados” (experta ONG, norte de Chile).

4.1.4.6 Familias irregulares en situación de calle y campamentos en el norte de Chile: “Hay muchas familias con estatus migratorio mixto los que migraron antes tienen documentos, pero los que recién llegaron tienen un estatus irregular y dificultades para regularizarse y acceder a servicios. Después del cierre de fronteras hay un aumento total y aumento del ingreso de mujeres y de personas adultos mayores venezolanos. Aumento de niños, niñas, y adolescentes. Con el cierre de fronteras lo que se hizo fue interrumpir los procesos de reunificación familiar. Ingresos 2019, 2020 muchos ingresaron durante la pandemia y muchos estaban en Perú y la situación se puso muy complicada en términos económicos y fue lo que los impulsó a venir a Chile. En Antofagasta lo que pude percibir la mayoría no estaban viviendo en los campamentos

más tradicionales la mayoría en situación en calle y la condición es muy complicada.”
(experta ONG, norte de Chile).

4.1.4.7 Retorno a país de origen por no poder reunificarse: “Algunas personas se devolvieron a Venezuela porque no se podían traer a sus hijos, y estaban desesperados. Otras personas decidieron viajar a otros países como a Estados Unidos porque está muy complicado migrar a Chile.” (experta ONG, norte de Chile).

4.1.5 Prohibición de expulsión e informar causales de las medidas

Esta quinta y última categoría de análisis contiene tres sub-categorías:

4.1.5.1. Esfuerzos para limitar las expulsiones.

4.1.5.2. La expulsión como procedimiento válido en Chile durante la pandemia y los esfuerzos de la sociedad civil por detenerlos.

4.1.5.3. La autodenuncia por ingreso por paso no habilitado y la consecuente posible expulsión de Chile.

A continuación, se describe cada una de ellas.

4.1.5.1 Esfuerzos para limitar las expulsiones: “La comunicación con Ministerio de Exterior no se da como tal directamente, no existe vía de regularización para las personas que ingresan por pasos no habilitados salvo que tengan hijos en Chile o que la persona esté embarazada. En ese caso se tiene comunicación con la Intendencia Regional porque las delegaciones sí admiten ese ingreso irregular: se hacen gestiones para evitar la expulsión. También hay casos que cuando se está ejerciendo la expulsión y tiene hijos, se les comunica a las autoridades que tiene hijos y se liberan.” (experto migratorio nacional, Chile).

4.1.5.2 La expulsión como procedimiento válido en Chile durante la pandemia y los esfuerzos de la sociedad civil por detenerlos: “no existe tolerancia o ninguna vía para ayudar a su regularización. Lo que nosotros hacemos es dejar sin efecto la orden de expulsión, esto se hace a través de los tribunales. Una vez que se deja sin efecto la orden de expulsión se solicita a través de una carta para pedir la regularización de las personas, esas cartas tardan más de 1 año para recibir la respuesta, y la mayoría de los casos son rechazados. La regularización y las decisiones son discrecionales dependen del propio ministro, y de política migratoria nacional. No funciona en base a requisitos. Aunque no se dice es más

una política migratoria se quiere desincentivar el ingreso de otras personas de forma irregular. Las razones para no regularizar no califican las reglas migratorias. No hemos tratado de atacar el rechazo y apelar, sí hemos atacado el silencio de las solicitudes porque tarda mucho tiempo. Entonces la persona no tiene orden de expulsión, pero tiene una situación irregular sin ninguna posibilidad de regularización.” (experto migratorio nacional, Chile). Otros ejemplos similares: “Debido a los procesos de expulsión iniciados en febrero de 2021, el SMJ a nivel nacional crea un equipo de emergencia la que, junto a una Coordinadora social y un abogado, apoyó a inmigrantes con orden de expulsión cuyos casos no eran revisados en detalle. En este contexto, el equipo de emergencia prestó ayuda en la revisión de casos y ofreció charlas informativas a la comunidad con relación a esta temática.” (ONG nacional, norte de Chile).

4.1.5.3 La autodenuncia por ingreso por paso no habilitado y la consecuente posible expulsión de Chile: “Chile sigue penalizando la entrada por pasos no habilitados, se hace una orden expulsión vía renuncias administrativas, nos apoyamos con el ACNUR, OIM derivamos sobre todo para apoyos legales incluso SJM. Para que puedan recibir atención legal.” (experto nacional).

Principios de Derechos Humanos

1. Deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales



- Educación y salud, especialmente para niños, niñas y adolescentes migrantes.
- Regularización migratoria.
- Acceso efectivo y sin discriminación a migrantes.
- Mejorar la gestión en salud y en coordinación intersectorial para una adecuada garantía de derechos en salud a migrantes en Chile.
- Falta de cumplimiento de tratados internacionales de DDHH de migrantes en Chile, incluyendo personas que buscan refugio y asilo.

2. Derecho a la nacionalidad



Derecho a la nacionalidad en el marco de la protección de grupos de especial riesgo

3. Derecho a la transferencia de ahorros, ingresos, bienes



Efecto nocivo de la pandemia en materia de desempleo y vulnerabilidades económicas de personas migrantes que inciden en la capacidad de transferencias como remesas

4. Derecho a reunificación familiar y protección de la unidad de la familia



- Dificultades de la reunificación
- Ingresos por pasos no habilitados como barrera adicional para la reunificación
- Nuevos requisitos para la reunificación en Chile
- Priorización de NNA por sobre adultos para reunificar
- El caso de Venezuela con visa de responsabilidad democrática limitada
- Familias irregulares en situación de calle y campamentos en el norte de Chile
- Retorno a país de origen por no poder reunificarse

5. Prohibición de expulsión e informar causales de las medidas



- Esfuerzos para limitar las expulsiones
- La expulsión durante la pandemia y los esfuerzos de la sociedad civil por detenerlos
- La autodenuncia por ingreso por paso no habilitado y la consecuente expulsión

5. RESULTADOS II: MANIFESTACIONES DE LOS DDHH

Esta sección trata de manifestaciones de DDHH en áreas ajenas a la salud (es decir: del Derecho a la Salud propiamente dicho), pero con gran importancia para la salud (con lo cual dan ejemplo de los principios de la “interrelacionalidad” e “interdependencia” de los DDHH). Las manifestaciones de DDHH propenden por la integridad de los y las migrantes e influye en su salud como derecho fundamental. Tal es el caso de por ejemplo de la trata de y tráfico de personas, la prohibición de la expulsión (“*non-refoulement*”), el derecho a la nacionalidad y a tener una identidad cultural, derecho a la reunificación familiar y a recibir información de su estatus migratorio y de acceso a servicios. La pregunta analítica que se intentó responder es ¿Qué manifestaciones de los DDHH se ven presentes (cumplidas) o ausentes (violadas) en las fronteras?

Esta sección se organiza en dos grandes partes, la de manifestaciones de DDHH cumplidas en el contexto del estudio y no cumplidas. En tanto a manifestaciones cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales, se destacan las siguientes:

5.1. Manifestaciones cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales

Se identificaron las siguientes 7 sub-categorías principales:

5.1.1. Enfoque de DDHH como un deber.

5.1.2. El aporte crítico de la sociedad civil en el cumplimiento de garantías mínimas.

5.1.3. Apoyo inmediato a personas que ingresaron por pasos no habilitados durante la pandemia.

5.1.4. Apoyo en la regularización migratoria.

5.1.5. Convenio de migrantes en algunas comunas de Chile.

5.1.6. Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno.

5.1.7. Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno.

A continuación, se describen estas sub-categorías.

- 5.1.1 En algunos/as expertos/as entrevistados/as, la visión del enfoque de DDHH como un deber: “Acceso a servicios de salud sin importar su estatus migratorio, acceso a salud y educación de niños.” (experta ONG nacional, norte de Chile).
- 5.1.2 El aporte crítico de la sociedad civil en el cumplimiento de garantías mínimas de DDHH en materia migratoria, como información básica y bien superior de la infancia: “Se les entregaban folletos sobre los derechos niños y niñas Chile Crece claro que los niños tienen derecho a todos los servicios, temas legales, etc. Las organizaciones de migrantes fueron un gran aporte y se les entregaba la información de estas redes y organización” (experta gobierno nacional).
- 5.1.3 Apoyo inmediato a personas que ingresaron por pasos no habilitados durante la pandemia: “Entre las ayudas/servicios que presta el SJM está el dar orientación a inmigrantes que entran por paso no habilitado para poder acceder a atención de salud en Chile. Han llevado algunos casos directamente a la Seremi de salud en casos en que no han podido conseguir un Rut provisorio.” (autoridad local, norte de Chile).
- 5.1.4 Apoyo en la regularización migratoria: Esto es compartido por diversos entrevistados, quienes destacan el apoyo transversal para regularizar de distintas entidades: “Apoyo para obtener RUT provisorio, referencia a otros servicios como educación, vivienda, sobre todo cooperación en regularización de personas que entraron sin documentos.” (experta nacional).
- 5.1.5 Convenio de migrantes en algunas comunas de Chile: “En todos los consultorios de la comuna en Iquique existe lo que es el Convenio Migrante finales del 2015 con el Servicio de Salud. El objetivo es facilitar el acceso de salud a los migrantes sobre todo los que están en situación irregular. Se les entrega el NIP que vale un año completo, RUT provisorio, y pueden acceder a las atenciones de forma gratuito. La población que más se recibe en el CESFAM hoy es Bolivia y Venezuela. Aunque siempre hemos tenido población migrante pero hoy es mayor y es el CESFAM que más atiende migrantes en la comuna” (equipo de salud, norte de Chile).

5.1.6 Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno: “Asesoría a los migrantes en el CESFAM buena comunicación vínculo con la municipalidad con la oficina de migración, cada usuario que llega acá y que quiere información migratoria se deriva allá.” (equipo de salud, norte de Chile). Lo mismo relatan otros participantes: “Nosotros trabajamos por las redes sociales de la municipalidad para dar información y comunicarse con las personas, pero muchas veces incluso utilizamos WhatsApp. Necesidad de comunicarse con otros sectores y tener canales más formales de coordinación y comunicación.” (equipo municipal, norte de Chile).

5.1.7 Información en salud y apoyo en el territorio por medio de programas y acciones específicas: “Instructivos, reglamentos dentro del equipo para poder implementar dentro del convenio para mejorar el acceso a servicios de salud, así como brindar la información a la población. Derechos y obligaciones de la población. Hemos hecho videos, talleres, visitas en terreno y hemos generado material para difundir la atención. Apoyo de redes como la OPS que financiaron trabajo en terreno para poder empezando en marzo 2021 una enfermera, y médico directo abordando a la gente en situación de calle. Según las necesidades se incluyó otra dupla con psicólogos para a la gente directamente en terreno. Evaluación física y directa según los componentes de la familia, y hacer nexos con ellos vehículos ayudarlos a tomar hora, etc. Esfuerzo en la vinculación y darles continuidad a los casos. Redes importantes” (equipo de salud, norte de Chile).

5.2. Manifestaciones no cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales

Se identificaron las siguientes 6 sub-categorías principales:

- 5.2.1. Desafío general del cumplimiento de DDHH.
- 5.2.2. Reconocimiento de necesidades específicas en mujeres y NNA migrantes en norte de Chile.
- 5.2.3. Derecho a la reubicación de residencia por encontrarse en espacios públicos o de riesgo en el norte de Chile.
- 5.2.4. Desinformación general y del sistema de salud.

5.2.5. Miedo a la deportación.

5.2.6. Autodenuncia en Chile por haber ingresado por paso no habilitado como procedimiento que genera barrera, estigma y estancamiento del proceso de regularización.

A continuación, se describe una cita de participante que refleja cada una de estas sub-categorías.

5.2.1. Desafío general del cumplimiento de DDHH: “Tema de derechos humanos se habla mucho de ellos, pero en la práctica es complicado implementarlos, día a día tenemos que vivir el tema de solicitudes y acceso a las visas. Si te demoras te multan, requisitos imposibles más cuando queremos regular y ordenar la migración, pero no facilitamos administrativamente para obtener las visas” (organismo internacional, experta nacional).

5.2.2. Reconocimiento de necesidades específicas en mujeres y NNA migrantes en norte de Chile: “Reconocer el acceso a la salud de todos los niños y mujeres embarazadas, acceso a educación libre y gratuita, muchos niños con rezagos importantes educativos de 4 años, niños de 11 o 12 años que no saben leer muchas veces llevan años sin ir a la escuela o van, pero después dejan de ir” (ONG internacional, norte de Chile).

5.2.3. Derecho a la reubicación de residencia por encontrarse en espacios públicos o de riesgo en el norte de Chile: “derecho a reubicación de los migrantes luego del desalojo de la plaza Brasil en Iquique (norte de Chile). En ese momento, el Estado solo participó en el desalojo, pero no dio garantías sobre la reubicación de los migrantes lo que generó que muchos se fueron desplazando a playas, se coparon los hostales, iglesias y otros se fueron a Alto Hospicio. Este desalojo potenció el establecimiento del campamento Las Rosas.” (autoridad local, norte de Chile). Lo mismo relatan organismos de sociedad civil en sus esfuerzos de conectar y crear espacios de atención en salud alternativos: “En 2021 teníamos espacios específicos para hacer atenciones de salud en diferentes centros hermanos y colaboradores. Por ejemplo, en Estación Central, centros que nos facilitaban espacios físicos. Nosotros nos encargábamos de las atenciones médicas y psicosociales a los albergues y cuando veíamos que había dificultades por ejemplo de

ingresar a los niños al colegio hacíamos contra referencias con otras organizaciones para que ellos apoyaran a los migrantes en esas necesidades.” (ONG nacional, norte de Chile).

5.2.4. Desinformación general y del sistema de salud: “Complicado el tema de desinformación y de acceso a servicios de salud. Muchas personas no saben a qué tienen acceso o piensan que con el RUT provisorio ya están regularizados y no es así” (organismo internacional, experta nacional). Surge la necesidad de informar para familias completas, en especial para NNA, que no siempre se tienen en mente, en especial cuando están en situación irregular: “Desinformación se sabe poco sobre los servicios, derechos, y todo es complicado es caro. En algunas entrevistas encontré que las familias no buscan ayuda para sus hijos. A veces hay confusión porque creen que con tener el RUT provisorio tienen visa o una situación regular. Algunos son adolescentes y una vez que cumplan 18 años van a estar irregulares y la familia no sabe bien los procesos.” (organismo internacional, experta nacional). Lo mismo relatan participantes de ONGs en el territorio: “Retos importantes de desinformación por ejemplo con el RUT provisorio que se cree que con eso se puede trabajar y hacer todo y la gente se desespera o pasa información incorrecta a los familiares que están lejos.” (experta ONG norte de Chile).

5.2.5. Miedo a la deportación: “Retos importantes de acercamiento dado el encierro y el estatus migratorio de las personas, tema importante el de difusión de la información correcta para que no haya percepción de que si se acercan al sistema de salud van a ser detenidos o deportados” (organismo internacional en Chile, nacional). Lo mismo reconocen otros actores en conexión con pérdida de oportunidades de información y derivación: “Dificultad en un inicio, de entregar RUT provisorios a las personas que estaban cruzando por pasos no habilitados. Miedo de acercarse a los servicios porque se creía que podían ser expulsados. Hemos encontrado barreras en temas culturas por ejemplo en temas de crianza. A veces hay malos entendidos porque las personas no saben qué está pasando porque para ellos es normal hacer las cosas de cierta forma y en Chile no es así.” (equipo de salud, norte de Chile).

5.2.6. La figura de la autodenuncia en Chile por haber ingresado por paso no habilitado como procedimiento que genera barrera, estigma y estancamiento del proceso de regularización: “Salud de rutina, persona migrante se afilie a FONASA como población de bajos ingresos y para hacer eso posible tienen que auto denunciarse algo importante es cómo se les informa sobre estos requisitos y sus derechos humanos, que se sientan seguros que no van a tener ninguna represalia para acceder a servicios de salud.” (organismo internacional en Chile, nacional).

Manifestaciones de Derechos Humanos

1. Manifestaciones cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales



- Enfoque de DDHH como un deber
- El aporte crítico de la sociedad civil en el cumplimiento de garantías mínimas
- Apoyo inmediato a personas que ingresaron por pasos no habilitados durante la pandemia
- Apoyo en la regularización migratoria
- Convenio de migrantes en algunas comunas de Chile
- Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno
- Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno

2. Manifestaciones NO cumplidas de DDHH en la frontera norte de Chile- Perú- Bolivia en tiempo de pandemia en el contexto de personas migrantes internacionales



- Desafío general del cumplimiento de DDHH
- Reconocimiento de necesidades específicas en mujeres y NNA migrantes en norte de Chile
- Derecho a la reubicación de residencia por encontrarse en espacios públicos o de riesgo en el norte de Chile
- Desinformación general y del sistema de salud
- Miedo a la deportación
- Autodenuncia en Chile por haber ingresado por paso no habilitado como procedimiento que genera barrera, estigma y estancamiento del proceso de regularización

6. RESULTADOS III ELEMENTOS CENTRALES DEL DERECHO A LA SALUD SEGÚN ONU 2000: AAAQ

Los criterios “availability, accessibility, acceptability quality” han sido definidos por el “General Comment 14” al Derecho a la Salud del Consejo Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la ONU en 2000 como “elementos esenciales” (“*core elements*”) del DD a la Salud. Son una sistematización muy útil para promover la non-discriminación e inclusión de todas y todos en servicios y sistemas de atención de salud. Preguntas de análisis para esta sección en el estudio son los siguientes dos: ¿Los actores en frontera hacen mención de los principios de AAAQ en relación a servicios de salud? Y ¿Hasta qué punto se puede decir que los cuatro criterios se hayan cumplido en los servicios de salud en las fronteras? Por medio de estas dos preguntas se busca ilustrar cómo los cuatro “elementos centrales” definidos por ONU 2000 (AAAQ) permiten medir si los servicios de salud responden a los principios de no-discriminación y universalidad, y con qué actividades concretas se podría mejorar los servicios en este término.

Se identifican en la frontera norte de Chile, en conexión con Perú y Bolivia, las siguientes seis dimensiones relacionadas al modelo AAAQ:

6.1. Accesibilidad-barreras A.

6.2. Aceptabilidad trato A.

6.3. Calidad Q.

6.4. Continuidad del cuidado intra nacional y transnacional.

6.5. Disponibilidad A.

6.6. Necesidades de salud percibidas.

6.1 Accesibilidad-barreras A

Esta es una de las dimensiones más extensamente reportadas de parte de los participantes de estudio, incluyendo 12 sub-categorías totales, a saber:

6.1.1. Percepción de empeoramiento del acceso a migrantes en tiempo de pandemia.

- 6.1.2. Desinformación como barrera crítica en salud.
 - 6.1.3. Falta de acceso a salud en Venezuela como gatillante de la migración, caso Venezuela.
 - 6.1.4. Esfuerzos logrados en materia de información en salud.
 - 6.1.5. Programa de Acceso a Salud migrantes “convenio o sello migrante” en APS en Chile como facilitador del acceso en salud.
 - 6.1.6. Acceso salud mujeres gestantes.
 - 6.1.7. Trabajo en red intrasistema de salud como facilitador del acceso.
 - 6.1.8. Irregularidad migratoria en Chile no es una barrera de acceso en salud.
 - 6.1.9. Respuesta de acceso a salud en la frontera norte en tiempo de pandemia.
 - 6.1.10. Acceso a personas en situación de calle y campamentos.
 - 6.1.11. Programas complementarios de apoyo al acceso, organismos internacionales.
 - 6.1.12. Programa OPS MINSAL en pandemia de duplas sanitarias desplegadas en el territorio en ciudades cercanas a la frontera norte.
-
- 6.1.1. Percepción de empeoramiento del acceso a migrantes en tiempo de pandemia: “Acceso de derecho para los migrantes con la pandemia se ha visto afectado así que la atención solo se realizaba de forma telefónica ahora solo lo hacemos 2 veces a la semana por cita.” (equipo de salud, norte de Chile).
 - 6.1.2. La desinformación como barrera crítica en salud: “Complicado el tema de desinformación y de acceso a servicios de salud. Muchas personas no saben a qué tienen acceso o piensan que con el RUT provisorio ya están regularizados y no es así” (experto nacional de Chile).
 - 6.1.3. La falta de acceso a salud en Venezuela como gatillante de la migración, caso Venezuela: “Migración por motivos de salud porque no podían acceder a tratamientos en Venezuela. Niños con necesidades especiales como autistas y en Chile sí pueden acceder a estos servicios y no en otros países como Perú o Venezuela. Desnutrición infantil muy presente algunos decidieron salir porque no podían comprar medicamentos básicos para sus hijos ni comida y los niños llegan con una salud muy pobre y precaria.” (organismo internacional en Chile, nacional). Otro ejemplo en

infante: “Conozco un caso de una madre que tenía un hijo con un problema en la piel y no encontraba la crema que le tenía que poner. Estaba en un programa de espera (crema) en Venezuela, espero mucho y no llegaba la crema y el propio médico le dijo que le pusiera crema para perros y decidió irse a Perú con su familia para poder conseguir la familia.” (equipo de salud, norte de Chile).

