



ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

MIGRACIÓN Y SALUD EN TERRITORIOS FRONTERIZOS



“Pido a todo profesional de salud
que, primero, está el que somos humanos y
si atendemos a las personas como nos gustaría
que se nos atienda, sería mucho mejor,
todos tener esa calidad.”

TABLA DE **CONTENIDO**

TEMA 1	INTRODUCCIÓN <hr/> <ol style="list-style-type: none">1. Antecedentes.	3
TEMA 2	METODOLOGÍA <hr/> <ol style="list-style-type: none">I. Resultados fichas de acciones de capacitación sobre migración y salud.II. Resultados de las entrevistas.<ol style="list-style-type: none">1. Autoridades de Salud.2. Prestadores de Servicios de Salud.	21
TEMA 3	CONSIDERACIONES FINALES <hr/>	52
TEMA 4	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS <hr/> <ol style="list-style-type: none">1. ANEXO 1: Ficha sobre acciones de capacitación a proveedores de salud sobre migración y salud.2. ANEXO 2: Lista de preguntas con Autoridades de Salud y Prestadores de Servicios de Salud.	59



INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la migración ha ido adquiriendo cada vez más importancia en el mundo y está muy presente en la agenda internacional, lo que se ha traducido en diferentes iniciativas para la promoción y protección de derechos de personas migrantes internacionales y sus familias.

Esto también se refleja en su incorporación en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda (ODS) 2030 bajo el principio de No dejar a nadie atrás, en el ODS-10 de Reducción de las desigualdades que se plantea como meta facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, entre otras cosas, mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas.

Desde el ámbito de salud, en particular, la preocupación por las limitaciones de acceso a la atención de salud, la exposición a riesgo y las vulnerabilidades que sufren las personas migrantes internacionales a lo largo de todo el proceso migratorio, se ha traducido en una serie de instrumentos jurídicos internacionales que buscan proteger la salud de los migrantes.

Desde la resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) N° WHA61.17 de Salud de los Inmigrantes de 2008 se promueve un enfoque de derechos humanos y determinantes sociales de la salud, que garantice el derecho a la salud de esta población (OMS, 2008).

Por su parte, en 2016 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprueba la Resolución 55/R13 “Salud de los Migrantes” y plantea a los países miembros la necesidad de hacer ajustes normativos y jurídicos destinados a mejorar el acceso a la salud, independientemente de la condición migratoria, y desarrollar acciones integrales y sensibles a sus condiciones y necesidades (OPS/OMS, 2016).

En la región Andina, el ORAS-CONHU incorporó el tema de movilidad, introduciendo temas como el procesos migratorios del personal de salud en el “Plan Andino en Recursos Humanos en Salud 2008-2015”; asimismo, en el “Plan Estratégico 2009 – 2012”; y en el “PASAFRO 2016 -2018”, desarrolló claras acciones de integración andina, entre los países miembros de la Subregión, enfocadas en el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en zonas fronterizas, a través de estrategias orientadas a la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, con enfoque intercultural; además, de avanzar en la generación de información de salud en la frontera mediante la “Guía de análisis de situación de salud (ASIS) de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos”.

Como parte de la profundización del trabajo con personas migrantes y frente a la importancia que adquiere el tema, el ORAS-CONHU aprueba en abril de 2019 (por resolución REMSAA Extraordinaria XXXII/2 de abril de 2019) el “Plan Andino de Salud para personas Migrantes 2019 -2022”, enmarcado en el enfoque de derechos humanos y que se estructura a partir 5 objetivos estratégicos:

1. Fortalecer las capacidades de los sistemas de salud de los países andinos para brindar atención integral a las personas migrantes.
2. Fortalecer las capacidades del personal de los servicios de salud para la atención integral a personas migrantes articulando, cuando corresponda, con el Comité Andino de Recursos Humanos.
3. Fortalecer los sistemas de información en salud, mejorar el intercambio de información y la gestión del conocimiento relacionado con el fenómeno migratorio entre los países andinos.
4. Generar espacios y alianzas estratégicas para gestionar la cooperación orientada a la salud de las personas migrantes en la Subregión Andina.
5. Desarrollar acciones de promoción de salud que mejoren la comunicación, la convivencia y la atención de las personas migrantes, para prevenir la xenofobia y discriminación.

La presente consultoría se inscribe en el marco del “Plan Andino de Salud para personas Migrantes” en el que se establece, en el Objetivo N° 2, la necesidad de desarrollar mecanismos y herramientas para la planificación de necesidades de recurso humano de salud para el abordaje del fenómeno migratorio con enfoque de derechos humanos e interculturales, y en esta línea, como punto de partida, la identificación de necesidades de educación y formación relacionadas con la atención integral de salud para personas migrantes como base del desarrollo de un plan de educación permanente para el recurso humano en salud entre los países de la subregión (ORAS-CONHU, 2019).