- 6.1.4. Esfuerzos logrados en materia de información en salud: “Hemos hecho videos, talleres, visitas en terreno y hemos generado material para difundir la atención” (organismo internacional en Chile, nacional). Estos esfuerzos incluyen en algunos territorios el trabajo intersectorial: “Aspectos positivos del acceso a servicios de salud y prevención. A través del tiempo se han implementado en la región de buena manera, trabajo fuerte entre salud municipal, SEREMI, hay cohesión y sinergia entre las instituciones y trabajan en conjuntos para poder tener herramientas para evitar barreras administrativas, hemos avanzado en comparación con otras instituciones, trabajo positivo, respecto a las personas migrantes.” (equipo de salud, norte de Chile).
- 6.1.5. Programa de Acceso a Salud migrantes “convenio o sello migrante” en APS en Chile como facilitador del acceso en salud en comunas del país que lo tienen implementado: “En todos los consultorios de la comuna en Iquique existe lo que es el Convenio Migrante finales del 2015 con el Servicio de Salud. El objetivo es facilitar el acceso de salud a los migrantes sobre todo los que están en situación irregular. Se les entrega el NIP que vale un año completo, RUT provisorio, y pueden acceder a las atenciones de forma gratuito. La población que más se recibe en el CESFAM hoy es Bolivia y Venezuela. Aunque siempre hemos tenido población migrante pero hoy es mayor y es el CESFAM que más atiende migrantes en la comuna.” (equipo de salud, norte de Chile).
- 6.1.6. Acceso salud mujeres gestantes: “Por ejemplo, un general de por qué llegan al CESFAM son las mujeres gestantes, la mayor población de mujeres gestantes son migrantes con embarazos muy avanzados a veces de termino y rápidamente se tiene que hacer la provisión del número provisorio, que entrega FONASA, para que cuando den a luz no tengan problema con el hospital donde van a nacer” (equipo de salud, norte de Chile).

- 6.1.7. Trabajo en red intrasistema de salud como facilitador del acceso: “Importante tener coordinación con otros servicios de salud, FONASA, etc. Sino es imposible entregar el acceso a servicios de salud.” (experto nacional de Chile).
- 6.1.8. Irregularidad migratoria en Chile no es una barrera de acceso en salud: “RUT no es necesario para recibir atención de salud. No hay requerimiento previo de documentos. En la práctica puede tener barreras como el conocimiento durante la pandemia, percepción de seguridad de tener problemas con las autoridades, sensibilidad del personal de salud, de estar en una buena disposición y no exigir cosas que no son un requisito.” (experto nacional de Chile). Lo mismo es percibido por distintos actores clave: “Clave el difundir y que quede claro que todas las personas migrantes tienen derecho a tener acceso a salud sin importar su situación migratoria; duplas sanitarias claves para la difusión de información y pesquisar información” (organismo internacional en Chile, nacional).
- 6.1.9. Respuesta de acceso a salud en la frontera norte en tiempo de pandemia: “Centro de salud de Colchane, prioridad para los chilenos. En febrero del 2021 subieron desde Santiago doctores subieron para brindar ayuda y asistencia. Doctores. Duplas sanitarias: un doctor y puede ser un trabajo social o técnico de enfermería y hacen un mapeo de las necesidades médicas y se contactan con OIM por ejemplo caso de mujer embarazada, necesita alojamiento. Identificar caso de trata de personas, tráfico, sí existen casos así o casos de violencia doméstica, niñas embarazadas. Nosotros tratamos de dar apoyo posible. Cruz Roja asistencia en Colchane haciendo campaña de vacunación influenza, y COVID.” (organismo internacional en Chile, nacional).
- 6.1.10. Acceso a personas en situación de calle y campamentos: “Gracias a la coordinación con otros ministerios y con el apoyo de organismos como la OPS hemos logrado alcanzar a población en situación de calle que además no podía acceder a ciertos servicios de prevención. Velar por el derecho de atención, aunque no tengan documentos, con el Departamento de Jurídico nos hemos coordinado para ejercer e implementar procedimientos para que pueda recibir atención, en paralelo con jurídico, velar por el derecho de niños adolescentes.” (organismo internacional en Chile, nacional).

6.1.11. Programas complementarios de apoyo al acceso, organismos internacionales: “En 2022 Programa de Salud Multipropósito. Se les entregaba dinero durante 3 meses a los migrantes para alimento, comida, peaje, y arriendo. También se les apoyaba con el pago de multas para regularizar su estatus migratorio y se les apoya con el trámite del RUT para poder tener acceso a servicios de salud. Recibíamos aproximadamente a 75 personas a la semana y a cada persona el médico le dedicaba 20 minutos. A veces llegaban familias enteras que recibían toda atención personalizada.” (organismo internacional en Chile, nacional).

6.1.12. Programa OPS MINSAL en pandemia de duplas sanitarias desplegadas en el territorio en ciudades cercanas a la frontera norte: “Programas en terreno duplas de salud porque muchas personas tienen miedo de acercarse directamente al centro de salud. Despliegue territorial en la situación de emergencia, hay mucha población migrante en situación de calle, que es muy amplia y ha aumentado, se habilitó otra oficina coordinando todo eso.” (autoridad sanitaria nacional).

6.2 Aceptabilidad trato A

En esta dimensión se reportaron las siguientes dos sub-categorías principales de análisis, desde la percepción de los actores clave entrevistados:

6.1.13. Duplas sanitarias desplegadas en territorio norte por pandemia bien evaluadas en materia de aceptabilidad.

6.1.14. Exigir lo esencial para brindar la atención aumenta la aceptabilidad en la atención de salud.

6.2.1. Duplas sanitarias desplegadas en territorio norte por pandemia bien evaluadas en materia de aceptabilidad: “Excelente coordinación y atención primaria de las duplas, bien recibidas y valoradas. Importante apoyar y no colapsar el sistema de salud local”. (autoridad sanitaria nacional). Su existencia se fundamenta en la reticencia de algunos migrantes a acercarse al sistema de salud: “Programas en terreno duplas de salud

porque muchas personas tienen miedo de acercarse directamente al centro de salud.” (equipo de salud, norte de Chile).

- 6.2.2. Exigir lo esencial para brindar la atención aumenta la aceptabilidad en la atención de salud: “RUT no es necesario para recibir atención de salud. No hay requerimiento previo de documentos. En la práctica puede tener barreras como el conocimiento durante la pandemia, percepción de seguridad de tener problemas con las autoridades, sensibilidad del personal de salud, de estar en una buena disposición y no exigir cosas que no son un requisito.” (autoridad sanitaria nacional). Lo mismo indican otros actores clave, en cuanto a la discrecionalidad en la solicitud de documentación excesiva para brindar la atención, que podía explicarse por falta de información, uso de información incorrecta, o como mecanismo de discriminación para la atención: “A pesar de que los migrantes sin importar su estatus migratorio tienen acceso a servicios de salud en especial niños y mujeres embarazadas muchas veces las personas de instituciones de salud desconocían que podían tener acceso o tomaban decisiones por su propio criterio. Comenzaban solicitar requisito a las personas migrantes, por ejemplo, comprobantes de auto denuncia o comprobante de residencia y los migrantes se quedaban sin tener acceso a dichos servicios. Esto sucedía tanto en la frontera como en otras ciudades como en Santiago” (ONG nacional, norte de Chile).

6.3 Calidad Q

En lo referido a calidad de la atención recibida, se perciben las siguientes tres dimensiones principales:

- 6.2.3. Necesidad de mirada flexible y coordinada de la atención en salud para mejorar la calidad.
- 6.2.4. La importancia de las derivaciones para la calidad de la atención.
- 6.2.5. Programa OPS MINSAL de duplas sanitarias como estrategia bien evaluada que impacta positivamente en la calidad de la atención.
- 6.3.1. Necesidad de mirada flexible y coordinada de la atención en salud para mejorar la calidad: “Tratar de flexibilizar ciertas cosas porque somos muy estructurados y es

complicado dar seguimiento con las personas que son tan móviles o que no tienen contacto o lo cambian, o a veces se mueven de ciudades o se devuelven. Es muy difícil que reciban todos los controles y todos los exámenes sobre todo de mujeres embarazadas. Se deja la constancia de los casos, pero no siempre se puede dar el seguimiento.” (equipo de salud, norte de Chile).

6.3.2. La importancia de las derivaciones para la calidad de la atención: “Una vez que ingresan al consultorio o a atención primaria se detecta algún problema la puede derivar al psicólogo, u otro tipo de atención, matrona, etc. Al menos aquí tenemos todas las derivaciones posibles así que, dentro de todo, las personas reciben buena atención” (autoridad local, norte de Chile).

6.3.3. Programa OPS MINSAL de duplas sanitarias como estrategia bien evaluada que impacta positivamente en la calidad de la atención: “Excelente coordinación y atención primaria de las duplas, bien recibidas y valoradas. Importante apoyar y no colapsar el sistema de salud local” (organismo internacional, experto nacional).

6.4 Continuidad del cuidado intra nacional y transnacional

Son sub-categorías relevantes en materia de continuidad del cuidado intra y transnacional, conforme a las percepciones de los participantes entrevistados, las siguientes cuatro:

6.4.1. Desafíos en materia de continuidad de la atención dentro del país.

6.4.2. Programas que facilitan continuidad y calidad de la atención, programas transversales que también están disponibles para migrantes.

6.4.3. Desafíos de la calidad asociados a información incorrecta y a manejo de enfermedades crónicas.

6.4.4. La importancia de trabajo en red y derivaciones efectivas para la calidad de la atención.

6.4.1. Desafíos en materia de continuidad de la atención dentro del país: “Muy complicado sobre todo por el tema de fertilidad y de poco seguimiento que se le puede dar a algunos casos que ingresan por el norte y después de mueven a otras ciudades dentro de Chile.” (experta nacional en Chile). Por ejemplo, el cambio permanente de celular

que impide mantener controles de salud cuando se desplazan dentro del territorio nacional: “Difícil dar seguimiento a los casos sobre todo de los niños les pedimos dirección, teléfono, pero a veces se van y es complicado darles seguimiento, esto aumentó durante en 2021.” (ONG nacional, norte de Chile).

6.4.2. Destacan algunos programas que facilitan continuidad y calidad de la atención, programas transversales que también están disponibles para migrantes: “Chile Crece Contigo en apoyo a las mujeres gestantes y una vez que nace el bebé, se le da seguimiento una vez que nace se le da un kit para bebé se hacen talleres también etc. Se da orientación de todo tipo.” (equipo de salud, norte de Chile).

6.4.3. Desafíos de la calidad asociados a información incorrecta y a manejo de enfermedades crónicas: “Retos para atender a la población ya que algunas personas creían que por haber ingresado por pasos no habilitados se iba a hacer el vínculo entre salud y PDI. Retos en dar seguimiento a ciertos casos que requieren tener control continuo (enfermedades crónicas).” (autoridad local, norte de Chile).

6.4.4. La importancia de trabajo en red y derivaciones efectivas para la calidad de la atención: “Parte de mi función es coordinar con otras instituciones constantemente derivaciones y necesidades de otra población porque siempre hay apoyo entre organizaciones.” (ONG internacional, norte de Chile). Los mismo señalan otros organismos internacionales desplegados en el territorio del norte de Chile: “Evaluación física y directa según los componentes de la familia, y hacer nexos con ellos vehículos ayudarlos a tomar hora, etc. Esfuerzo en la vinculación y darles continuidad a los casos. Redes importantes” (ONG internacional, norte de Chile).

6.5 Disponibilidad A

Respecto a la dimensión de disponibilidad, se destacan las siguientes cuatro aristas principales:

6.4.5. Colapso de centros asistenciales cercanos a la frontera en el norte de Chile

6.4.6. Falta de recurso humano para brindar las atenciones.

6.4.7. Creación de residencias sanitarias en tiempo de pandemia en el norte de Chile.

6.4.8. Autoridades de países fronterizos al norte de Chile comentan las oportunidades de atención de personas en movilidad.

A continuación, se describen citas pertinentes a cada una de ellas.

6.5.1. Colapso de centros asistenciales cercanos a la frontera en el norte de Chile: “Los flujos de migrantes aumentaron y los centros de salud a nivel regional tanto atención primaria como el hospital (que solo es 1) se vieron colapsados. Muchos profesionales en teletrabajo, otros en cuarenta, otros con COVID-19, la red asistencial colapsó hasta ahora se empieza a retomar y a sentir que las cosas toman normalidad. Solo se podía atender aquellas atenciones urgentes, la demanda era alta y se priorizó niños y embarazados. Todo se vieron afectados no solo los migrantes sino los locales. La atención de especialidad se fue dejando para más adelante.” (autoridad local, norte de Chile).

6.5.2. Similar al anterior, falta de recurso humano para brindar las atenciones: “Retos importantes no solo de salud sino de la cantidad de gente llegando de la forma en la que se tuvieron que organizar las instituciones de salud el mismo personal no tenía la capacidad de ir al centro de salud con hijos en la casa, etc. Además de que mucho de lo que se atendía era relacionado al COVID.” (autoridad local, norte de Chile). Se generaron estrategias para llevar médicos y equipos de salud a zonas cercanas a la frontera, para amainar la sobredemanda por ingreso de migrantes a través de pasos no habilitados: “Centro de salud de Colchane, prioridad para los chilenos. En febrero del 2021 subieron desde Santiago doctores subieron para brindar ayuda y asistencia. Doctores. Duplas sanitarias: un doctor y puede ser un trabajo social o técnico de enfermería y hacen un mapeo de las necesidades médicas y se contactan con OIM por ejemplo caso de mujer embarazada, necesita alojamiento. Identificar caso de trata de personas, tráfico, sí existen casos así o casos de violencia doméstica, niñas embarazadas. Nosotros tratamos de dar apoyo posible. Cruz Roja asistencia en Colchane haciendo campaña de vacunación influenza, y COVID.” (experto nacional).

- 6.5.3. Creación de residencias sanitarias en tiempo de pandemia en el norte de Chile: “Antofagasta se empezaron a generar residencias transitorias a cargo del SEREMI de Salud, igualmente ellos fueron claves para atender a las familias que accedían a estas residencias. Después de las residencias sanitarias se organizaron albergues para responder a distintas necesidades: mujeres, niños, etc. Pero no creo que se logró cubrir todas las necesidades de todas las personas que entraban.” (autoridad local de gobierno, norte de Chile).
- 6.5.4. Autoridades de países fronterizos al norte de Chile comentan las oportunidades de atención de personas en movilidad: “Seguro Universal de Salud, Seguro Integral de Salud (SIS). Si estás en el país todos tiene derecho a salud. Este programa universal de salud se prioriza mujeres embarazadas, menores de 5 años, lactantes, adultos mayores. Los venezolanos califican automáticamente a este seguro universal, por ejemplo, personas con VIH, embarazadas. Quien quiera acogerse a este servicio tiene que demostrar que no tiene trabajo, pobre, etc. No todos los migrantes califican para este seguro de salud. Si tiene un empleo, no califica. Quien consigue empleo el empleador les da el acceso a servicios de salud. En general es el mismo acceso o mal acceso a la salud que para los peruanos. Cuando hay vulnerabilidad o emergencia se atiende, pero si uno no puede inscribirse tiene que cubrir los costos.” (autoridad nacional, Perú).

6.6. Necesidades de salud percibidas

Destacan cuatro dimensiones relevantes en lo referido a necesidades de salud percibidas:

- 6.6.1. Necesidades más frecuentes de salud.
- 6.6.2. Necesidad especial en mujeres migrantes gestantes.
- 6.6.3. Necesidades de salud mental.
- 6.6.4. Apoyo psicosocial a la familia y derivaciones efectivas.

- 6.6.1. Necesidades más frecuentes de salud: “Derivaciones a los centros de salud, acceso a prestaciones de salud pública, regularización de fertilidad, vacunas, mamografías, ITS, etc.” (experta nacional de Chile).
- 6.6.2. Necesidad especial en mujeres migrantes gestantes: “Mujeres embarazadas ya en término. Una vez que ellas se inscriben pasan conmigo para entender el acceso a los servicios, entregarle el número provisorio, pasan con la matrona y después pasan con otro asistente social que entrega información sobre Chile Crece Contigo.” (experta nacional de Chile).
- 6.6.3. Necesidades de salud mental: “Identificando con personas con discapacidades mentales, tema más importante muy delicado salud mental. OIM dan ayuda psicosocial, no se puede tocar todavía, aunque no es un tema de emergencia. En nuestro levantamiento estamos observando la necesidad de salud mental.” (autoridad local, norte de Chile).
- 6.6.4. Apoyo psicosocial a la familia y derivaciones efectivas: “Según las necesidades se incluyó otra dupla con psicólogos para a la gente directamente en terreno. Evaluación física y directa según los componentes de la familia, y hacer nexos con ellos vehículos ayudarlos a tomar hora, etc. Esfuerzo en la vinculación y darles continuidad a los casos. Redes importantes” (organismo internacional en Chile).

Elementos centrales del derecho a la salud según ONU 2000: AAAQ



7. RESULTADOS IV: LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En el lenguaje del Derecho a la Salud, los Determinantes Sociales son los “determinantes subyacentes de la salud” (“*underlying determinants of health*”), y por lo tanto son reconocidos como condiciones básicas para la salud de todas y todos y garantizados como Derecho Humano. Las preguntas que este estudio intentó responder para esta dimensión de análisis fueron las siguientes dos: ¿Cómo entienden e incluyen (si lo hacen) los actores que trabajan en frontera los determinantes de salud en sus actividades (desde políticas hasta la práctica)? Y ¿Qué iniciativas o propuestas hay para mejorarlo?

De manera general, se identificaron 6 dimensiones o categorías prioritarias en cuanto al enfoque de DSS, a saber: (i) aspectos generales de Determinantes e Inequidades Sociales, (ii) Barrio y Convivencia, (iii) Educación, (iv) Estatus Migratorio irregularidad vs. Regularidad, (v) Redes sociales y capital social, y (vi) Vivienda.

7.1 Aspectos generales de Determinantes e Inequidades Sociales

En esta dimensión se identificaron cuatro sub-categorías principales, de acuerdo a las percepciones de los actores clave entrevistados:

- 7.1.1. La importancia de que el Estado garantice derechos fundamentales
- 7.1.2. Se reconoce la multiplicidad de dimensiones involucradas en el enfoque de DSS
- 7.1.3. Se reconocen los cambios de patrones migratorios regionales y hacia Chile, en especial del colectivo venezolano
- 7.1.4. Se identifican distintos niveles y tipos de DSS

A continuación, se detalla cada una de estas.

- 7.1.1. La importancia de que el Estado garantice derechos fundamentales: “Temas de atención primaria traumatismo y social pero también temas que requieren seguimiento como educación, salud, vivienda. El Estado debe de garantizar los derechos humanos de los migrantes y no se ha hecho en la totalidad” (organismo internacional en Chile).

- 7.1.2. Se reconoce la multiplicidad de dimensiones involucradas en el enfoque de DSS: “Temas de salud, vivienda, educación, RUT provisorio, solicitudes de refugio y seguimiento con diversas instituciones” (experta nacional en Chile).
- 7.1.3. Se reconocen los cambios de patrones migratorios regionales y hacia Chile, en especial del colectivo venezolano: “Desde 2014 aumentó el ingreso considerablemente de migrantes. Si se puede notar que ahora están entrando sobre todo venezolanos principal flujo migratorio y dentro de este gran flujo migratorio: 1er flujo migratorio personas venezolanas con patrimonio y educación que no estaban de acuerdo con el gobierno. 2013-2015; 2do flujo formación académica y profesional. 2015-2018 Sin la familia completa migraba una persona y después el resto de la familia. Ingresando con visa y por pasos habilitados muchos con visas definitivas; 3er flujo migratorio durante y post pandemia grupos familiares completos incluso las personas de la 3ª edad y están viajando todo, hasta la familia extendida. Menos formación académica, condiciones precarias por barreras administrativas y cierre de fronteras, extorsión en el trayecto por oficiales de otros países, coyotes, sin ahorros, sin lugar donde vivir, porque no tenía familias ni redes de apoyo y ahí es donde la sociedad civil se hace a cargo de estas personas porque no tienen RUT ni redes, y no soy sujetas de apoyo del estatal. Viajando todas las familias, venden todas las propiedades, también está sucediendo.” (experto nacional en Chile).
- 7.1.4. Se identifican distintos niveles y tipos de DSS: “Al ingreso las necesidades son inmediatas por las condiciones en las que llegan después hay necesidades estructurales que les preocupan más que la salud.” (equipo salud, norte de Chile).

7.2 Barrio y Convivencia

En lo referido a barrio y convivencia, emergen ocho sub-categorías relevantes de análisis, que se listan a continuación:

7.2.1. Delincuencia y su cruce con aumento de ingreso de migrantes por paso habilitado como una posible explicación de esta.

7.2.2. Situación de calle en personas migrantes en ciudades del norte de Chile.

7.2.3. Espacios públicos colapsados en ciudades del norte de Chile.

7.2.4. Consumo de alcohol y drogas y su efecto en barrio y convivencia

7.2.5. Pobre manejo de movilización de migrantes en situación de calle en plazas públicas, tensiones y choques sociales-

7.2.6. Crisis de la confianza social y violencia anti migrantes-

7.2.7. Migrantes conformando campamentos en zonas de riesgo para la salud, con altos índices de contaminación ambiental en el norte de Chile.

7.2.8. Aumento del mercado laboral informal en migrantes Chile y Perú.

7.2.1. Emerge el tema de delincuencia y su cruce con aumento de ingreso de migrantes por paso habilitado como una posible explicación de esta: “Aumento de homicidios en 200%, y se puede adjudicar a la llegada de tanta gente muchas veces entre ellos mismos. Causa de que la gente ha salido a las calles porque antes era muy seguro, encerronas a cada rato. Región Tarapacá toda la vida hemos vivido con migrantes: bolivianos, peruanos, chinos, pero nunca se había visto que pidieran plata en la calle, ni familias completas con niños, eso nunca se había visto. La ciudad se vio invadida por mucha gente migrantes toda familia.” (autoridad local, norte de Chile).

7.2.2. Situación de calle en personas migrantes en ciudades del norte de Chile: “Mucha gente en situación de calle y de ahí muchas tensiones con la comunidad sobre todo post-pandemia dado que ahora la gente quiere usar espacios públicos que están tomados por los migrantes.” (autoridad local, norte de Chile). Con ello, el choque social con nacionales con el uso de plazas públicas como campamentos: “Choque y tensiones importantes entre la población local y los migrantes que llegaron durante 2020 y 2021 la mayoría durante el cierre de fronteras por pasos no habilitados. Muchos migrantes

se instalaron en plazas y en playas ocupando espacios públicos que las familias y la población querían utilizar.” (ONG nacional, norte de Chile).

7.2.3. Espacios públicos colapsados en ciudades del norte de Chile: “Ciudad colapsó la ciudad tenía carpas por todos lados, parques, playas instalados ahí, fue momentos caóticos para todos. Las plazas estaban ocupadas con carpas y ahí fue cuando empezaron a haber marchas y movimientos en contra de la presencia de migrantes. Aumento de homicidios en 200%, y se puede adjudicar a la llegada de tanta gente muchas veces entre ellos mismos. Causa de que la gente ha salido a las calles porque antes era muy seguro, encerronas a cada rato. Región Tarapacá toda la vida hemos vivido con migrantes: bolivianos, peruanos, chinos, pero nunca se había visto que pidieran plata en la calle, ni familias completas con niños, eso nunca se había visto. La ciudad se vio invadida por mucha gente migrantes toda familia.” (autoridad local, norte de Chile).

7.2.4. Consumo de alcohol y drogas y su efecto en barrio y convivencia: “Tema importante de consumo de alcohol y drogas en población migrante que no tiene que comer, interacción a veces con redes delictivas que los capturan. Importante crear prevención por parte de las organizaciones civiles y el gobierno porque entonces se culpa a los migrantes sin dar soluciones”. (experta nacional en Chile).

7.2.5. Pobre manejo de movilización de migrantes en situación de calle en plazas públicas, tensiones y choques sociales: “Temas importantes por desalojo de plazas donde estaban viviendo los migrantes nunca se les puso baños, ni condiciones más dignas para estar. Nosotros estuvimos siempre en contra de que se llevaran a las personas a Playa Lobitos porque si hay una emergencia no había forma de acceder a servicios de salud, dormir en el piso con poco acceso a abrigo, tanques de agua no se lavaba. Era un no porque no tenía sentido sacarlos de la ciudad. Se creía que sacándolos de la ciudad se iba a terminar la delincuencia. No se buscaron alternativas ni otros espacios cercanos de la ciudad, sino que se los llevaron muy lejos. Habiendo tantos edificios.” (experta nacional en Chile). Preocupación de los participantes del estudio sobre reubicaciones de familias migrantes en situación de calle: “Una de las labores ligadas al respeto de los DDHH de los migrantes fue reclamar por el derecho a reubicación de los migrantes

luego del desalojo de la plaza Brasil en Iquique. En ese momento, el Estado solo participó en el desalojo, pero no dio garantías sobre la reubicación de los migrantes lo que generó que muchos se fueron desplazando a playas, se coparon los hostales, iglesias y otros se fueron a Alto Hospicio. Este desalojo potenció el establecimiento del campamento Las Rosas.” (ONG nacional, norte de Chile).

7.2.6. Crisis de la confianza social y violencia anti migrantes: “Crisis muy profunda de la irregularidad, confianza, los territorios donde han llegado migrantes a instalarse se han generado tensiones mucha violencia que hay que atender.... Pesar política migratoria. Hoy día emergencia que están derivando en manifestaciones violentas. Crisis irregularidad. Espacio de los territorios capacidades para sobrellevar la situación, abandono de los servicios públicos política de salud desplegada pero no implementada.” (autoridad nacional migratoria en Chile). Se destaca la violencia social: “Esto dio lugar a protestas y enfrentamientos entre chilenos e inmigrantes, lo que finalmente culminó en el desalojo de la plaza Brasil de Iquique.” (ONG internacional en el norte de Chile).

7.2.7. Migrantes conformando campamentos en zonas de riesgo para la salud, con altos índices de contaminación ambiental en el norte de Chile: “Importante el tema de la existencia de Cerro Chuño que es una zona muy contaminada en donde vivía una población chilena anteriormente (años 70s) y que la desalojaron con previo aviso se reubicaron rompieron los baños, pero se quedaron las fachadas de las casas. Después se empezó a establecer población migrante que no paga renta o le paga renta a alguien que llegó primero. Esta zona tiene presencia de arsénico es altamente tóxica pero solo ha seguido creciendo con el paso de los años. El tema que exista este lugar hace que la sociedad no vea diariamente la presencia de migrantes en situación de calle y en las plazas como sí sucede en Iquique y por lo tanto las manifestaciones de odio. Se cree que el tema xenófobo es menos intenso aquí porque están concentradas en esa zona de la ciudad. Igual es una zona conflictiva y peligrosa. Muchos migrantes tienen ya el conocimiento de que existe este lugar y antes de migrar de otros países saben que pueden llegar a instalarse ahí.” (ONG internacional en el norte de Chile).

7.2.8. Aumento del mercado laboral informal en migrantes Chile y Perú: “Sumando a esto ya había una saturación del mercado laboral informal. Y comienza a competir con el peruano que trabaja en el mercado informal. Una señora que vendía en un centro comercial informal de ropa vendía comida y sándwiches, ahora con venezolanos vende menos, con más tiempo que tiene que invertir, fastidio con la presencia de migrantes y la saturación del mercado informal. Saturación y hastió. Esto es más bien a finales de 2018. Las cifras oficiales desmienten que ellos quiten la cantidad de trabajo que se dice, pero es el sentir general.” (experto nacional del Perú).

7.3 Educación

Destacan cuatro sub-categorías en la dimensión de educación referida a los determinantes sociales de la salud de personas migrantes internacionales en la frontera norte Chile-Perú-Bolivia en contexto de pandemia por COVID-19:

- 7.3.1. Esfuerzos por nivelar contenidos y aprendizajes en niños, niñas y adolescentes migrantes en Chile.
- 7.3.2. Desafíos de integrar niños y niñas migrantes a la educación escolar en Chile.
- 7.3.3. Falta de cupos para NNA migrantes en el sistema educacional chileno.
- 7.3.4. Adaptaciones y acciones para la integración educacional.

A continuación, se describen citas seleccionadas que dan cuenta de la percepción de participantes de cada una de estas.

7.3.1. Esfuerzos por nivelar contenidos y aprendizajes en niños, niñas y adolescentes migrantes en Chile: “se otorga una instancia de nivelación y reforzamiento educativo para niñas/os y adolescentes que han migrado a Chile. El enfoque educativo se basa en lineamientos de educación popular de Paulo Freire y trabajan bajo una lógica de educación “no formal”” (experto nacional en Chile). Se hace mención incluso a rezagos: “muchos niños con rezagos importantes educativos de 4 años, niños de 11 o 12 años que no saben leer muchas veces llevan años sin ir a la escuela o van, pero después dejan de ir” (organismo internacional, norte de Chile).

- 7.3.2. Desafíos de integrar niños y niñas migrantes a la educación escolar en Chile: “La integración de niñas y niños migrantes al sistema escolar chileno presenta dificultades y desafíos debido a que estos llegan en una situación de desventaja. Muchas veces estos niños/as deben ingresar a un curso más bajo del que se recomienda para su edad ya que no cuentan con la formación académica necesaria.” (ONG nacional en Chile).
- 7.3.3. Falta de cupos para NNA migrantes en el sistema educacional chileno: “Debido al gran flujo migratorio del último tiempo en Arica, muchos colegios no tienen cupos para nuevos estudiantes incluso si son chilenos. Debido a esto existe un discurso bastante xenofóbico que culpa a la llegada de los migrantes por esta situación.” (ONG nacional en Chile).
- 7.3.4. Adaptaciones y acciones para la integración educacional: “Cuentan con un equipo de abogadas que buscan ayudar a migrantes en situaciones de vulnerabilidad. Además, cuentan hace 4 años con una escuela popular (École Populaire) que otorga educación a la población migrante” (autoridad local, norte de Chile).

7.4 Estatus Migratorio irregularidad vs. Regularidad

La dimensión de estatus migratorio regular versus irregular emerge como una relevante en este estudio. Se identifican en esta dimensión nueve aspectos principales priorizados por los participantes del estudio:

- 7.4.1 Aumento de la irregularidad en Chile.
- 7.4.2 La urgencia de regularizar.
- 7.4.3 La importancia de acciones concretas para acortar brechas de acceso a salud en personas migrantes en situación migratoria irregular.
- 7.4.4 La irregularidad como factor de riesgo para la salud.
- 7.4.5 La irregularidad como consecuencia del cierre de fronteras.
- 7.4.6 Irregularidad en grupos de mayor riesgo, niños, gestantes y adultos mayores.
- 7.4.7 Familias con estatus migratorio mixto en Chile, incluida la frontera por ingresos recientes por pasos no habilitados.
- 7.4.8 Irregularidad en pandemia y sus severos efectos sociales.

- 7.4.9 La urgencia de priorizar la regularización migratoria.
- 7.4.10 Aumento de la irregularidad en Chile: “Chile principal problema de irregularidad de las personas. Cambio de patrones de migrantes, sobre todo irregularidad. No solo por el cierre de fronteras sino por la política migratoria. Entrega y solución de papeles ha sido 2019 y 2018 y 2020 500 mil renovaciones de visa temporales se entregaron en 2021 6 mil permanencias definitivas. Temporalidad dura 2 años lo normal, cuello de botella enorme a decisiones políticas se opera con una política de incentivos y desincentivos basada en asunciones erróneas. Se cree que si frenan el ingreso la gente no va a cruzar, y que si los presionan van a salir.” (autoridad migratoria nacional).
- 7.4.11 La urgencia de regularizar: “Hace falta priorizar la regularización de los migrantes sobre todo de los más vulnerables, por ejemplo, los que tienen problemas de salud crónicos.” (organismo internacional en Chile).
- 7.4.12 La importancia de acciones concretas para acortar brechas de acceso a salud en personas migrantes en situación migratoria irregular: “En Arica a veces se ha rechazado la afiliación de FONASA por la situación irregular, pero ha habido duplas sanitarias que ayuden a esa inserción. Si no tienes FONASA, las personas irregulares igual puede recibir acceder a urgencias, desprotección a temas de salud” (ONG nacional, experto nacional).
- 7.4.13 La irregularidad como factor de riesgo para la salud: “Casos muy críticos de mujeres embarazadas, niños recién nacidos, en las plazas, en las playas. Climas cálidos en el norte por lo que podían quedarse en la calle. Observamos muchas personas en condiciones de indigencia, piden dinero, y después duermen en residencias, niños sin ninguna regularización.” (autoridad local, norte de Chile).
- 7.4.14 La irregularidad como consecuencia del cierre de fronteras: “Problema con tema de ingresos no habilitados. A veces se recomienda que se autodenuncien en la PDI quedan como en un proceso de firma cada 15 días hasta que en un momento era entre 6 y 12 meses ahora con la pandemia ha variado el tema de la carta de expulsión (2 opciones volver a su país de origen, o apelar y tratar de cambiar el efecto la carta de expulsión). Si esto es exitoso se envía una carta de solicitud de regularización, pero puede tardar muchísimo tiempo (2 años). Esto ya existía, pero se agudizó con la pandemia.” (experta nacional en Chile).
- 7.4.15 Irregularidad en grupos de mayor riesgo, niños, gestantes y adultos mayores: “Entrevista con familias enteras que cruzaron completas desde niños menores y ahora

con abuelos. Aumento de la presencia de adultos mayores que antes no cruzaban o entraban. Todas las personas que han muerto en la frontera hasta febrero son adultos mayores. Muchos entraron por pasos no habilitados ellos al inicio no querían salir, pero al final decidieron venir por la condición tan precaria en la que estaban. Ingresan por pasos no habilitados porque no lograban cruzar.” (experta nacional en Chile).

7.4.16 Familias con estatus migratorio mixto en Chile, incluida la frontera por ingresos recientes por pasos no habilitados: “Hay muchas familias con estatus migratorio mixto los que migraron antes tienen documentos, pero los que recién llegaron tienen un estatus irregular y dificultades para regularizarse y acceder a servicios. Después del cierre de fronteras hay un aumento total y aumento del ingreso de mujeres y de personas adultos mayores venezolanos. Aumento de niños, niñas, y adolescentes. Con el cierre de fronteras lo que se hizo fue interrumpir los procesos de reunificación familiar. Ingresos 2019, 2020 muchos ingresaron durante la pandemia y muchos estaban en Perú y la situación se puso muy complicada en términos económicos y fue lo que los impulsó a venir a Chile. En Antofagasta lo que pude percibir la mayoría no estaban viviendo en los campamentos más tradicionales la mayoría en situación en calle y la condición es muy complicada.” (experto nacional en Chile).

7.4.17 Irregularidad en pandemia y sus severos efectos sociales: “Una vez que llega la pandemia comienza la pérdida de empleos por las cuarentenas, familias migrantes entrando por pasos no habilitados, en situaciones muy precarias, y ahí se activa el financiamiento. Se entregan subsidios de arrendamiento, pago de trámites migratorio, alimentación, y armando los kits que surge a partir del COVID.” (experto nacional en Chile). Lo mismo recatan otros participantes: “Necesidades muy básicas de alimentación, salud, no tienen vivienda, educación muy baja, sin documentación lo cual hace que su vida sea más complicada y precaria.” (organismo internacional, norte de Chile).

7.4.18 La urgencia de priorizar la regularización migratoria: “Hace falta priorizar la regularización de los migrantes sobre todo de los más vulnerables, por ejemplo, los que tienen problemas de salud crónicos.” (organismo internacional en Chile).

7.5 Redes sociales y capital social

Los participantes relevan dos aspectos de las redes sociales y capital social de personas migrantes internacionales en frontera norte Chile-Perú-Bolivia en tiempo de pandemia por el virus SARS-CoV-2, marcados por los contrastes entre quienes cuentan y no cuentan con redes de apoyo. Esto es especialmente grave en el caso de niños, niñas y adolescentes:

7.5.1. Algunos grupos migrantes cuentan con redes de apoyo e información.

7.5.2. Falta de apoyo social, como ejemplo la mendicidad en niños migrantes.

7.5.1. Algunos grupos migrantes cuentan con redes de apoyo e información: “La gente quiere entrar a Chile, hay problemas de trabajo Colombia-Perú. Chile tiene familiares, redes, en Chile hay más oportunidades. Es el país que más rápido se va a recuperar de la pandemia. Personas vienen con desinformación con lo que van a encontrar, la realidad diferente de lo que está propuesto. Hoy promedio 500 personas que puedan entrar, invierno bolivariano. Bajo durante diciembre y enero por las condiciones climáticas, nieve y lluvia en un lugar como Colchane, están esperando a Bolivia. Fronteras terrestres siguen cerradas.” Se percibe Chile con capacidades, incluyendo de redes de apoyo social.

7.5.2. Falta de apoyo social, como ejemplo la mendicidad en niños migrantes: “Movilidad interesante de ciertos empleos informales entre chilenos y migrantes. La población chilena a veces siente shock por algunas que pasan que no se veían aquí por ejemplo, ver a niños en las calles pidiendo dinero, vendiendo dulces. Yo he escuchado que a veces se les pide a los chilenos que no les den dinero porque sino van a seguir pidiendo dinero con los niños. Es un tema fuerte y legal porque los niños no pueden trabajar.” (equipo de salud, norte de Chile).

7.6 Vivienda

Ocho sub-categorías emergen en lo relacionado con vivienda como determinante social de la salud de personas migrantes internacionales en frontera norte Chile-Perú-Bolivia en tiempo de pandemia por el virus SARS-CoV-2:

- 7.6.1 Situación de calle y necesidad de ayuda humanitaria
- 7.6.2 Indigencia en frontera y ciudades del norte de Chile.
- 7.6.3 Viviendas precarias.
- 7.6.4 Cambio permanente de vivienda en familias y personas migrantes en Chile.
- 7.6.5 Movimientos internos con cambio de residencia en Chile por plan migratorio.
- 7.6.6 Algunas acciones de apoyo a vivienda.
- 7.6.7 Campamentos, situación de calle y riesgos en salud.
- 7.6.8 Reemergencia de enfermedades por condiciones precarias de vivienda.

A continuación, se exponen algunas citas que reflejan el parecer, experiencias y visión de actores clave en materia de vivienda en este contexto de estudio determinante social de la salud.