OBJETIVO DE LA CONSULTORÍA

Identificar necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud, en los espacios fronterizos de los países andinos, en el marco de la implementación del “Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019 – 2022”.

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR

Diseñar y aplicar 2 instrumentos de recolección de información, una para los proveedores de los servicios de salud y otra a autoridades de los establecimientos que laboran en fronteras, con el fin de levantar necesidades de capacitación y acciones de capacitación previas.

Analizar la información recolectada identificando las necesidades capacitación manifiestas por los proveedores.

Elaborar un informe del análisis realizado, en coordinación con el Comité Andino, donde se indique los temas identificados como necesidad y la prioridad que le dan los consultados.

ANTECEDENTES

De acuerdo con el Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020, de la Organización Internacional para las Migraciones, el número de migrantes en el mundo alcanza los 272 millones de migrantes internacionales, equivalentes al 3,5% de la población mundial; de los cuales, el 61% de ellos se encuentran en Asia y Europa, seguido por América del Norte con cerca de 59 millones equivalente a 22%, África con un 10%, América Latina y el Caribe un 4%, y Oceanía un 3% (OIM, 2019).

América Latina y el Caribe se caracteriza por concentrar su emigración a América del Norte. Al igual que otras regiones del mundo, las personas migrantes de esta región (en la que residen 25,5 millones de personas) escogen un país de altos ingresos como destino de migración; siendo México el país de mayor emigración con 12 millones de mexicanos residiendo en el extranjero, los que habitan principalmente en Estados Unidos.

En América Latina y el Caribe, más del 70% de sus migrantes residen en regiones diferentes a las de origen, lo que las diferencias de Europa, Asia y África, donde la migración es principalmente intrarregional (ONU, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2017).

Si bien, la migración en América Latina y el Caribe ha presentado durante los últimos años una intensificación de los flujos intrarregionales, particularmente en América del Sur (Martínez et al., 2016), esta migración se caracteriza por ser principalmente de origen laboral y destacan en el último tiempo el aumento de la inmigración venezolana y haitiana (OIM, 2019) (CEPAL, 2018).

Estos flujos intrarregionales que corresponden principalmente a migración laboral, incluyendo movilidad laboral y tránsito fronterizo circular, han presentado durante los últimos años la condición de flujos mixtos de difícil gestión migratoria y desafía a los países a dar una respuesta adecuada, incluyendo grupos vulnerados históricamente como mujeres, indígenas, niños, niñas y adolescentes.

En este último grupo se incluye a la niñez migrante no acompañada, solicitantes de refugio, reunificación familiar, movilidad educacional, algunos de estos como parte de flujos irregulares, incluyendo trata y tráfico. (Stefoni, 2018)(Martínez et al., 2016).



SALUD Y FRONTERA

Las fronteras son un espacio relevante en los procesos migratorios. El contexto particular de frontera en América Latina hace que éstas se caractericen por ser muchas veces zonas rezagadas del desarrollo, donde incluso existen organizaciones delictivas y son espacios que propician una mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos.

Este riesgo incluye violencia que afecta a migrantes en movilidad; especialmente a mujeres, niñas, niños y adolescentes, lo que se agudiza por la condición de migración en situación de irregularidad y el riesgoso cruce de fronteras (Martínez y Reboiras, 2010).

Las fronteras han sido comprendidas como un límite territorial y jurídico; sin embargo, la realidad ha demostrado, a través de los importantes flujos de distinta naturaleza que existe en dicho espacio, que más bien las fronteras son espacios de intercambio y continuidad cultural, social y económica, lo que plantea la necesidad de reenfocar las políticas y avanzar a definiciones jurídicas de cooperación y colaboración entre gobierno y sociedad (Leyva & Guerra, 2011).

Con el fin de promover la salud de los migrantes, las agencias internacionales recomiendan a los países establecer alianzas, redes y marcos plurinacionales que garanticen la cooperación y la colaboración intersectorial en el ámbito de la salud de los migrantes; y que las acciones se aborden desde un enfoque intercultural involucrando a distintos actores y partes interesadas, tanto gubernamental como sociedad civil y organismos internacionales (OIM, 2018).



Desde la mirada de las fronteras, los migrantes caminantes, en tránsito o poblaciones desplazadas en situaciones de frontera corresponde a una categoría más bien nueva en la investigación; dado que los estudios se han centrado en la migración en los países de destino (Leyva Flores et al., 2019) la dificultad que presenta su definición y su medición probablemente ha colaborado a su estigmatización y asociación a efectos negativos, además de uso mediático y político (Jiménez & Figueredo, 2015).