- 7.6.1. Situación de calle y necesidad de ayuda humanitaria: “Más que un programa de salud es un programa de ayuda humanitaria por las necesidades tan fuertes que hay en la población migrantes muchos en situación en calle igualmente” (ONG nacional, norte de Chile)-
- 7.6.2. Indigencia en frontera y ciudades del norte de Chile: “Casos muy críticos de mujeres embarazadas, niños recién nacidos, en las plazas, en las playas. Climas cálidos en el norte por lo que podían quedarse en la calle. Observamos muchas personas en condiciones de indigencia, piden dinero, y después duermen en residencias, niños sin ninguna regularización.” (autoridad de gobierno, norte de Chile). Comentan la necesidad de realizar catastros para diagnosticar la situación: “Catastro. La mayoría estaban en situación de mendicidad. Llegan a Chile en condiciones críticas: “Protocolos Regionales de Atención de primera acogida, esto implicó trabajar con las oficinas de protección. Proceso de difusión a la asimilación cultural sobre todo en la calle porque

estaban todos en la calle. Cualquier persona que pase sabe y los ve que eran migrantes viviendo en la calle.” (autoridad de gobierno, norte de Chile).

7.6.3. Viviendas precarias: “Situación de vida es muy precaria, trabajos informales por situación irregular, y viviendo en la playa, en la calle, poco acceso alimentación, educación, vivienda.” (experto nacional en Chile).

7.6.4. Cambio permanente de vivienda en familias y personas migrantes en Chile: “La mayoría de las personas solo entran y buscan reunificarse con sus amigos casi siempre, y después amigos. Pocas personas con dirección permanente. Al no tener las condiciones se empezaron a generar redes en campamentos donde usaban ese domicilio. Igual complicado dar seguimiento en los campamentos. Residencias informales que es por día así que igualmente era muy complicado dar seguimiento. Estos flujos muy diferente al flujo de colombianos, nos hemos enfrentado a situaciones muy críticas de pobreza.” (autoridad de gobierno, norte de Chile).

7.6.5. Movimientos internos con cambio de residencia en Chile por plan migratorio: “Algunos de los migrantes sobre todo apoyados por la OIM solicitan su traslado a Santiago y Valparaíso, y muchos de ellos ingresan por aquí y se registran, pero después se van. Situación complicada sobre todo al principio en términos de migrantes en condición de calle tomaron las plazas, la playa, y se desplazaron a otro campamento ubicado al sur de la ciudad hoy hay 140 personas.” (experto nacional en Chile).

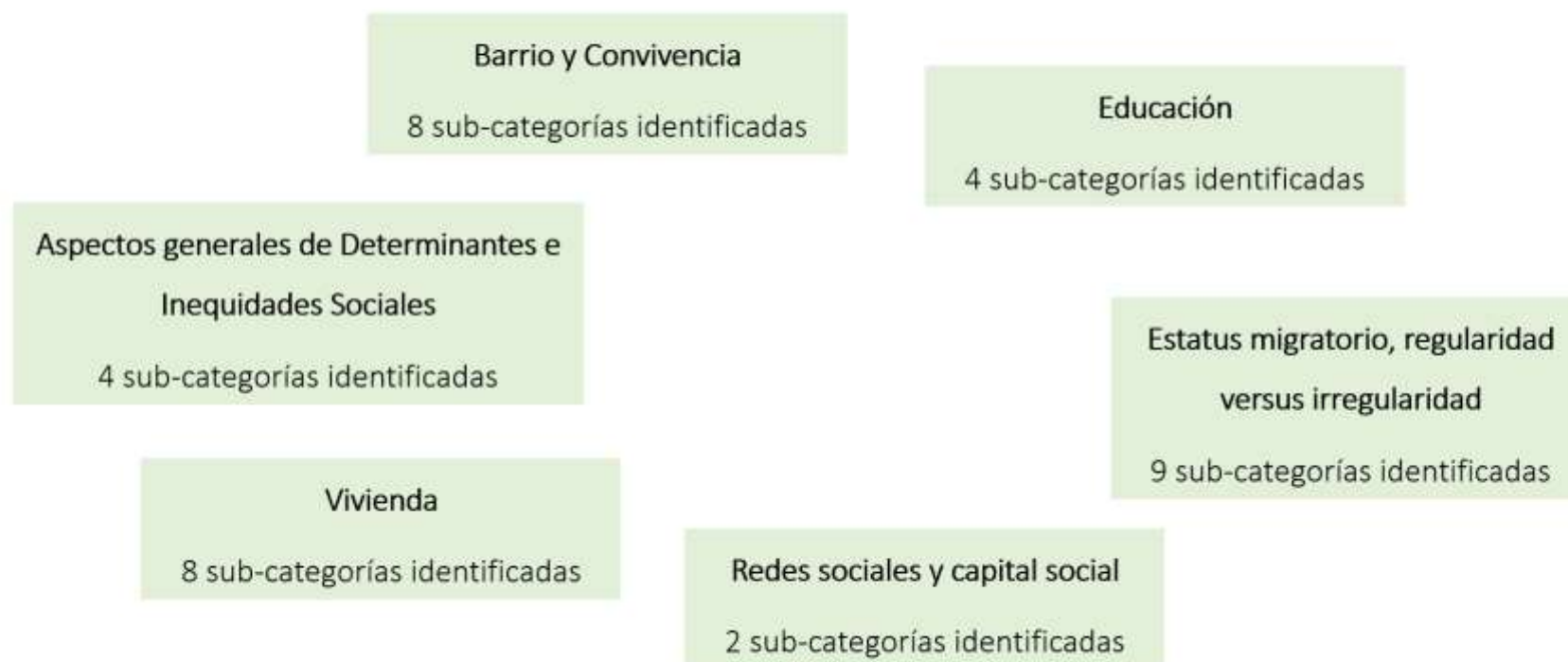
7.6.6. Algunas acciones de apoyo a vivienda: “Una vez que llega la pandemia comienza la pérdida de empleos por las cuarentenas, familias migrantes entrando por pasos no habilitados, en situaciones muy precarias, y ahí se activa el financiamiento. Se entregan subsidios de arrendamiento, pago de trámites migratorio, alimentación, y armando los kits que surge a partir del COVID.” (ONG nacional, norte de Chile). Lo mismo comentan participantes a nivel nacional, en especial con apoyo de sociedad civil: “Interacción

directa con el Departamento de Desarrollo Social para coordinarnos ya que muchas de las necesidades de las personas migrantes se intersectan con falta de vivienda, educación, servicios básicos, sobre todo los que están en situación de calle” (organismo internacional en Chile). También incluye coordinaciones con tomas y campamentos, así como alojamientos temporales instalados: “Coordinación del funcionamiento de campamento Playa Lobitos en Iquique originalmente creado para recibir migrantes de distintos países (Venezuela, Bolivia, Perú etc.) de forma transitoria, pero luego las familias se empezaron a quedar de forma más permanente. Actualmente reciben personas principalmente de Venezuela. El Ministerio del Interior es quien coordina y supervisa el funcionamiento de este lugar.” (experta nacional en Chile).

7.6.7. Campamentos, situación de calle y riesgos en salud: “Tema importante el de las condiciones climáticas en las que se encuentra el campamento, donde hay carpas, pero está al aire libre y cada vez está haciendo más frío.” (experta nacional en Chile). Otros comentan: “Retos fuertes importantes a la infancia expuestos a cosas que no son de niños “envejecimiento” de los niños, expuestos a violencia, a condiciones precarias, a condiciones de calle, sol en la playa, calor poca higiene, falta de juego, rutina, educación. Muchos tienen rezagos importantes por llevar tanto tiempo de viaje.” (organismo internacional, norte de Chile). Exceso de calor y de sol durante el día en el norte de Chile, al ser zona desértica: “Niños en situación de calle viviendo en la playa, quemaduras, mala situación de higiene incluso llegando en Chile, niños con quemaduras por la condición en las que viven, pulgas, alergias por estar en la playa, esos casos llegaban a los servicios de urgencias. Por situación de calle.” (ONG nacional, norte de Chile).

7.6.8. Reemergencia de enfermedades por condiciones precarias de vivienda: “Hemos tenido que adaptarnos sobre todo como proveedores de salud a condiciones que no se veían en Chile o que no son comunes como malaria, parásitos. Situación en la que los migrantes pernoctan es muy complicada falta de higiene, poca alimentación, muchas veces necesitan pro bióticos” (organismo internacional, norte de Chile).

Determinantes sociales de la salud (DSS)



8. RESULTADOS V: POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTRUMENTOS LEGALES

Las políticas y los instrumentos legales son dimensiones clásicas de los DDHH en relación a salud (y otras áreas), lo cual es reflejado conceptos como “*Political Determinants of Health*” siguiendo inspiraciones desde el siglo 19 y “*Legal Determinants of Health*” (77). Preguntas analíticas, que en gran medida son transversales con otras dimensiones, que fueron guía para el análisis de resultados de esta sección son las siguientes cuatro: ¿Hay políticas públicas basadas en DDHH para mejorar la salud de los/as migrantes en las fronteras?, ¿Cómo se presentan los DDHH en estas políticas, cumplen con los principios por ejemplo de universalidad y los requerimientos del D a las Salud (AAAQ y determinantes)?, ¿Hay “cobertura universal” o iniciativas para avanzar? Y ¿Hay instrumentos legales, como litigios estratégicos o tutelas?

8.1. Contexto general del derecho a la salud en Chile

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales, fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. En la actualidad, este tratado ha sido firmado y ratificado por 160 países y la protección social se inscribe en el marco de los derechos ciudadanos. En el año 2002, los países de América Latina y el Caribe acordaron iniciar esfuerzos para extender la protección social en salud. Protección Social en Salud se definió por OPS, en la 36ª Sesión Comité Ejecutivo del 25 de marzo de 2002 en Washington, DC como “garantía que la sociedad otorga, por conducto del Sistema de Seguridad Social en Salud y por medio de sus instituciones públicas, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus demandas de salud, al obtener acceso a los servicios de manera adecuada al sistema de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. La protección social en salud aparece también como una de las 8 Áreas de Acción definidas en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas en junio de 2007. Asimismo, todos los Ministros de Salud de Iberoamérica se comprometieron a combatir la exclusión en salud y construir sistemas integrados de protección social con la firma de la declaración de Iquique realizada en Chile en Julio de 2007 (92, 93).

La mayor parte de las Constituciones de la región de Latinoamérica aseguran formalmente el derecho a la salud de sus poblaciones. Chile incluyó el derecho a la salud pública en su Constitución en 1925. Este texto Constitucional establece que el Estado tiene el deber de resguardar el derecho al trabajo, además de hacerse cargo de la seguridad social y la salud pública. La Constitución de 1980 consagra el derecho a la protección de la salud, pero deslinda al Estado de la obligatoriedad de hacerse cargo de la provisión de los medios para el ejercicio de este derecho, otorgándole un rol subsidiario en la materia y brindando un papel más importante al sector privado, particularmente en su inciso final donde establece el derecho de toda persona a elegir libremente el sistema de salud, sea estatal o privado, al cual acogerse (93). Pese al reconocimiento de estas garantías, en la práctica Chile presenta grandes diferencias de oportunidades de acceso y uso efectivo de servicios de salud entre grupos sociales (94). Por esta razón, la Reforma de Salud de Chile del año 2005 intentó abordar estos pilares de protección social y se fundamentó en cinco conceptos esenciales: (i) derecho a la salud, (ii) equidad en salud, (iii) solidaridad en salud, (iv) eficiencia en uso de recursos, (v) participación social en salud (95, 96).

8.2. Derecho a la salud en migrantes internacionales en Chile

El Ministerio de Salud comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas. Progresivamente se ha ido avanzando en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo con la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización y a los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. El proceso de adecuación normativa ha significado la ampliación gradual de derechos de la población migrante en el sistema de salud en los ámbitos de seguridad social y laboral, acceso y atención materno-infantil, inmunizaciones, urgencia, refugiados, víctima de trata de personas y tráfico ilícito de migrantes, entre otros (Tabla 3). Destacan los siguientes elementos del derecho a la atención hacia migrantes internacionales en Chile:

- Las y los extranjeros que cuenten con un permiso vigente para permanecer en el país, ya sea en calidad de titulares o dependientes, tienen derecho al acceso a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales.
- Las personas extranjeras que carezcan de documentos o permisos vigentes para permanecer en el país y que suscriban un documento declarando su carencia de recursos, serán beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud según lo estipulado en el artículo 6° letra e) de la ley 18.469.
- Asimismo, las y los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública contenidas en el artículo 10 de la ley 18.469 y cualquier otra de análoga naturaleza incluida la atención del virus de inmunodeficiencia humana, de infecciones de transmisión sexual y demás acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.
- La mujer embarazada y el niño recién nacido, hasta los nueve años, tendrán derecho a la protección y control de salud del Estado, de conformidad al artículo 9° de la ley 18.469.
- Además, las y los extranjeros, con independencia de su situación migratoria, tienen derecho a atención de salud en caso de urgencia vital, sea en establecimientos públicos o privados, de conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la ley 18.469.

En conciencia de los procesos globales de flujos migratorios relevantes para Chile, el más reciente Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (97) y su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (98) del Ministerio de Salud manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales, tal y como se define en el Eje Estratégico N°5 de Equidad y Salud en todas las Políticas, englobando Salud Intercultural, Equidad de Género, Salud para Inmigrantes y Salud para Personas Privadas de Libertad. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales, que fue lanzado en octubre del 2017. El propósito de esta política es contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, con equidad, enmarcado en el enfoque de derechos humanos. A la fecha, se llevan dos años de trabajo en torno al Plan de Acción de dicha política, que se espera permita instalar en forma concreta prácticas, capacidades

y recursos para el acortamiento de brechas de acceso, uso efectivo, calidad y satisfacción entre población migrante internacional y población nacional. Los 7 lineamientos estratégicos de esta política son los siguientes: (i) Armonización y adecuación del marco normativo, (ii) Sistema sensible a las personas migrantes: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud; (iii) Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial, (iv) Transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud, (v) Monitoreo, seguimiento e información de salud, (vi) Trabajo, salud y migración, (vii) Comunicación y desarrollo de acciones en contra la discriminación xenofobia y estigmatización de personas migrantes.

Tabla 3. Acciones y mecanismos administrativos que protegen el derecho a la salud hacia migrantes internacionales en Chile.

Artículo 19 numeral 2° de la Constitución Política de Chile de 1980	Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley.
Decreto Supremo N.º 110 de 2004	Fija las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes – Tramo A de FONASA –, dando fórmulas de cálculo para ello.
Decreto supremo N° 67 de 2015	Incorporó una cuarta circunstancia de carencia de recursos consistente en: “(4º) Tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos”, permitiendo así que las personas en dicha circunstancia puedan ser considerados beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud.
Oficio Circular N°1179 del 2003	Se instruye a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo.
Oficio Circular N.º 6232 del 2003	Amplía el beneficio mencionado para las mujeres extranjeras que, habiendo tenido residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar tanto su condición de irregularidad, como que

	son atendidas en consultorios públicos correspondientes a su domicilio.
Resolución Exenta N.º 3972 del 16 de junio 2007	Aprueba que las personas migrantes que se encuentran en calidad de refugiados, en virtud del Convenio celebrado entre el FONASA y la Subsecretaría del Interior, aprobado por la R. E. N° 2453 de 2007, se les asegura la entrega de completa cobertura de salud.
Resolución Exenta N°1914, de 10 de marzo de 2008	Se acuerdan procedimientos necesarios para proporcionar atención en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones de sus pares chilenos a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años migrantes, con independencia de su situación migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales.
Oficio ordinario N° 3.229, de 11 de junio de 2008	Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, se instruyó que las personas extranjeras que se encuentren en Chile en condición migratoria irregular tienen derecho a atención médica de urgencia.
Oficio Circular A 15 N° 06, de 06 de junio de 2015	Desvincula la atención de salud de la situación migratoria y establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años; a casos de urgencia donde se establece que sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas.
Circular A 15 N°4, de 13 de junio de 2016	Instrucciones para la implementación del Decreto Supremo N° 67 que permite que personas migrantes internacionales en situación irregular y con carencia de recursos puedan inscribirse al sistema público de salud.

8.3 La respuesta sanitaria en migrantes en tiempos de pandemia

En el contexto de pandemia por SARS-CoV-2, en Chile se han implementado una variedad de respuestas dirigidas a la población migrante internacional, en el marco del decreto N° 1 del 07 de enero del 2021 del Ministerio de Salud que prorroga la vigencia de la alerta sanitaria (99) y el decreto N° 12 (100) que modifica las facultades del gobierno para la emergencia.

- La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud en su documento de recomendaciones generales para atención en atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2 insta a **identificar las poblaciones vulnerables**, que podrían enfrentar barreras de acceso incluyendo a migrantes internacionales (101).
- La circular N°14 el 18 de junio de 2020 permite adjuntar el certificado de Antecedentes Penales del País de origen en forma digital sin apostillado por el periodo de 120 días corridos desde el 1 de junio, facilitando la **postulación a visas** (102). A partir del 6 de agosto de 2020 el DEM anunció la reducción de requisitos para solicitudes de permanencia definitiva, carta de nacionalización y prórroga de visa temporaria. Además, habría interoperabilidad entre instituciones para evitar que el migrante deba movilizarse hacia ellas (103). A partir del 8 de junio el DEM ofrece a los migrantes que quedaron desempleados una ampliación de 150 días en el plazo para presentar contrato con nuevo empleador para no caer en la irregularidad (104).
- El 23 de septiembre de 2020 el Departamento de Extranjería y migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública en el marco de la **digitalización de trámites**, habilitó el estampado electrónico no presencial. Esta medida permite la entrega de visas y prórrogas mediante certificados electrónicos con códigos de validación reduciendo los trámites presenciales a los migrantes (105).
- La Resolución N° 395 exenta promulgada el 2 de febrero de 2021 modifica la resolución N° 2.087 exenta de 2019. Esta última **extendía hasta el 2021 la vigencia de pasaportes y cédulas venezolanas** que fueron expedidas desde 2013. La resolución actual mantiene la vigencia de

dichos documentos hasta abril de 2023. Esto permite que los migrantes venezolanos con permiso de residencia transiten y realicen trámites como prórrogas de visa, estampado, solicitud de certificado de permanencia (106).

- El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos el día 3 de febrero de 2021 actualizó el decreto N° 34 que **extiende la vigencia de cédula de identidad para extranjeros** hasta el 28 de febrero de 2022; con el propósito de evitar contagios masivos de migrantes en las oficinas del Servicio de Registro Civil e identificación. Este beneficio aplica para Las cédulas vencidas o por vencer durante el 2019, 2020 o 2021 siempre que la persona cuente con permiso de residencia (107).
- El 16 de febrero del 2021 la mesa social COVID-19 conformada por expertos y autoridades expuso su preocupación por la crisis humanitaria relacionada a las **expulsiones administrativas** que contrastan con las políticas que promueven la integración de los migrantes. Además, emiten su postura acerca las barreras de acceso a la vacunación a población migrante en situación administrativa irregular y la necesidad de fortalecer el equipamiento y recursos en la frontera norte (108). En 2020 la mesa social de discutió el impacto de la pandemia en la salud mental destacando el riesgo de la población migrante internacional. La vulnerabilidad surge al ser parte de los trabajadores durante cuarentena, exposición que se agudiza según la situación migratoria y prácticas discriminatorias de la sociedad. A partir de estos antecedentes, la mesa social propone considerar a los migrantes internacionales en las políticas y acciones para prevenir tratos injustos, acceso a bienes y servicios, generar fondos solidarios, y así limitar el crecimiento de la desigualdad (109).
- El Ordinario N° 873 promulgado el 24 de marzo del 2021 por la Subsecretaria de redes asistenciales que establece las medidas extraordinarias de contratación y disposición del personal clínico, habilita la **contratación y ejercicio de médicos extranjeros** cuyo título no esté revalidado en Chile (110). Medida que fue implementada también durante el 2020, según análisis del Servicio Jesuita a Migrantes en el Registro Nacional de Prestadores individuales de la Superintendencia de Salud se incorporaron 530 profesionales extranjeros en el periodo marzo a junio 2020, accediendo a la oportunidad de poder ejercer en el territorio nacional (111).

- Con respecto a la **vacunación contra el COVID-19**, existen disposiciones legales que definen la cobertura de las personas que residen en el territorio. Inicialmente la resolución exenta N° 1138 de 24 de diciembre de 2020 establece la vacunación para las personas que hagan parte de los grupos objetivo que vivan en Chile (112). Esta disposición fue complementada con la resolución exenta N° 136 del 10 de febrero de 2020 que detalla a quienes se les considera que “viven en el país” (aquellos con nacionalidad chilena, permanencia definitiva, visa de residente, visa de estudiante, visa sujeta a contrato o en trámite de visa temporal o definitiva) excluyendo a las personas que permanecen de forma transitoria exclusivamente con visa de turismo (la cual adquiere todo migrante que ingrese al país sin otro permiso de residencia consular, vigente por 12 semanas) o se encuentran de paso por el territorio. Lo anterior permitía que accedieran a la vacuna los migrantes en situación irregular que acreditaran domicilio y desearan permanecer en el país. Para lo cual debían acudir según calendario de vacunación presentando algún tipo de identificación (por ejemplo, pasaporte o cédula del país de origen) para facilitar la trazabilidad (113). El marco regulatorio más reciente que establece la cobertura de vacunación del COVID-19 en migrantes internacionales tanto en situación administrativa regular como irregular es el Ordinario N° 118 del 26 de marzo de 2021 del Ministerio de Salud, que recalca la complementariedad de las demás disposiciones mencionadas. Precisa que en el caso de los migrantes en situación irregular podrán acceder al estar cubiertos por Fonasa o al acreditar el ánimo de permanecer en el territorio chileno. Esta cobertura se enmarca en el decreto N° 110 de 2004 mecanismo decreto supremo N°67 de 2015 que acredita a los migrantes en situación irregular como beneficiarios del Régimen General de Prestaciones de Salud al declarar su carencia de recursos (114). Durante etapas tempranas del plan de vacunación, hubo controversia en torno a la población que podría quedar sin cobertura. La Red Chilena de Investigadores en Salud y Migración (RECHISAM) emiten el 11 de febrero de 2021 el Documento de Posición “Acerca de la vacunación nacional contra COVID-19 en poblaciones migrantes en Chile”(115). En este documento hacen referencia a las restricciones que podrían experimentar los grupos migrantes que no son considerados dentro del grupo que “viven en el país”, por ejemplo, refugiados y personas en movilidad con visa de turista o en situación irregular que buscan acogida (resolución exenta N° 1138 del 24 de diciembre de 2020). Destacan la exclusión humanitaria de una población que se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad, principalmente aquellos que hacen parte de los grupos priorizados para vacunación como adultos mayores y personas con

enfermedades crónicas. Esta situación de vulnerabilidad y marginalización es agravada ante la dificultad para regularizar la situación migratoria y acceder a beneficios del Estado. Desconociendo el contexto de crisis humanitaria y crisis socio-sanitaria que impacta a esta población. Así como también su derecho a la salud, protección de la vida y dignidad. En este documento se insta a asegurar el derecho a la salud a todo aquel que se encuentre en el territorio, considerar vacunas como un bien público sin discriminación o exclusión, y adoptar un enfoque regional de la migración que considere las crisis actuales bajo la comprensión de la complejidad de la migración y la pandemia (115). Asimismo, el Documento de Posición del 12 de febrero de 2021 de RECHISAM “Acerca de la crisis humanitaria y de salud que viven miles de migrantes en contexto de Pandemia en la zona norte de Chile” insta a la vacunación para todo aquel que se encuentre en el territorio chileno. En línea con lo dispuesto por Naciones Unidas donde se destaca la obligación de los gobiernos de vacunar población migrante en igualdad de condiciones, independiente del estatus migratorio. A pesar de que el marco regulatorio más reciente amplía la cobertura, durante la ejecución del plan de vacunación, se han denunciado dificultades para el acceso en población migrante internacional (116). Ante estas denuncias, la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Región Metropolitana emitió un comunicado de prensa en mayo de 2021 en el cual aclara que la vacunación se realiza en igualdad de condiciones a todo residente, sin que esto implique revisión de su situación migratoria. Aclarando que solo quedan por fuera las personas turistas o aquellos que solo quieran ingresar a Chile con intención de vacunarse (117).

- El 5 de abril del 2021 se dispuso el cierre temporal de fronteras con el decreto N° 82 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Sin embargo, se habilitó la **salida por motivos de carácter humanitario** y la entrada para migrantes con visa de residencia (118).
- El 11 de abril de 2021 se promulgó la nueva ley de migración y extranjería por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Esta ley dispone los derechos, deberes y obligaciones de los migrantes. Entre estas disposiciones se incluye la solicitud de **visa en consulados de país de origen** previo al ingreso a Chile y facilita las expulsiones administrativas. Además, se crea el Servicio Nacional de las Migraciones con Direcciones Regionales para recibir atención y

orientación a lo largo del país (119).

- A partir del 12 de abril de 2021 hasta el 12 de octubre de 2021 se habilita el **trámite en línea de permanencia definitiva** para los migrantes originarios de Brasil, China, Perú, Cuba. Al término de este periodo entre los 60 días posteriores (12 de diciembre de 2021) deben presentar el certificado de antecedentes penales del país de origen en sucursales de ChileAtiende (120).
- El 20 de abril del 2021 se dio inicio al segundo proceso de **regularización migratoria en línea** para migrantes que ingresaron a Chile antes del 18 de marzo de 2020. Esta medida aplica únicamente para aquellos que ingresaron por paso habilitado y no tengan antecedentes penales, mientras que aquellos que ingresaron por pasos no habilitados puede salir de Chile sin multa y tramitar la visa en el consulado del país de origen. La regularización permite aplicar sin sanciones una a visa temporal y otorga permiso de trabajo durante el trámite de la misma (121).
- El Ministerio de Salud de Chile habilitó **residencias sanitarias** con servicio de hospedaje, alimentación y monitoreo médico. Estos recintos están dirigidos principalmente a personas que no cuenten con condiciones para el aislamiento domiciliario y sean definidas como caso confirmado, probable o sospechoso de acuerdo con la normativa sanitaria vigente. Los migrantes son beneficiarios independiente de su situación migratoria, por lo cual se incluyen en los equipos de trabajo el apoyo de mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos (122). Adicionalmente el Ministerio de Desarrollo Social dispuso albergues en la región Metropolitana a los cuales pueden acceder migrantes internacionales que se encuentren en situación de calle (123).
- La presidencia del senado convocó al diseño de la **agenda de género COVID-19** donde se contemplaron las mujeres migrantes. En esta iniciativa destacaron las siguientes

recomendaciones: (i) una renta básica de emergencia de amplia cobertura, (ii) regularización migratoria para el acceso a apoyos y servicios, (iii) condonación de multas por irregularidad migratoria, (iv) establecer cédula provisoria para acceder a salud pública y a sistema de protección social (124).

- La plataforma del gobierno chileno “ChileAtiende” dispuso un área de información específica denominada “Coronavirus (COVID-19)” dirigida a migrantes internacionales en Chile. En este espacio digital se ofrecen soluciones a preguntas frecuentes ante la contingencia: de vigencia cédula identidad, trámite estampado de visa, trámites presenciales y no presenciales, permiso de turismo por vencer, acceso a fondo de cesantía y opción a soporte en línea con “ticket de ayuda” (125).
- El Estado Chileno dispuso una serie de **beneficios sociales** (bono familiar, subsidios, ingreso familiar de emergencia, ley protección empleo) para la ciudadanía general y a los cuales – potencialmente- pueden acceder los migrantes internacionales. Para ello requieren cédula de ciudadanía para inscribirse en el registro nacional de hogares y acreditar su situación de vulnerabilidad (126). Sin embargo, un estudio publicado por el Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca (marzo 2021), cuyo objetivo fue analizar la situación laboral y los accesos a los beneficios sociales del Estado de los Inmigrantes en Chile durante la pandemia, reveló los desafíos que han enfrentado los migrantes al respecto. El 62% de los encuestados declara haber tenido problema para acceder a beneficios principalmente por no cumplir los requisitos para postular, falta de cédula de ciudadanía o registro social de hogares. Además, el 40,5% declara no haber recibido ningún beneficio, aun cuando el 80,7% reportó reducciones en sus ingresos durante la pandemia (127).
- La asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH) mediante una encuesta en contexto COVID-19 (abril 2020) a Municipalidades que cuentan con el sello migrante (reconocimiento del DEM por promover la inclusión de población migrante) reveló un nivel de **dificultad alta en garantizar el acceso a servicios a la población migrante**; ya sea por desconocimiento de acceso, saturación de los servicios, déficit de información, tiempo a deportación, brecha

idiomática y/o cultural. Además, el personal destaca la urgencia de subsidio de alimentación, agilizar procesos para otorgar cédula, y creación de albergues, entre otras medidas urgentes (128).

Las organizaciones no gubernamentales en apoyo a la población migrante internacional han liderado iniciativas relevantes:

- El sistema de Naciones Unidas en Chile implementará un programa para fomentar la integración socioeconómica de migrantes y refugiados. Esta iniciativa a cargo de la Organización Internacional del Trabajo, Organización Internacional para las Migraciones y Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados y coordinaciones locales, facilita la inclusión socio-laboral de los grupos más vulnerables afectados por la pandemia por COVID-19 (129).
- El Instituto Católico Chileno de Migración (INCAMI) creó la campaña “no más distanciamiento” cuyo objetivo es visibilizar a los migrantes que no califican para beneficios estatales; pues la accesibilidad está determinada por la demostración de ingresos formales y cédula de identidad vigente (130). La organización también ha apoyado gestionando albergues en la región Metropolitana para migrantes con facilidades de alimento y protección personal (131). La dificultad para lograr el retorno humanitario fue abordada por la organización en conjunto con el Fondo Privado de Emergencia para Salud para el financiamiento de vuelos (132).
- El servicio Jesuita a Migrantes (SJM) mediante su aplicación MigrApp provee una plataforma para resolver dudas de trámites migratorios, vivienda, salud y educación, facilitando su integración y acceso a ayuda humanitaria en medio de la pandemia (133). Adicionalmente en su página web el SJM tiene instructivo del sistema de salud en Chile en el cual se indican pasos a seguir ante sintomatología por COVID-19 y necesidad de apoyo psicológico independiente de la situación migratoria (134). EL SJM junto a la comisión de Salud y Migración del Colegio Médico de Chile y otras organizaciones plantearon propuestas específicas para abordar la vulnerabilidad de los migrantes en tiempo de pandemia en protección a los derechos humanos (135).

9. RESULTADOS VI: COOPERACIÓN Y SOLIDARIDAD INTERNACIONAL EN LA REGIÓN

Los DDHH también exigen solidaridad y apoyo internacional. La pregunta referida a esta dimensión de análisis del estudio fue si ¿Hay cooperación internacional, y hasta qué punto cumple con los requerimientos de los DDHH? (por ejemplo: AAAQ, determinantes y principios como universalidad). En esta sección se identifican cuatro dimensiones relevadas por los actores sociales entrevistados: (i) Recomendaciones de mejora y buenas prácticas, (ii) Coordinación entre sectores de cada país, (iii) Enfoque regional y transnacional de las recomendaciones, y (iv) Temas de presupuesto financiero.

9.1 Recomendaciones de mejora y buenas prácticas

Destaca como única categoría de esta dimensión la importancia percibida de la coordinación intersectorial para la salud de personas migrantes en contextos de frontera durante la pandemia SARS-CoV-2 para el territorio norte de Chile-Perú-Bolivia: “Coordinación con otras organizaciones y otros sectores que colaboran en otras esferas y necesidades de los migrantes.” (autoridad local, norte de Chile). También en materia específica de salud con el intersector destacan los participantes: “Asesoría a los migrantes en el CESFAM buena comunicación vínculo con la municipalidad con la oficina de migración, cada usuario que llega acá y que quiere información migratoria se deriva allá.” (experta nacional en Chile).

9.2 Coordinación entre sectores de cada país

En este ámbito se identificaron siete sub-categorías relevantes desde la voz de los actores clave entrevistados, a saber:

- 9.2.1 Coordinación entre organismos internacionales.
- 9.2.2 Coordinación entre organismos y equipos de salud.
- 9.2.3 Coordinación en red en salud.
- 9.2.4 Coordinación intersectorial como una buena práctica.
- 9.2.5 Coordinación para la protección de la infancia.

9.2.6 Coordinación intersectorial que beneficia el acceso a salud.

9.2.7 Programa de duplas sanitarias coordinadas en el territorio, vínculo OPS MINSAL.

A continuación, se describen citas de participantes que ilustran cada una de estas visiones y percepciones.

9.2.1 Coordinación entre organismos internacionales: “COVID adaptar y entrar conversar con organizaciones como OIM, OPS, OMS, ACNUR, entre otros, a nivel local con otras organizaciones de la sociedad civil y ahí se implementaron varias acciones: Duplas sanitarias en terreno. nuevos desafíos urgentes que no tienen que ver con el tránsito, salud mental, atención de salud.” (autoridad de salud nacional).

9.2.2 Coordinación entre organismos y equipos de salud: “Colaboración entre organismos internacionales y proveedores de salud que hacían muchos esfuerzos para atender sobre todo a estos flujos más precarios que ingresaron por el norte durante la pandemia.” (experto nacional en Chile). Lo mismo destacan otros actores clave: “Gracias a la coordinación con otros ministerios y con el apoyo de organismos como la OPS hemos logrado alcanzar a población en situación de calle que además no podía acceder a ciertos servicios de prevención. Velar por el derecho de atención, aunque no tengan documentos, con el Departamento de Jurídico nos hemos coordinado para ejercer e implementar procedimientos para que pueda recibir atención, en paralelo con jurídico, velar por el derecho de niños adolescentes.” (autoridad local, norte de Chile).

9.2.3 Coordinación en red en salud: “Importante tener coordinación con otros servicios de salud, FONASA, etc. Sino es imposible entregar el acceso a servicios de salud.” (experto nacional en Chile).

9.2.4 Coordinación intersectorial como una buena práctica: “Buenas prácticas y lecciones durante la pandemia, coordinación entre NGOs, gobiernos locales, Ministerio de Salud.” (organismo internacional, en Chile).

9.2.5 Coordinación para la protección de la infancia: “Sensibilización en jardines infantiles en CESFAM, Gendarmería, el foco es a las instituciones que se deben de encargar de la

acogida poder fortalecer los conocimientos de la materia por ejemplo cómo pueden acceder a salud, etc. O en situación de cárcel o en los jardines, dirigidos a la sociedad de acogida. Evitar la discriminación en la sociedad.” (experto nacional en Chile).

9.2.6 Coordinación intersectorial que beneficia el acceso a salud: “Aspectos positivos del acceso a servicios de salud y prevención. A través del tiempo se han implementado en la región de buena manera, trabajo fuerte entre salud municipal, SEREMI, hay cohesión y sinergia entre las instituciones y trabajan en conjuntos para poder tener herramientas para evitar barreras administrativas, hemos avanzado en comparación con otras instituciones, trabajo positivo, respecto a las personas migrantes.” (organismo internacional, norte de Chile).

9.2.7 Programa de duplas sanitarias coordinadas en el territorio, vínculo OPS MINSAL: “Duplas sanitarias. Muy importante se ha logrado un nivel de confianza importante sobre el acceso y la interacción con servicios de salud y con otras instituciones. Nivel en terreno has sido clave y muy positivo. Acompañamiento y orientar con otras organizaciones que ya volvieron a presencialidad.” (autoridad local, norte de Chile).

9.3 Enfoque regional y transnacional de las recomendaciones

En esta sub-categoría se destaca la coordinación con cierto nivel regional como beneficio para la salud de personas en frontera: “Aspectos positivos del acceso a servicios de salud y prevención. A través del tiempo se han implementado en la región de buena manera, trabajo fuerte entre salud municipal, SEREMI, hay cohesión y sinergia entre las instituciones y trabajan en conjuntos para poder tener herramientas para evitar barreras administrativas, hemos avanzado en comparación con otras instituciones, trabajo positivo, respecto a las personas migrantes.” (autoridad local, norte de Chile).

9.4 Temas de presupuesto financiero

En esta sub-categoría se releva el tema del programa duplas sanitarias con apoyo financiero OPS MINSAL como positivo: “Enfermera y un técnico de enfermería a nivel, y un técnico social y financiadas por OPS, servicio de salud, hasta marzo 2022. Esto ha sido muy bien evaluado, y ha traspasado fronteras prácticas, innovadora y marcar una diferencia” (equipos de salud, norte de Chile).

Cooperación y solidaridad internacional en la región

Recomendaciones de mejora y buenas prácticas

La importancia de la coordinación intersectorial para la salud de personas migrantes en contextos de frontera durante la pandemia SARS-CoV-2 para el territorio norte de Chile-Perú-Bolivia

Coordinación entre sectores de cada país

1. Coordinación entre organismos internacionales
2. Coordinación entre organismos y equipos de salud
3. Coordinación en red en salud
4. Coordinación intersectorial como una buena práctica
5. Coordinación para la protección de la infancia
6. Coordinación intersectorial que beneficia el acceso a salud
7. Programa de duplas sanitarias coordinadas en el territorio, vínculo OPS MINSAL

Enfoque regional y transnacional de las recomendaciones

Se destaca la coordinación con cierto nivel regional como beneficio para la salud de personas en frontera

Temas de presupuesto financiero

Destaca el programa duplas sanitarias con apoyo financiero OPS MINSAL como ejemplo exitoso de la priorización financiera de programas que promueven el derecho e integración en salud de personas migrantes en contexto de pandemia en frontera norte de Chile-Perú-Bolivia

10. RESULTADOS VII: OTRAS DIMENSIONES ANALITICAS RELACIONADAS CON EL PRINCIPIO DE EQUIDAD

“Equidad” es un principio filosófico/moral muy afín a los DDHH, pero no parte del derecho internacional. Sin embargo, es reflejado en el imperativo de la agenda de Desarrollo Sostenible de “*no dejar a nadie atrás*”, que es a la vez una representación fuerte del principio de la universalidad. En la práctica, se traduce en, a lo menos, las dos dimensiones siguientes: interculturalidad y enfoque de género, diferenciales e interseccionalidad.

10.1. Interculturalidad

Esta dimensión considera diferentes concepciones, propuestas y prácticas de interculturalidad vigentes en los diferentes países. Preguntas clave para esta dimensión en este estudio fueron las siguientes: ¿En las fronteras se adoptan acciones que sean inclusivas y valoren las perspectivas de diferentes grupos étnicos, y diversidades culturales? Y ¿Se reconoce el derecho a la diferencia y se promueve de manera inclusiva la convivencia y la participación de diferentes grupos étnicos y culturales en las fronteras?

A partir del análisis de información entregada por los participantes se identifican 5 dimensiones principales de relevancia: (i) percepciones generales sobre interculturalidad, (ii) Aceptación y reconocimiento vs. Rechazo y discriminación, (iii) Construcción vs. Dominación e imposición, (iv) Convivencia desde su diversidad en un contexto compartido y (v) Valoración vs. marginación y exclusión. A continuación se describe cada uno de ellos.

10.1.1 Percepciones generales sobre interculturalidad

En esta sub-categoría se identifican algunas percepciones difusas y generales, la mayoría dando cuenta de esfuerzos normativos que no logran anclaje efectivo en la atención cotidiana en la práctica:

10.1.1.1. Desafío de la implementación de la interculturalidad en la práctica.

10.1.1.2. En educación existe un esfuerzo valioso en Chile.

10.1.1.3. Tensiones de la priorización en la atención de salud en pandemia, con decisiones que favorecen a migrantes y generan tensión en nacionales.

10.1.1.4. desafíos sobre cómo abordar el plan migratorio en el territorio nacional y sus tensiones para el abordaje intercultural.

A continuación se describe brevemente cada una de ellas.