Respecto a los estudios de frontera, la etapa del tránsito en el proceso migratorio destaca por el impacto que tiene en la salud (siendo la etapa de mayor exposición a riesgos) y en el ejercicio de los derechos humanos, especialmente respecto a las personas migrantes en situación irregular. Todo esto se asocia a la invisibilidad de lo que ocurre en este proceso: presencia de trayectos peligrosos, existencia de trata de personas, amenazas físicas y ambientales, violencia física y sexual, abusos, corrupción por parte de funcionarios del estado en las fronteras, falta de acceso a los servicios básicos o utilización de servicios informales como coyotes (Jiménez & Figueredo, 2015) (ONU, 2017).



A la hora de responder frente a esta realidad y dar respuesta a las necesidades de estas poblaciones es importante considerar que este movimiento en fronteras, particularmente el irregular, se ha agudizado por las barreras a la migración internacional.

Las dificultades para regularizar su situación migratoria en los países de destino y las severas medidas de control que impiden la migración, incluso la reunificación familiar, impulsan a las familias a canalizar, por vías irregulares, su migración, siendo estas rutas compartidas por distintos perfiles de migrantes (ONU, 2017).

Además, en contexto del Covid-19, con el cierre de fronteras, el aislamiento, la falta de redes sociales, la estigmatización, la falta de acceso a atención de salud, se ha agudizado la vulnerabilidad de estos grupos en movilidad (Riggirozz P et al, 2020) generando una crisis socioeconómica, sanitaria y de protección (ONU, 2020).

Cada vez más personas están dispuestas a cruzar fronteras en búsqueda de mejorar sus condiciones de vida, pero también se registran numerosos cruces repetitivos y de corta duración, 'idas y venidas' (Tapia et al., 2021)(Giovanella et al., 2007), siendo esta última una práctica habitual en las zonas de frontera que incluye: razones laborales, comercio, servicio, salud, educación, etc.; además, muchas veces este espacio transfronterizo, poroso, posee raíces prehispánicas (Corder y Ruiz-Tagle, 2013), con desplazamiento y prácticas fronterizas particulares (Liberona-Concha et al., 2017).

En las zonas fronterizas de la subregión Andina también destaca la presencia de poblaciones indígenas como el pueblo Wayúu, en la frontera colombo-venezolana, la cual corresponde a un territorio ancestral con problemas de salud comunes en ambos lados de frontera (Duarte Gómez et al., 2011); lo mismo ocurre con la población Aymara rural en la frontera de Chile con Bolivia, en su territorio ancestral, donde la población indígena transita libremente por pasos no habilitado en Colchane (Tapia-Ladino & Chacón-Onetto, 2016); o en la frontera de Colombia y Ecuador que corresponden a unidades geográficas y espacios ecológicos, con características comunes en aspectos culturales, comparten estrategias de reproducción social en un territorio continuo, pese

a la existencia de un límite internacional, en este espacio común habitan 11 grupos étnicos (Morales et al., 2010). Muchos de estos grupos mixtos enfrentan desigualdades que confluyen en la frontera, para comprender esta realidad se ha utilizado la noción de vulnerabilidad social, entendida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan los individuos, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar y capacidad para el ejercicio de sus derechos (Delor & Hubert, 2000) (Serván-Mori et al, 2014).

Las fronteras se constituyen como límite de los derechos, cruzar la frontera determina la constitución de la ciudadanía, muchas veces determina el acceso a la salud, particularmente porque los sistemas nacionales de salud de los países, están diferenciados en términos de universalidad, equidad, modelos, modalidades de cobertura, provisión de servicios y financiamiento (Nogueira, Dal Prá & Fermiano, 2007).

En estos espacios fronterizos se han destacado y reconocido, como buenas prácticas, intervenciones de salud que abordan los derechos humanos de las personas migrantes con la participación de organizaciones sociales, agencias de cooperación e instituciones académicas y de gobierno (Leyva Flores et al., 2019) (OIM, 2018).

La salud, como eje del bienestar, requiere de un tratamiento binacional y regional, lo cual implica, entre otras acciones, fortalecer la colaboración y cooperación de los diferentes actores institucionales y sociales que participan en la respuesta social fronteriza (Leyva & Guerra, 2011).



MARCO DE REFERENCIA DE MIGRACIÓN Y SALUD

La situación migratoria se considera un determinante social de la salud. , está ampliamente documentado que la movilidad poblacional en sí misma no es un factor que incremente los riesgos ante las enfermedades o infecciones, son las condiciones en las que ésta se realice, las que aumentan el riesgo de afectar la salud, y estas condiciones dependen del tipo de migración que se trate, si es voluntaria o forzada, la etnicidad, el género, el país de origen y destino o la condición migratoria irregular (Van der Laet, 2017)(Leyva Flores, 2018).