10.1.1.1. Se menciona el desafío de la implementación de la interculturalidad en la práctica: “En el sector salud avanzar en esta implementación el enfoque de interculturalidad de salud, está en la política, pero falta como se implementa, se pone en práctica: formación, capacitación no solo traspaso.” (autoridad nacional en Chile).

10.1.1.2. En educación existe un esfuerzo valioso en Chile: “Educación e Interculturalidad: Programa sensibilización y migración y escuela. Se trabaja en escuelas para promover derechos humanos y combatir cualquier expresión de racismo dentro de la comunidad educativa.” (ONG nacional en Chile).

10.1.1.3. Tensiones de la priorización en la atención de salud en pandemia, con decisiones que favorecen a migrantes y generan tensión en nacionales: “Conflictos en la comuna de Oyahue porque a esta comuna solo llegan transporte tres días a la semana y solo es un bus rural, cuando llegaban las personas cruzaba se habilitaba la posibilidad de dormir en iglesias y cuando llegaba el bus se priorizaba a los migrantes y había mucha tensión con los locales porque ellos no podían viajar quejas fuertes contra las autoridades y el Ministerio de Salud solo trasladaba a las personas que estaban positivo y dejaban en la calle al resto de las personas que no tenían COVID.” (ONG nacional en Chile).

10.1.1.4. Aparecen también desafíos sobre cómo abordar el plan migratorio en el territorio nacional y sus tensiones para el abordaje intercultural: “Preocupaciones que un migrante se quisieran meter a casas de los vecinos y se priorizaba sacarlos de estas comunas más pequeñas. Crisis muy aguda: extranjeros que necesitaban continuar su trayecto hasta RM y no había suficiente test de antígenos, durante los meses de

agosto y septiembre había 500 personas varadas en las estaciones de buses para poder seguir el viaje. No había albergues y centralizado las tomas de PCR la reacción del gobierno fue lenta. Campamento en la terminal de buses, estacionamiento, sin tener que comer, sin baños, etc. Situación de crisis sanitaria no estar preparados para contener a tantas personas que estaban ingresando.” (ONG nacional en Chile).

10.1.2 Aceptación y reconocimiento vs. Rechazo y discriminación

En esta categoría se identifican, a partir de las percepciones de los actores clave incluidos en este estudio, las siguientes áreas relevantes en torno a aceptación y reconocimiento versus rechazo y discriminación:

- 10.1.2.1 La importancia de entrenar/ capacitar en este tema.
- 10.1.2.2 Desafíos del rechazo y discriminación contra migrantes en Chile.
- 10.1.2.3 Razones para rechazo y discriminación podría relacionarse con distancias en prácticas culturales.
- 10.1.2.4 Una estrategia que ha aportado en aceptación e integración en salud y social ha sido la de mediadores interculturales.

A continuación, se describen algunas citas de participantes que ilustran cada una de estas áreas de relevancia.

- 10.1.2.1 Se reconoce la importancia de entrenar en este tema: “Hace falta capacitación y entrenamiento de algunos funcionarios sobre empatía, en el trato, y desarrollar habilidades culturales, conocimiento de los códigos es importante.” (autoridad local, norte de Chile).
- 10.1.2.2 Varios actores clave dan cuenta de los desafíos del rechazo y discriminación contra migrantes en Chile: “Discriminación, racismo, y xenofobia, tratar de entender que aumenta la inseguridad. En Arica hay tensiones entre grupos colectivos de migrantes que ya tiene más tiempo. Comunidad venezolana que tienen más tiempo acá y no están de acuerdo en que el ingreso irregular a veces más anti inmigrantes que los locales. Chile no te corrobora que los migrantes se han incorporado en sectores en donde se ubican otros grupos de migrantes.” (ONG nacional en Chile).

10.1.2.3 Razones para rechazo y discriminación podría relacionarse con distancias en prácticas culturales: “Necesidades estructurales en combinación con temas culturales que a la población chilena les hace ruido” (ONG nacional, norte de Chile). Lo mismo indican otros expertos: “Choque de cultura porque los migrantes tienen prácticas y hacen cosas que aquí no se ven como niños en situación de calle, pidiendo dinero, viviendo en las calles, plazas, playas muy complicado y difícil de aceptar para la población de la sociedad.” (experto nacional en Chile). Esto lleva a algunas ideas como machismo o falta de cuidado de hijos en migrantes: “Retos muy importantes culturales de crianza, educación, machismo; hemos observado que muchos de los nuevos flujos no cuidan a sus hijos y hay cosas que en Chile no se permiten o aprueban.” (equipos de salud, norte de Chile).

10.1.2.4 Una estrategia que ha aportado en aceptación e integración en salud y social ha sido la de mediadores culturales: “Mediadores culturales que apoyaban al SJM no necesariamente por tema de idioma, pero sí de prácticas.” (experta nacional en Chile).

10.1.3 Construcción vs. Dominación e imposición

Se identificó solo una dimensión sobre este punto, similar a lo indicado en el punto 2.3 sobre todo en temas de crianza como medida de descuido o práctica que no es correcta: “Temas de crianza se ven mucho y son muy complicados, crían o no crían a sus hijos de formas muy diferentes a los chilenos. Pueden pasar muchos días y no los bañan por lo tanto generan síntomas en la piel, además de que estar en la intemperie con temperaturas muy extremas frío en la noche y mucho calor en el día. Se les pide más atención y cuidado de los niños, baños diarios, etc.” (autoridad de salud, norte de Chile).

10.1.4 Convivencia desde su diversidad en un contexto compartido

Emergen 5 aspectos principales de esta sub-categoría de convivencia desde la diversidad:

10.1.4.1 Convivencia sana entre algunos grupos de migrantes

10.1.4.2 Diferentes estilos de crianza como problemático

10.1.4.3 Desafío de tratar temas tabúes entre algunos grupos migrantes en Chile, con el propósito de aportar a buena convivencia

- 10.1.4.4 Idioma y el lenguaje común para migrantes cuya primera lengua no es Castellano, pero también con pueblos indígenas y variaciones culturales del Castellano
- 10.1.4.5 Convivencia sana entre algunos grupos de migrantes: “Se indica que la convivencia entre personas migrantes es más fluida y abierta ya que hay un sentimiento de empatía por la experiencia migratoria que no comparten con los/as chilenos/as.” (ONG nacional, norte de Chile).
- 10.1.4.6 Nuevamente, tema de diferentes estilos de crianza aparece como problemático: “Temas de crianza complicado y algunas condiciones de los niños, por ejemplo, desnutrición que acá no se ve.” (equipos de salud, norte de Chile).
- 10.1.4.7 Destaca el desafío de tratar temas tabúes entre algunos grupos migrantes en Chile, con el propósito de aportar a buena convivencia: “Interculturalidad complicada, por ejemplo, a los venezolanos les complicaba que se tocaran temas tabúes como la homosexualidad u sexualidad porque ellos son más conversadores. Para algunos LGBT prefieren eso, pero en general les complica ese tipo de educación en Chile” (experta nacional en Chile).
- 10.1.4.8 Perciben como relevante el tema del idioma y el lenguaje común para migrantes cuya primera lengua no es Castellano, pero también con pueblos indígenas y variaciones culturales del Castellano: “Temas de lenguaje no solamente haitiano sino puquina (Perú) se combina la necesidad de diferentes grupos migratorios” (experta nacional, norte de Chile).

10.1. 5 Valoración vs. marginación y exclusión

En esta dimensión de valoración versus marginación y exclusión, emergen tres aspectos relevantes:

- 10.1.5.1 El desafío de la integración de personas migrantes.
- 10.1.5.2 La ausencia de capacitación permanente podría ser una barrera para la valoración e integración.
- 10.1.5.3 En frontera en los 3 países involucrados, destaca la experiencia de movilidad humana de este territorio de triunvirato.
- 10.1.5.4 Se describe de manera frecuente el desafío de la integración de personas migrantes: 2Si bien esto es muy favorable para los mismos migrantes, refleja que en

Chile en muchos casos presenta obstáculos para una integración social satisfactoria en la sociedad chilena.” (experto nacional, norte de Chile).

10.1.5.5 La ausencia de capacitación permanente podría ser una barrera para la valoración e integración: “Formalmente se tiene acceso a salud y a educación sin importar el estatus migratorio con un número provisorio, pero hay falta de capacitación en los centros de salud porque en un inicio no era fácil y a veces no se les facilitaba el acceso a los migrantes y había desconfianza por los servicios de salud a raíz del rechazo de la sociedad.” (autoridad local, norte de Chile).

10.1.5.6 En frontera en los 3 países involucrados, destaca la experiencia de movilidad humana de este territorio de triunvirato: “La diferencia con otros lugares como Iquique es que aquí estamos acostumbrados a recibir migrantes, pero también están concentrados en la zona del Cerro Chuño por lo que la gente los ve menos, hay menos incomodidad por así decirlo, dado que no los vemos. Esa zona es peligrosa y nosotros por ejemplo no vamos hasta allá. En esa zona viven de todos los migrantes colombianos, venezolanos” (experto, organismo internacional en Chile).

10.2 Enfoque de género y diferenciales, interseccionalidad

En esta dimensión de análisis se consideraron las siguientes preguntas: ¿Cómo se entienden y evidencian en la práctica los enfoques de género en las fronteras?, ¿De qué manera estos inciden en un enfoque de derechos con equidad en salud tanto para hombres como para mujeres?, ¿De qué manera se entienden y se reflexiona en torno a las dobles afectaciones (p.ej. víctima y migrante) o interseccionalidades (p.ej. clase social y género) en las políticas e intervenciones en salud para migrantes en las fronteras?

A partir del análisis de las entrevistas en el nodo de frontera norte de Chile, se identifican las siguientes dos dimensiones relevadas por los actores clave: (i) Dimensión de mujer cuidado y crianza, (ii) Diversidades de género.

10.2.1 Dimensión de mujer, cuidado y crianza

Esta dimensión incluye:

- 10.2.1.1 Retos de crianza y estilos parentales entre migrantes y nacionales, con enfoque de género.
- 10.2.1.2 Separaciones familiares que profundizan inequidades basadas en género en familias migrantes.
- 10.2.1.3 Retos de crianza y estilos parentales entre migrantes y nacionales, con enfoque de género: “Retos muy importantes culturales de crianza, educación, machismo; hemos observado que muchos de los nuevos flujos no cuidan a sus hijos y hay cosas que en Chile no se permiten o aprueban.” (organismo internacional, norte de Chile). Se destacan las diferencias de estilos parentales entre migrantes y locales: “Temas de crianza se ven mucho y son muy complicados, crían o no crían a sus hijos de formas muy diferentes a los chilenos. Pueden pasar muchos días y no los bañan por lo tanto generan síntomas en la piel, además de que estar en la intemperie con temperaturas muy extremas frío en la noche y mucho calor en el día. Se les pide más atención y cuidado de los niños, baños diarios, etc.” (experto nacional en Chile).
- 10.2.1.4 Separaciones familiares que profundizan inequidades basadas en género en familias migrantes: “Hay algunas estrategias de las personas migrantes algunas se

quedan separados o uno ingresa por pasos no habilitados lo que genera desbalance dentro de la misma familia. Por ejemplo, mujeres que no pueden trabajar y esposo sí así que las dinámicas de género se refuerzan.” (experto nacional en Chile).

10.2.2 Diversidades de género

Dos aspectos destacan en este ámbito:

10.2.2.1 Desafíos de hablar sobre temas tabú que están relacionados al género y a la diversidad.

Desafíos de hablar sobre temas tabú que están relacionados al género y a la diversidad: “Interculturalidad complicada, por ejemplo, a los venezolanos les complicaba que se tocaran temas tabús como la homosexualidad u sexualidad porque ellos son más conversadores. Para algunos LGBT prefieren eso, pero en general les complica ese tipo de educación en Chile” (experto nacional en Chile).

10.2.2.2 Salud mental en poblaciones de diversidad sexo-genérica.

Salud mental en poblaciones de diversidad sexo-genérica: “Y se habla poco de salud mental lo incierto, sin planes migratorios y claridad. Población LGTBI un caso, transfemenino, y la transferimos al CESFAM y decía que no la querían recibir. Hablamos con la dupla y nos dimos cuenta de que le tocó su turno y falta mucho tiempo y no estaba categorizada por prioridad de necesidad de salud. Mucho estrés también por la presencia familiar.” (equipos de salud, norte de Chile).

Otras dimensiones analíticas relacionadas con el principio de equidad.

INTERCULTURALIDAD

1. Percepciones generales sobre interculturalidad
2. Aceptación y reconocimiento vs. Rechazo y discriminación
3. Construcción vs. Dominación e imposición
4. Convivencia desde su diversidad en un contexto compartido
5. Valoración vs. marginación y exclusión

ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIALES E INTERSECCIONALIDAD

1. Dimensión de mujer cuidado y crianza
2. Diversidades de género

11. RESULTADOS VIII: INTERSECCIONALIDADES Y CORRELACIONES ENTRE DIMENSIONES

Realizamos un análisis final, una vez que codificamos todas las entrevistas en profundidad realizadas, para explorar las interseccionalidades y las correlaciones entre las dimensiones encontradas. Al tener tanta riqueza y tantos datos recolectados es importante realizar un análisis de co-ocurrencia o correlación para observar qué dimensiones se intersectan con otras, es decir cada cuánto están coincidiendo. Esto responde en parte a la técnica de triangular que se utiliza en la metodología cualitativa (90), en donde no solo se realiza la codificación unilateral, sino que se verifica el análisis al acudir a estas herramientas. La intersección o correlación entre dimensiones o variables verifica que hay temas emergentes o tendencias dentro de los datos que el investigador identifica al realizar el ejercicio de analizar mediante la codificación. Utilizamos la herramienta de análisis *co-occurrence* que ofrece el software Dedoose para obtener una tabla (**Resumen de análisis de interseccionalidades y correlaciones entre dimensiones**) en donde podemos ver la frecuencia de codificación entre variables.

En el resumen de análisis podemos observar que dentro de la dimensión de “Derechos Humanos” se codificó el “deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales” con la dimensión de “Acceso a salud” y su subcódigo “Accesibilidad-barreras A”. Por lo que varios de los participantes coinciden que el rol del Estado es clave para la accesibilidad de servicios de salud. Otro ejemplo, en donde encontramos una co-ocurrencia alta fue la sub-categoría de “Derechos Humanos” de “igualdad y no discriminación” junto con “Accesibilidad-barreras A”. Demostrando que uno de los factores más importantes que obstaculizan el acceso a servicios de salud es la falta de igualdad y no discriminación hacia los migrantes y personas en tránsito. Otra intersección presente en la codificación fue cómo la situación en el “origen” de los migrantes venezolanos explica el “cambio de flujos” y características de las personas que cruzaron por pasos no habilitados durante la pandemia. En las entrevistas escuchamos que ingresaron adultos mayores, mujeres embarazadas, y familias enteras; lo cual se veía con menor frecuencia antes de la pandemia. Se utilizaron estas co-ocurrencias para hacer un análisis más profundo de las dimensiones mencionadas en este documento.

Resumen de análisis de interseccionalidades y correlaciones entre dimensiones

	Acceso a Salud (s	Accesibilidad-ba	Aceptabil	Calidad (t	Continuic	Disponib	Necesida	Satisfacci	Sub-categ	Contexto P	Acceso a	Acceso a	Adhereni	Albergue	Cambio d	Cambio e	Impactos	Profundi	Profundi
1																			
2	Acceso a Salud (según elementos de	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
3	Accesibilidad-barreras (A)	2	0	2	0	3	1	0	1	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0
4	Aceptabilidad-trato (A)	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
5	Calidad (Q)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Continuidad del cuidado intra-nac	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Disponibilidad A	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8	Necesidades de salud percibidas	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
9	Satisfacción global	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Sub-categorías emergentes de Aco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Contexto Pandemia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	2	3	0	0
12	Acceso a información pertinente	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Acceso a testeo, trazabilidad, aislar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	1	0	0
14	Adherencia y medidas de preven	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0
15	Albergues y residencias sanitarias	1	1	1	0	1	0	0	2	0	2	1	0	1	0	3	4	0	0
16	Cambio de flujos migratorios	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	2	0	0
17	Cambio en las necesidades de salu	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
18	Impactos del cierre de fronteras (e	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	6	1	0	3	0	0
19	Profundización de inequidades (tr	1	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1	4	2	0	3	0	0	0
20	Profundización de inequidades de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Sub-categorías emergentes de con	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Ajustes de programas, acceso a s	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0
23	Vacunación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
24	Declaraciones y/o convenios interna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Aspectos prioritarios dados a las d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Comprensión de las declaraciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Entendimiento del concepto de de	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Derechos Humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	Deber del Estado de otorgar la infr	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	Derecho a la identidad cultural (re	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Derecho a la nacionalidad, registr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Derecho a la participación en asun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Derecho a la transferencia de ahor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
34	Derecho de la reunificación familia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
35	Prohibición de esclavitud, servidur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Prohibición de expulsión e inform	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

12. RESULTADOS DE OBSERVACIONES ETNOGRÁFICAS

Se realizaron múltiples visitas etnográficas al territorio norte del país y frontera norte Chile-Perú-Bolivia, en las cuales se completaron 36 fichas etnográficas. De estas y tras el análisis cualitativo temático desarrollado, se identificaron las siguientes dimensiones principales:

- Falta de albergues y espacios públicos para recibir a los migrantes y personas desplazadas. Sobre todo, en el punto más álgido de la pandemia, en donde las personas que cruzaban no tenían un espacio para protegerse del frío y del sol.
- Tensión de múltiples actores, por ejemplo, taxistas, conserjes sobre la presencia de los migrantes en lugares públicos como playas y plazas.
- Crisis de discriminación y xenofobia en puntos claves del Norte de Chile.
- Desinformación, sobre todo al principio de la pandemia, de cómo acceder a ciertos servicios de salud.
- Respuestas tardías para enfrentar las necesidades emergentes que presentaban los migrantes recién llegados.
- Cooperación importante entre actores internacionales, el gobierno y la sociedad civil para poder responder a las múltiples necesidades de los migrantes recién llegados durante la pandemia.
- El rol de ciertos actores como organismos internacionales fue esencial para poder atender problemas de salud graves, referir y canalizar a niños recién nacidos a los servicios de salud y a mujeres embarazadas que no habían tenido control durante el embarazo.
- Cambios en los flujos migratorios durante la pandemia. Todos los actores comentaron lo complicado que fue enfrentar y atender nuevos flujos nunca antes vistos como niños, mujeres embarazadas y adultos mayores con problemas de salud crónicas.

A continuación, se expone una selección de 3 fichas etnográficas, a modo de representación gráfica de dicha metodología y su ficha de vaciado de observación, que permitió la realización del levantamiento de las visitas y su posterior análisis cualitativo.

Ficha Etnográfica 1

Arica

Cruz Roja Chilena

1 de abril de 2022



- Me recibió muy amablemente la Doctora Encargada de la Macrozona Norte de la Cruz Roja Internacional. Me ofreció café y unas galletas y nos sentamos a platicar en una mesa central de la oficina.
- Me mostró todas las habitaciones y consultorios y me comentó que ellos fueron de las pocas organizaciones que siempre estuvieron activas durante los meses más críticos de la pandemia.
- Hacían visitas presenciales e iban a repartir cosas a las calles.
- Recibían a pocas personas en el consultorio, pero nunca dejaron de recibir personas. Se realizaban bajo protocolos para la prevención del COVID y nadie se enfermó.
- Recursos provenientes de OPS, ACNUR, claves para implementar muchos de los programas que se tuvieron que implementar.
- Después de platicar con ella como una hora u hora y media, sin grabar,

porque me dijo que si quería grabar tenía que pedir permiso a sus superiores y eso tomaba mucho tiempo y trámites; nos fuimos a almorzar y seguimos platicando. Fue muy amable y me recomendó hablar con otras organizaciones que habían estado también respondiendo durante el encierro más fuerte las necesidades de la población y los migrantes.

Ficha Etnográfica 2
Antofagasta
Campamento Establecido
28 de marzo de 2022

- Campamento nace debido al flujo migratorio desde Colombia en 2014, pero también hay población peruana (hay 14 comités de vivienda). Han seguido llegando más personas/familias desde Venezuela para recibir alguna ayuda por parte del campamento (comida, dinero para transporte). Hay un estimado de 2200 familias en este macrocampamento.



- El taxista que me llevó al campamento me dijo que él no entraba para allá y de hecho me dijo que tuviera cuidado que qué andaba haciendo por ahí. Después de la entrevista me fui caminando al CESFAM que está cerca y todo estaba muy tranquilo. Hay una desconfianza generalizada hacia el migrante, sobre todo post pandemia con la llegada de los migrantes venezolanos por pasos no habilitados.
- En este campamento vive la líder comunitaria XXXX, me recibió muy amable en su casa temprano en la mañana se ve que estaba haciendo todavía cosas para estar lista porque tenía una reunión con otros miembros de la comunidad. Me invitó un café y a pasar a la oficina de arriba donde tenía guardados donativos y cosas para cocinar.
- Me contó que durante la pandemia organizaron ollas comunes dentro de la toma para poder ayudar a las familias con hijos que se habían quedado sin empleo. El nivel de organización en la toma es alto dado que es una toma ya con varios años de establecimiento y durante la pandemia se generó una cohesión importante.
- El sentimiento de la toma es un lugar tranquilo en donde la gente se va a trabajar, hay murales en algunas partes de la toma y desde arriba se ve el mar.

Ficha Etnográfica
Iquique
Campamento Provisional Playa Lobitos
30 de marzo de 2022

- Iquique es un punto muy importante de llegada porque fue la ciudad en donde los migrantes hacían su cuarentena después de cruzar por Colchane eran trasladados a Iquique a que esperaran unos días y después se instalaban en ciertas partes de la ciudad, como había restricción de movilidad mucha gente se quedó aquí y se estableció en Playas y en Plazas públicas con ningún tipo de servicio sanitario, y poca ayuda de organizaciones por la contingencia.
- La tensión entre la sociedad de acogida y los migrantes empezó a crecer cuando las restricciones empezaron a levantarse y las familias querían ir a pasear a la playa o a las plazas. Había muchas personas en estas ubicaciones, personas locales con las que hablé comentaban que tenían muy sucio, y que hacían ruido y bulla y fiestas y que tenían a los niños en condiciones no aptas para los niños, sin bañarse, sin dormir bien, expuestos al calor y al sol de la playa y muchas veces tenían quemaduras y problemas en la piel.
- La respuesta a esta crisis fue la apertura de un campamento provisional Playa Lobitos coordinado por una empresa externa contratada por el Ministerio del Interior.
- Interacción directa con población migrante. Actualmente viven aproximadamente 140 personas en el campamento. Interacción e involucramiento directo incluso con temas cotidianos como el cuidado de los niños, su alimentación, temas de violencia doméstica, y violencia al interior del campamento.
- Acoge a migrantes que previamente se habían instalado en espacios públicos (playas, plazas) y que generaban rechazo y críticas por parte de los habitantes chilenos. Ayudan a los migrantes a iniciar el proceso de autodenuncia y prestan el lugar como domicilio para hacer los trámites. También hacen seguimiento al proceso de los migrantes (lugares en los que se establecen).
- El problema con este campamento es que está muy aislado y las personas no pueden trabajar porque es difícil acceder a la ciudad, en el momento de mi vista había unas 140 personas viviendo ahí incluyendo niños, mujeres, familias, y personas solteras.
- La encargada del campamento comentó lo complicado que ha sido lidiar con ciertos temas dentro de este lugar por el aislamiento, la falta de proyectos migratorios, el estrés y ansiedad de estar aislados y no poder trabajar o ir a la escuela y el no saber qué va a pasar después.



13. CONCLUSIONES

Se desarrolló un estudio regional en diversas fronteras de la subregión andina de América Latina, Colombia, Ecuador, Perú y Chile, con el objetivo de sistematizar las experiencias migratorias en espacios fronterizos en tiempo de pandemia por SARS-CoV-2 en estos territorios, con foco en la aplicación efectiva del enfoque de Derechos Humanos en este contexto particular. Este reporte dio cuenta de los resultados del levantamiento primario de información de la frontera norte Chile-Perú Bolivia, una de las fronteras incluidas en este estudio regional.

Como resultados principales de este estudio, destacamos los siguientes:

- La importancia de actores involucrados en el deber del Estado de otorgar información debida respecto a los procesos migratorios y de acceso a servicios sociales
- La importancia del derecho a la nacionalidad
- El derecho a la transferencia de ahorros, ingresos, bienes
- El derecho a reunificación familiar y protección de la unidad de la familia
- La visión unificada de la prohibición de expulsión e informar causales de las medidas

Se identificaron manifestaciones de DDHH cumplidas en la frontera, donde los participantes y las visitas etnográficas destacan:

- Enfoque de DDHH como un deber
- El aporte crítico de la sociedad civil en el cumplimiento de garantías mínimas
- Apoyo inmediato a personas que ingresaron por pasos no habilitados durante la pandemia
- Apoyo en la regularización migratoria
- Convenio de migrantes en algunas comunas de Chile
- Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno
- Trabajo intersectorial en algunos territorios y con algunas entidades de gobierno

Pero también la ausencia de cumplimiento de otras manifestaciones de DDHH en el contexto específico del estudio, entre las cuales se perciben:

- Desafío general del cumplimiento de DDHH

- Reconocimiento de necesidades específicas en mujeres y NNA migrantes en norte de Chile
- Derecho a la reubicación de residencia por encontrarse en espacios públicos o de riesgo en el norte de Chile
- Desinformación general y del sistema de salud
- Miedo a la deportación
- Autodenuncia en Chile por haber ingresado por paso no habilitado como procedimiento que genera barrera, estigma y estancamiento del proceso de regularización

Los participantes de estudio verbalizan la importancia del enfoque AAAQ-C de DDHH en salud y de determinantes sociales de la salud en contexto de migración y fronteras. En este sentido, se mencionan aspectos de inequidades sociales estructurales, vivienda, barrio y convivencia, educación, regularización migratoria y redes sociales y capital social.

La cooperación y solidaridad internacional emerge como un aspecto central en el contexto del estudio. Sobre esto se mencionan los siguientes aspectos relevantes principales:

- Recomendaciones de mejora y buenas prácticas: La importancia de la coordinación intersectorial para la salud de personas migrantes en contextos de frontera durante la pandemia SARS-CoV-2 para el territorio norte de Chile-Perú-Bolivia
- Coordinación entre sectores de cada país: Coordinación entre organismos internacionales; Coordinación entre organismos y equipos de salud; Coordinación en red en salud; Coordinación intersectorial como una buena práctica; Coordinación para la protección de la infancia; Coordinación intersectorial que beneficia el acceso a salud; Programa de duplas sanitarias coordinadas en el territorio, vínculo OPS MINSAL.
- Enfoque regional y transnacional de las recomendaciones: Se destaca la coordinación con cierto nivel regional como beneficio para la salud de personas en frontera
- Temas de presupuesto financiero: Destaca el programa duplas sanitarias con apoyo financiero OPS MINSAL como ejemplo exitoso de la priorización financiera de programas que promueven el derecho e integración en salud de personas migrantes en contexto de pandemia en frontera norte de Chile-Perú-Bolivia.

Con todo, el estudio ofrece una aproximación metodológica y práctica exploratoria e inicial al tema de salud en fronteras con enfoque de DDHH y la importancia de su reconocimiento, investigación y acción política y sanitaria.

Tal y como se propuso en la redacción y ejecución del estudio regional general, se desarrolló un estudio que refuerza los siguientes mensajes centrales:

- La importancia de atender, revisar la implementación y valorar de manera práctica los principios de derechos humanos, tales como la no discriminación, la equidad, la participación y la rendición de cuentas.
- El valor de realizar un estado de situación en fronteras respecto a elementos centrales del derecho humano a la salud, según el derecho internacional como son Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad y Continuidad de la Atención (AAAQ-C).
- La necesidad de indagar y buscar comprender determinantes subyacentes de la salud. El derecho a la salud es más que el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal de salud. La investigación en esta área marcó un énfasis en la importancia de la atención sobre los determinantes sociales, económicos, legales y políticos de la salud, como condiciones centrales del Derecho Humano a la Salud.
- Por último, la centralidad de las políticas públicas y derecho como palanca para la equidad en salud. Los instrumentos legales y el acceso a los tribunales y la justicia son determinantes importantes de la salud, a través del litigio estratégico para hacer cumplir políticas públicas inclusivas. Por otro lado, las leyes pueden impedir el acceso a la salud cuando los derechos a la atención están limitados por el estatus legal.

Este estudio invita a una nueva revisión de estos elementos esenciales del cumplimiento del derecho a la salud en frontera y convoca a la acción en materia de salud pública para Chile y la región.

14. REFERENCIAS

1. McAuliffe AT, A. . TECHNOLOGICAL, GEOPOLITICAL AND ENVIRONMENTAL TRANSFORMATIONS SHAPING OUR MIGRATION AND MOBILITY FUTURES. Switzerland: International Organization for Migration; 2021.
2. Epstein; GS, Gang IN. Migration and Culture , Available at SSRN:. Bar-Ilan University Department of Economics 2010;Research Paper No. 2010-17.
3. Fleischman Y, Willen SS, Davidovitch N, Mor Z. Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. Soc Sci Med. 2015;147:89-97.
4. Cabieses B. Health of migrants: simple questions can improve care. Lancet. 2019;393(10188):2297-8.
5. Cabieses B, Bernales M, van der Laet C. Health for all migrants in Latin America and the Caribbean. Lancet Psychiatry. 2016;3(5):402.
6. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annu Rev Public Health. 2011;32:381-98.
7. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31.
8. Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. Lancet. 2013;382(9900):1227-8.
9. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Am J Public Health. 2014;104 Suppl 4(Suppl 4):S517-9.
10. Marmot M, Pellegrini Filho A, Vega J, Solar O, Fortune K. Action on social determinants of health in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):379-84.
11. Wilkinson RG. The need for an interdisciplinary perspective on the social determinants of health. Health Econ. 2000;9(7):581-3.
12. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Glob Health. 2018;3(Suppl 1):e000603.
13. Castañeda H, Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. Immigration as a Social Determinant of Health. . Annual Review of Public Health. 2015;36(1):375–92.
14. Finn VJ, & Jakobson, M. L. . Mobility During Pandemics: Moving borders and citizenship into uncharted territories. . Cosmos+ Taxis: studies in emergent order and organization. 2021;9(5+ 6):109-21.
15. Cabieses B, Darrigrandi F, Blukacz A, Obach A, Silva C. Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: findings from an opinion poll. Medwave. 2021;21(1):e8103.
16. Bojorquez I, Cabieses B, Arosquipa C, Arroyo J, Novella AC, Knipper M, et al. Migration and health in Latin America during the COVID-19 pandemic and beyond. Lancet. 2021;397(10281):1243-5.
17. Familia MdDSy. Síntesis de Resultados Casen en Pandemia 2020: Trabajo. . Santiago, Chile; 2020.
18. Servicio Jesuita a Migrantes S, Colegio Médico y ICIM. Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile Santiago, Chile.; 2022.
19. Gibson I, Rosenblum, M., Baker, B., & Eastman, A. . COVID-19 Vulnerability by Immigration Status: Status-Specific Risk Factors and Demographic Profiles. 2021. . 2021.

20. Matlin SA, Smith, A. C., Merone, J., LeVoy, M., Shah, J., Vanbiervliet, F., ... & Saso, L. The Challenge of Reaching Undocumented Migrants with COVID-19 Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):9973.
21. Greenaway C HS, Barkati S, Coyle CM, Gobbi F, Veizis A, Douglas P. COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants. . *J Travel Med*. 2020;9;27(7):taaa113.
22. Cleaveland C, & Waslin, M. COVID-19: Threat and Vulnerability Among Latina Immigrants. *Affilia*. 2021;36(3):272–81.
23. Servicio Jesuita a Migrantes S. Dinámicas fronterizas en el norte de Chile el año 2020: Pandemia, medidas administrativas y vulnerabilidad migratoria. Arica, Chile. . 2020.
24. Molenaar J, & Van Praag, L. Migrants as 'vulnerable groups' in the COVID-19 pandemic: A critical discourse analysis of a taken-for-granted label in academic literature. In *SSM - Qualitative Research in Health* 2022;2(100076).
25. Vera Espinoza M, Prieto Rosas, V., Zapata, G. P., Gandini, L., Fernández de la Reguera, A., Herrera, G., ... & Palla, I. Towards a typology of social protection for migrants and refugees in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Comparative Migration Studies*. 2021;9(1):1-28.
26. Al-Kassab-Cordova A, Silva-Perez C, Mendez-Guerra C, Sangster-Carrasco L, Arroyave I, Cabieses B, et al. Inequalities in infant vaccination coverage during the COVID-19 pandemic: A population-based study in Peru. *Vaccine*. 2023;41(2):564-72.
27. Blukacz A, Cabieses B, Mezones-Holguin E, Cardona Arias JM. Healthcare and social needs of international migrants during the COVID-19 pandemic in Latin America: analysis of the Chilean case. *Glob Health Promot*. 2022;29(3):119-28.
28. Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Calderon AC, Alvarez MI, Madrid P, et al. Promoting the Participation of "Hard-to-Reach" Migrant Populations in Qualitative Public Health Research during the COVID-19 Pandemic in Chile. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
29. Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Madrid P, Carreno A, Pickett KE, et al. "If I get sick here, I will never see my children again": The mental health of international migrants during the COVID-19 pandemic in Chile. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277517.
30. Blukacz A, Carreno Calderon A, Obach A, Cabieses B, Peroncini J, Oliva A. Perceptions of Health Needs among Venezuelan Women Crossing the Border in Northern Chile during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22).
31. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Carreno A, Larenas D, Mompoin E, et al. [Towards ethical care in nursing homes during the COVID-19 pandemic: a qualitative study with international migrants in Chile]. *Cad Saude Publica*. 2022;38(9):e00033622.
32. MINSAL. Informe Epidemiológico N° 118 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) Chile 07-05-2021 2021 [Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-118.pdf>].
33. MINSAL. Informe Epidemiológico Caracterización de casos por COVID-19 en población migrante internacional (Semana epidemiológica (SE)10, año 2020, hasta la SE 7, año 2021) 2021 [Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/MIG_COVID_SE_7_2021.pdf].
34. OIM. Diálogo Internacional sobre la Migración: primer taller intermedio La migración Sur-Sur: Asociarse de manera estratégica en pos del desarrollo. 2014.
35. Connor P. India is top source and destination for world's migrants. *Pew Research Center*. . 2017.
36. Trimarchi M, & Gleim, S. . One billion people may become climate refugees by 2050. . 2020.

37. Kaczan DJ, & Orgill-Meyer, J. . The impact of climate change on migration: a synthesis of recent empirical insights. *Climatic Change*. 2020;158(3):281-300.
38. Cerrutti M, & Parrado, E. . Intraregional Migration in South America: Trends and a Research Agenda. *Annual Review of Sociology*. 2015;41(1):399-421.
39. M. C. La migración limítrofe hacia Argentina en la larga duración. In *Migraciones Regionales hacia la Argentina. Diferencia, Desigualdad y Derechos*. Buenos Aires, Argent; 2006.
40. A. P. La migración internacional en América Latina. *Notas Poblac*. 1995;62:177-210
41. Durand JMD. New world orders: continuities and changes in Latin American migration. *Ann Am Acad Polit Soc Sci* 2010;630(1):20-52.
42. A. P. La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. Santiago de Chile; 2003.
43. Cerrutti M MA. *Migrantes Sudamericanos en España: tendencias recientes y perfil de sus migrantes*. Buenos Aires, Argent.; 2011.
44. CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2012*. . Santiago de Chile; 2012.
45. Programme). UUND. *Human Development Report. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*. . New York; 2013.
46. Campillo Carrete B. *South-South Migration*. ISS Working Paper Series/General Series. 2013;570:1-98.
47. De Lombaerde P GF, Povia Neto H. . South-South migrations: What is (still) on the research agenda? . *Int Migr Rev* 2014;48(1):103-12.
48. Hujo K PN. *South-South migration: challenges for development and social policy*. . *Development* 2007;50:19-25.
49. UNICEF. *Migration flows in Latin America and the Caribbean*. . 2019.
50. Martínez JyO, C. *Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe*. . 2016.
51. Canales A. La inmigración contemporánea en Chile. Entre la diferenciación étnico-nacional y la desigualdad de clases. *Papeles de población*. 2019;25(100):53-85.
52. Extranjería. INDElyDd. *Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2019*. Santiago: Autores; 2020.
53. Soto-Alvarado S, Garrido-Castillo, Jaime, & Gil-Alonso, Fernando. *Discourses About the Reasons for Migrating to Chile. From Expulsion to Seeking Professional Fulfilment*. . *Migraciones internacionales*. 2022;13:rmiv1i12491.
54. Stefoni C. *Migración, género y servicio doméstico. Mujeres peruanas en Chile*. 2009.
55. Acosta D, & Madrid, L. . *¿Migrantes o refugiados? La Declaración de Cartagena y los venezolanos en Brasil [Migrants or refugees? The Cartagena Declaration and Venezuelans in Brazil]*. Madrid; 2020.
56. *Declaración de Cartagena CS. Declaración de Cartagena*. Cartagena Eguiguren, MJ (2004). *Colombia más allá de la migración: El refugio humanitario*.; 1984.
57. UNHCR. *Operational data portal: Refugee situations. Asylum-seekers from Venezuela*. Geneva; 2018.
58. Freier LF, & Parent, N. *The Regional Response to the Venezuelan Exodus*. In *Current History* 2019;118(805):56-61.
59. Brumat L, Acosta, D., & Vera Espinoza, M. . *Gobernanza migratoria en América del Sur: ¿hacia una nueva oleada restrictiva? ; 2018*.
60. Finn V, & Umpierrez de Reguero, S. . *Inclusive language for exclusive policies: Restrictive migration governance in Chile, 2018*. *Latin American Policy*. 2020;11(1): 42-61.

61. Development. OfEC-0a. What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children?. 2020.
62. Arroyo Laguna J, Portes, A., Cabieses, B., Cubillos, A., & Torres, I. . La migración venezolana en los Andes: la respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador.; 2022.
63. Obach A, Cabieses, B., & Esnouf, S. . Alternativas de estrategias para aumentar la adherencia a las medidas sanitarias frente al Covid-19 en población de 18 años y más en Chile: Policy Brief. . 2021.
64. Obach A, Cabieses, B., & Esnouf, S. E. . Barreras y facilitadores de la adherencia a las medidas sanitarias para enfrentar el COVID-19 en población de 18 años y más en Chile: estudio cualitativo desde un enfoque generacional y de género en el Gran Santiago, Valparaíso y Concepción. Informe final del estudio.; 2021.
65. MAZZA J. Venezuelan Migrants under Covid 19: Managing South America’s Pandemic amid a Migration Crisis. Wilson Center, Latin American Program Working Paper. . 2020.
66. Servicio Jesuita a Migrantes S. Informe sobre la situación de personas venezolanas en la frontera norte de Chile: Datos y Análisis del contexto en el tránsito de Perú a Chile. . 2019.
67. Silva D. Ciudadanos peruanos acampan frente al consulado y solicitan gestiones para volver a su país. . La Tercera 30 de abril, 2020.
68. Schüller. Galli e ingresos clandestinos: “Es porque están las fronteras cerradas” por la pandemia. . La Nación. 2020, 2 de octubre.
69. Tapia M, Liberona, N., & Contreras, Y. . Cruzar y vivir en la frontera de Arica y Tacna. Movilidades y prácticas socioespaciales fronterizas. En La vuelta de todo eso. 2019.
70. Stefoni C, Cabieses, B., & Blukacz, Á. Migraciones y COVID-19: Cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. . Simbiótica Revista Eletrônica, . 2021;8(2):38-66.
71. Stang MF. De experiencias de solidaridad a la politización en la precariedad: mujeres migrantes y organización social en tiempos de “estallido” y pandemia. . Polis. 2021;60:1-21.
72. Rosas CA, Jaramillo Fonnegra, V., Stang, F., Martínez Espínola, M. V., & Zenklusen, D. . Estrategias colectivas de/para/con migrantes en el marco de la pandemia del COVID-19.; 2021.
73. Cabieses B, Madrid, P., & Molina, D. . Sistematización de experiencia de duplas sanitarias y psicosociales del Programa MINSAL-OPS en contexto de Pandemia en Chile: Programa acceso a la atención de salud a personas migrantes y el impacto de duplas sanitarias y psicosociales en el norte de Chile en contexto de pandemia por COVID-19.; 2022.
74. UNDP. General Comment 14, the right to the highest attainable standard of health. Geneva; 2000.
75. DIHR. AAAQ and Sexual and Reproductive Health and Rights. International Indicators for Availability, Accessibility, Acceptability and Quality. Copenhagen; 2017
76. Abubakar I AR, Devakumar D, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. The Lancet 2018;392(10164):2606–54.
77. Gostin LO MJ, Kaldor J, et al. The legal determinants of health: Harnessing the power of law for global health and sustainable development. The Lancet. 2019;393(10183):1857–910.
78. WHO. World Health Organization. Proposed Health Component in the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. Geneva: WHO; 2020.
79. Battista A, Torre D. Mixed methods research designs. Med Teach. 2023;1-3.
80. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. Ann Fam Med. 2004;2(1):7-12.
81. Creswell JW, Hirose M. Mixed methods and survey research in family medicine and community health. Fam Med Community Health. 2019;7(2):e000086.

82. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res.* 2013;48(6 Pt 2):2134-56.
83. Guetterman TC, Creswell J, Deutsch C, Gallo JJ. Process Evaluation of a Retreat for Scholars in the First Cohort: The NIH Mixed Methods Research Training Program for the Health Sciences. *J Mix Methods Res.* 2019;13(1):52-68.
84. Guetterman TC, Creswell JW, Wittink M, Barg FK, Castro FG, Dahlberg B, et al. Development of a Self-Rated Mixed Methods Skills Assessment: The National Institutes of Health Mixed Methods Research Training Program for the Health Sciences. *J Contin Educ Health Prof.* 2017;37(2):76-82.
85. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):554-61.
86. Guetterman TC, Sakakibara RV, Plano Clark VL, Luborsky M, Murray SM, Castro FG, et al. Mixed methods grant applications in the health sciences: An analysis of reviewer comments. *PLoS One.* 2019;14(11):e0225308.
87. Klassen AC, Creswell J, Plano Clark VL, Smith KC, Meissner HI. Best practices in mixed methods for quality of life research. *Qual Life Res.* 2012;21(3):377-80.
88. Zhang W, Creswell J. The use of "mixing" procedure of mixed methods in health services research. *Med Care.* 2013;51(8):e51-7.
89. Sadler GR LH, Lim RSH, Fullerton J. . Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nursing & health sciences.* 2010;12:369-74.
90. WJ. C. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* Oaks T, editor. California: SAGE Publications; 2003.
91. MD. F. *Ethnography. Step by Step.* California USA: SAGE Publications; 1998.
92. Ministerio de Salud de Chile. *Garantía de Calidad en la Atención de Salud Chile.* Santiago: Ministerio de Salud de Chile,; 2012.
93. OPS, FONASA. *INDICADORES PARA EVALUAR LA PROTECCION SOCIAL DE LA SALUD.* Santiago; 2009.
94. Letelier LM, Bedregal P. Health reform in Chile. *Lancet.* 2006;368(9554):2197-8.
95. Mardones-Restat F, de Azevedo AC. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud publica de Mexico.* 2006;48(6):504-11.
96. Mundt E. [Comments on possible consequences of health reform plans in Chile]. *Revista medica de Chile.* 2003;131(11):1345.
97. MINSAL. *Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020.* 2016.
98. MINSAL. *Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.* 2010.
99. MINSAL. Prorroga vigencia del decreto n° 4, de 2020, del ministerio de salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espil) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov) 2021 [Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154617>].
100. MINSAL. Modifica decreto n° 4, de 2020, del ministerio de salud, que decreta alerta sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (espil) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov) 2021 [Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158008>].

101. MINSAL. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia sars-cov-2 2020 [Available from: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>].
102. MININTERIOR. Circular N° 14 2020 [Available from: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2020/06/Circular-N%C2%B0-14.pdf>].
103. DEM. Extranjería anuncia la reducción de requisitos en trámites digitales 2020 [Available from: <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/extranjeria-anuncia-la-reduccion-de-requisitos-en-tramites-digitales/>].
104. DEM. Gobierno otorga facilidades a extranjeros que perdieron trabajos durante la pandemia 2020 [Available from: <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/gobierno-otorga-facilidades-a-extranjeros-que-perdieron-trabajos-durante-la-pandemia/>].
105. DEM. Extranjería anuncia Estampado Electrónico desde el 23 de septiembre 2020 [Available from: <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/extranjeria-anuncia-estampado-electronico-desde-el-23-de-septiembre/>].
106. MININTERIOR. Resolución N°395 exenta modifica resolución N°2.087 del 2019, del Ministerio del Interior y Secretaria Pública por los motivos que Indica 2021 [Available from: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2021/02/03/42871/01/1891079.pdf>].
107. MINJUSTICIA. Extiende vigencia de cédula de identidad para extranjeros, conforme se indica 2021 [Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143967>].
108. Mesasocial-Covid. Minuta Mesa Social 16 febrero 2021 2021 [Available from: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/02/Minuta-Mesa-Social-16-Febrero-2021.pdf>].
109. Mesasocial-Covid. Salud mental en situación de pandemia: Gobierno de Chile 2020 [Available from: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Mesa-Covid19/documentos/salud-mental.pdf].
110. MINSAL. Ordinario. C31/N° 873 2021 [Available from: <https://hsdgp.com/wp-content/uploads/2021/04/ORD-873-24MAR2021-1.pdf>].
111. SJM. Más de 530 extranjeros han sido habilitados desde marzo para entrar a la red de salud 2020 [Available from: <https://www.migracionenchile.cl/mas-de-530-extranjeros-han-sido-habilitados-desde-marzo-para-entrar-a-la-red-de-salud/>].
112. MINSAL. Resolución exenta N° 1138 Aprueba Lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2 2020 [Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/RE-N%C2%BA-1138-Lineamientos-SARS-CoV-2.pdf>].
113. MINSAL. Resolución exenta N°136 Complementa resolución exenta N°1138 de 2020 del Ministerio de Salud que aprueba lineamientos técnico operativos vacunación SARS-COV-2 2021 [Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136.pdf>].
114. MINSAL. Ordinario A15 N°1188 2021 [Available from: <https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2021/05/ORD-1188-26-03-2021.-vacuna-migrantes-1.pdf>].
115. RECHISAM. Acerca de la vacunación nacional contra COVID-19 en poblaciones migrantes en Chile 2021 [Available from: https://www.elmostrador.cl/media/2021/02/DOCUMENTO-DE-POSICIA%CC%83_N-1-Vacunacion-contra-COVID-19-CON-FIRMAS.docx].
116. RECHISAM. Acerca de la crisis humanitaria y de salud que viven miles de migrantes en contexto de Pandemia en la zona norte de Chile 2021 [Available from:

<https://www.lemondediplomatique.cl/sobre-los-migrantes-en-el-norte-de-chile-por-rechisam.html>.

117. MINSAL. Comunicado de Prensa SEREMI de Salud de La Región Metropolitana 2021 [Available from: <https://www.infomigra.org/seremi-de-salud-rm-aclara-que-migrantes-pueden-recibir-la-vacuna-contr-el-covid-19/>].

118. MININTERIOR. Modifica el decreto supremo nº 102, de 2020, del ministerio del interior y seguridad pública, que dispone el cierre temporal de lugares habilitados para el ingreso y egreso de extranjeros, por emergencia de salud pública de importancia internacional (espii) por brote del nuevo coronavirus (2019-ncov), y extiende su vigencia 2021 [Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157765&idParte=&idVersion=>].

119. MININTERIOR. Ley 21325 Ley de Migración y Extranjería 2021 [Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158549&tipoVersion=0>].

120. ChileAtiende. Permiso de residencia permanente para extranjeros en Chile. 2021.

121. DEM. Gobierno inicia segundo proceso de regularización migratoria 100% en línea 2021 [Available from: <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/gobierno-inicia-segundo-proceso-de-regularizacion-migratoria-100-en-linea/>].

122. MINSAL. ORD B1/Nº 2838 Recomendaciones para la implementación de estrategia en Residencias Sanitarias en el marco de plan de acción del Coronavitus COVID-19. 2020.

123. MigraciónenChile. Más de dos mil migrantes se encuentran acogidos en albergues en la Región Metropolitana 2020 [Available from: <https://www.migracionenchile.cl/mas-de-dos-mil-migrantes-se-encuentran-acogidos-en-albergues-en-la-region-metropolitana/>].

124. SENADO. Presentan agenda de género Covid-19 con propuestas en áreas de trabajo, educación y territorio 2020 [Available from: <https://www.senado.cl/presentan-agenda-de-genero-covid-19-con-propuestas-en-areas-de-trabajo/senado/2020-06-23/134514.html>].

125. ChiileAtiende. Coronavirus (COVID-19) / Migrantes en Chile 2020 [Available from: <https://www.chileatiende.gob.cl/coronavirus/migrante-en-chile>].

126. Gob. Beneficios para familias 2020 [Available from: <https://www.gob.cl/proteccionsocial/familias/>].

127. CENEM. Situación laboral y acceso a beneficios sociales de los inmigrantes 2021 [Available from: <http://www.cenem.utralca.cl/docs/pdf/Estudio%20Situacion%20laboral%20y%20acceso%20a%20beneficios%20sociales%20de%20los%20inmigrantes%20en%20Chile.pdf>].

128. AMUCH. Encuesta de Caracterización de la Población migrante y sus problemáticas en el contexto de la crisis sanitaria derivada del COVID-19 2020 [Available from: <https://www.amuch.cl/wp-content/uploads/2020/04/Encuesta-Characterizacion-de-la-poblacion-migrante-y-sus-problematicas.pdf>].

129. OIT. Sistema de Naciones Unidas en Chile y en México presentan programa conjunto que promoverá la integración socioeconómica de personas migrantes y refugiadas 2021 [Available from: https://www.ilo.org/santiago/sala-de-prensa/WCMS_778909/lang-es/index.htm?shared_from=shr-tls].

130. INCAMI. INCAMI lanza campaña para apoyar a migrantes en medio del Covid-19 2020 [Available from: <https://incami.cl/incami-lanza-campana-para-apoyar-a-migrantes-en-medio-del-covid-19/>].

131. INCAMI. 7 albergues se han gestionado con el apoyo de INCAMI 2020 [Available from: <https://incami.cl/7-albergues-se-han-gestionado-con-el-apoyo-de-incami/>].

132. SJM. Fondo empresarial “Siempre por Chile” dispone de vuelos humanitarios para el regreso de más de mil personas migrantes a sus países de origen 2020 [Available from:

<https://incami.cl/fondo-empresarial-siempre-por-chile-dispone-de-vuelos-humanitarios-para-el-regreso-de-mas-de-mil-personas-migrantes-a-sus-paises-de-origen/>.

133. SJM. MigrApp 2020 [Available from: <https://migrapp.sjmchile.org/>].

134. SJM. Sistema de Salud en Chile 2020 [Available from: <https://sjmchile.org/wp-content/uploads/2020/06/Sistema-de-salud-en-Chile-3.pdf>].

135. SJM. Propuestas respecto de la población extranjera en Chile ante la crisis sanitaria 2020 [Available from: <https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2020/06/Propuestas-SJM-COVID-19.pdf>].

15. ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SECTOR SALUD

Versión #1 20 de octubre del 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Salud de los migrantes en fronteras en tiempos de COVID-19: Evaluando brechas, necesidades, y prioridades en la implementación de políticas y programas basados en derechos humanos en la Región Andina de América Latina

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

Co-investigadora: Teresita Rocha Jiménez, PhD Universidad Mayor

<p>1. Primero una pregunta general sobre su trabajo (sector salud)</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Podría contarme en dónde trabaja y cuáles son sus principales responsabilidades?• ¿Cuál es el nivel de interacción que tiene con la población migrante? Si no tiene interacción podría contarme ¿cómo su trabajo puede impactar el acceso a servicios de salud y sociales de población migrante?
<p>2. Opinión sobre programas enfocados en población migrante</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Podría contarme cuáles son los programas que buscan mejorar la salud de los migrantes en donde usted trabaja? ¿hay programas específicos en las fronteras?• ¿Cuáles cree que son los aspectos más positivos de estos programas? ¿qué cree que funciona? ¿cree que la información para acceder a estos servicios se difunde efectivamente hacia la población migrante?• ¿Cuáles cree que son los aspectos negativos de estos programas? ¿cuáles son las principales barreras que usted observa para acceder a servicios de salud? (ej., estatus irregular).• ¿Cree que el acceso y la situación de los migrantes ha cambiado desde la pandemia, pensando en específico en los que se encuentran en contexto de frontera? ¿cómo? ¿podría contarme ejemplos de cómo se enfrentaron estas situaciones específicas?
<p>3. Respecto de experiencias de acceso y uso efectivo del sistema de salud antes y durante la pandemia</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo es el acceso a salud de las personas migrantes en Chile? ¿cómo cree que ellos en general evalúan el sistema de salud en Chile, ¿qué se podría mejorar? ¿qué se debería mantener?• En su opinión, ¿de qué forma la atención de salud en Chile respeta (o no respeta) las diferencias de cultura o cosmovisión de las personas migrantes? ¿qué ejemplos tiene para ilustrar su opinión? ¿y cómo evalúa usted esto?• A propósito de la pandemia por COVID-19, ¿cómo evalúa las acciones y recomendaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento hacia migrantes en Chile en contexto de fronteras?
<p>4. Respecto de recomendaciones de mejora para la atención de salud en Chile a migrantes</p> <ul style="list-style-type: none">• En su opinión, ¿cómo se podría brindar una mejor atención de salud a migrantes internacionales en Chile?• Si pudiera hacer alguna recomendación para que haya una mejor atención en salud, ¿cuál sería?• ¿Tiene recomendaciones en específico de acuerdo a la disponibilidad, accesibilidad de la atención en salud? <p>¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?</p>

**GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL
SECTOR POLÍTICA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Salud de los migrantes en fronteras en tiempos de COVID-19: Evaluando brechas, necesidades, y prioridades en la implementación de políticas y programas basados en derechos humanos en la Región Andina de América Latina**

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD
Co-investigadora: Teresita Rocha Jiménez, PhD Universidad Mayor

1. Primero una pregunta general sobre su trabajo (sector político)

- ¿Podría contarme en dónde trabaja y cuáles son sus principales responsabilidades?
- ¿Cuál es el nivel de interacción que tiene con la población migrante en fronteras? Si no tiene interacción podría contarme ¿cómo su trabajo puede impactar el acceso a servicios de salud y sociales de población migrante?

2. Opinión sobre políticas y programas enfocados en población migrante

- ¿Podría contarme si conoce el Proceso de Quito? Si no es así, comentar qué es y preguntar si cree que la armonización de las respuestas políticas a la Crisis de Venezuela se ha visto reflejado en la realidad o en su trabajo y cómo.
- ¿Podría contarme cuáles son los programas que buscan mejorar la salud de los migrantes en fronteras en donde usted trabaja? ¿Podría mencionar aplicaciones de buenas prácticas basadas en derechos humanos de algunos de estos programas? ¿Podría comentarme si estos programas fueron creados durante la pandemia o ya existían? Ejemplo: Programas de municipalidades, agencias de Naciones Unidas, organizaciones locales.
- ¿Cuáles cree que son los aspectos más positivos de estos programas? ¿qué cree que funciona? ¿cree que la información para acceder a estos servicios se difunde efectivamente hacia la población migrante?
- ¿Cuáles cree que son los aspectos negativos de estos programas? ¿cuáles son las principales barreras que usted observa para acceder a servicios de salud especialmente en fronteras? (ej., estatus irregular).
- ¿Cree que el acceso y la situación de los migrantes ha cambiado desde la pandemia? ¿cómo? ¿podría contarme ejemplos de cómo se enfrentaron estas situaciones específicas?
- ¿Ha participado usted en el diseño, instrumentalización, e implementación de algunas de estas políticas o programas? ¿podría comentarnos sobre esto?
- ¿Podría comentarnos las diferencias que usted ha observado de estas políticas pre y post pandemia? En términos de implementación, consecuencias, y cambios (ej., si es posible hablar de las políticas restrictivas que se implementaron en las fronteras).

3. Respecto de recomendaciones de mejora de las políticas públicas y programas para la atención de salud en Chile a migrantes

- En su opinión, ¿cómo se podrían armonizar los programas y políticas públicas basadas en derechos humanos en la salud de los migrantes?
 - Dada su experiencia e involucramiento en el diseño, implementación de políticas públicas y programas en fronteras ¿qué se necesita hacer para mejorar? (ej., accesibilidad, disponibilidad).
 - Si pudiera hacer alguna recomendación para que haya una mejor la salud y la situación de los migrantes en el contexto de pandemia, ¿cuál sería?
- ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?

**GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL
EXPERTOS**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Salud de los migrantes en fronteras en tiempos de COVID-19: Evaluando brechas, necesidades, y prioridades en la implementación de políticas y programas basados en derechos humanos en la Región Andina de América Latina

Investigadora principal: Báltica Cabieses, PhD, PROESSA ICIM UDD

Co-investigadora: Teresita Rocha Jiménez, PhD Universidad Mayor

1. Primero una pregunta general sobre su trabajo asociado al tema de migración.

- ¿Podría contarme en dónde trabaja o donde colabora y cuáles son sus principales responsabilidades?
- ¿Podría contarme cuánto tiempo ha trabajado con migrantes, en fronteras, o en temas afines? ¿podría contarme cuáles han sido los principales retos que ha observado/analizado para esta población en el último año?

2. Opinión sobre políticas y programas enfocados en población migrante

- ¿Podría contarme si conoce el Proceso de Quito? Si no es así, comentar qué es y preguntar si cree que la armonización de las respuestas políticas a la Crisis de Venezuela se ha visto reflejado en la realidad de los migrantes en fronteras y cómo.
- Desde su experiencia ¿cuáles son los elementos, dentro de las políticas públicas y programas enfocados a los migrantes en fronteras, más urgentes que se necesitan reconocer?
- ¿Qué tanto cree que se reflejan los derechos humanos en estas políticas y programas? ¿y por qué?
- ¿Ha participado usted en el diseño, instrumentalización, e implementación de algunas de estas políticas o programas? ¿podría comentarnos sobre esto?
- ¿Podría comentarnos las diferencias que usted ha observado de estas políticas pre y post pandemia? En términos de implementación, consecuencias, y cambios (ej., si es posible hablar de las políticas restrictivas que se implementaron en las fronteras y sus implicaciones).

3. Respecto de recomendaciones de mejora de las políticas públicas y programas para la atención de salud en Chile a migrantes

- En su opinión, ¿cómo se podría brindar una mejor atención de salud a migrantes internacionales en Chile en fronteras?
 - Dada su experiencia e involucramiento en el diseño, implementación de políticas públicas y programas ¿qué se necesita hacer para mejorar la salud de los migrantes en fronteras? (ej., accesibilidad, disponibilidad)
 - **¿Cuáles son las experiencias locales, brechas percibidas, y el impacto de los acercamientos basados en derechos humanos en la salud de los migrantes en el contexto de pandemia en varios lugares ubicados en la región Andina? ¿Existen perspectivas adicionales basadas en derechos humanos y cuáles es el impacto en las comunidades migrantes locales de estas políticas regionales y nacionales?**
 - Si pudiera hacer alguna recomendación para que haya una mejorar la salud y la situación de los migrantes en el contexto de pandemia, ¿cuál sería?
- ¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?