Haciendo un contrapunto entre riesgo y vulnerabilidad, entendiendo que en la primera mirada se evoca una responsabilidad individual, Brofman y Leyva entienden la vulnerabilidad como aquella fracción de factores de riesgo que son casi inmodificables por parte del individuo, “la fracción estructural del riesgo”, en este sentido la vulnerabilidad social hace referencia a la inequidad social, a las interacciones que ocurren en el proceso migratorio, los conflictos y relaciones de poder.

Las personas en movilidad y migrantes en situación de vulnerabilidad, se encuentran en una posición de desprotección de sus derechos por tener menores recursos económicos, sociales y legales y está determinada por la forma en que se organizan, relacionan y funcionan los diversos actores políticos, sociales y económicos, esto incluye los servicios de salud (Leyva & Guerra, 2011)(Bronfman et al., 2004).

ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Si bien el derecho a la salud está garantizado para todas las personas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, múltiples publicaciones tanto de organismos internacionales, como de la academia, dan cuenta de la dificultades que se les presentan a las personas migrantes y refugiados en el acceso a la atención de salud, si bien existe una gran variabilidad entre países(Organización Mundial de la Salud-OMS-Consejo Ejecutivo, 2017) (Rechel et al., 2013)(OMS, 2019)(OIM, 2019)(OPS/OMS, 2016).

Se aducen como razones de esta situación, el elevado costo de los servicios; las diferencias idiomáticas y culturales; la discriminación; las trabas administrativas; la imposibilidad para integrarse a los seguros de salud y la falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud, esto incluso en países que tienen garantizado el derecho a la salud para esta población (Rechel et al., 2013)(Organización Mundial de la Salud-OMS-Consejo Ejecutivo, 2017)(Agudelo-suárez et al., 2012)(Van der Laet, 2017).

Esta realidad se agudiza en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad como son las personas migrantes en situación irregular, particularmente mujeres, niños, niñas y adolescentes., de acuerdo con una revisión sistemática de estudios cuantitativos realizada en Europa, esta población subutiliza los servicios de salud en general, en atención primaria, además de presentar un bajo contacto, algunos estudios muestran un tardío o infrecuente control del embarazo.

Dentro de la revisión, también se señala una mayor probabilidad a la atención hospitalaria y que al acceder la atención de salud, esta era inadecuada o insuficiente (Winters et al., 2018). Esta tendencia a utilizar en menor medida los servicios sanitarios es más acusada entre los recién llegados, como también en los «grupos» socialmente más desfavorecidos en la comunidad receptora, como también es habitual que los trabajadores migratorios con problemas de salud vuelvan a sus países de origen (Van der Laet, 2017).

De acuerdo a OIM, el acceso a servicios de salud por parte de las personas migrantes en situación irregular es limitado o nulo, esto debido a la menor capacidad de pago, además de no tener acceso a un trabajo seguro y legal y al miedo a la expulsión, lo cual tiene múltiples efectos en el bienestar emocional y la salud mental y menoscaba la disposición a acudir a centros de salud (OIM, 2019).

El abordaje de la migración asociada a enfermedades infecciosas también es frecuente y está relacionado a la consideración de que tanto las personas como las enfermedades traspasan las fronteras nacionales, a pesar de los límites político-administrativos, se pone énfasis en las conductas de riesgo (Liberona Concha & Mansilla, 2017)(Leyva Flores, 2018), si bien la evidencia da cuenta de que las enfermedades más frecuentes en migrantes en tránsito, o caminantes, se encuentran relacionadas con las condiciones del viaje o tránsito, corresponden a enfermedades diarreicas, problemas respiratorios, lesiones en piel, micosis, lesiones en los pies y deshidratación, violencia física, psicológica o sexual(Leyva & Domínguez, n.d.).



La OMS también está tratando de asegurar que los servicios prestados sean pertinentes, aceptables y accesibles y se dispensen en un entorno que proteja los derechos humanos de las personas con VIH (Organización Mundial de la Salud-OMS-Consejo Ejecutivo, 2016)

En el ámbito de las enfermedades transmisibles, la OMS, agencias internacionales y actores locales, han abordado el tema de VIH en los grupos en movilidad; se parte de la base que estos están más expuestos a riesgos como el trabajo sexual, la violencia sexual, los encarcelamientos, la falta de protección social, la creciente vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual, la estigmatización y la falta de acceso a los servicios de prevención, detección, atención y tratamiento del VIH (OMS, 2016)(Infante et al., 2009).

Las recomendaciones de la OMS están orientadas a fortalecer y ampliar el trabajo transfronterizo en esta materia, compartir información para garantizar la continuidad asistencial en materia de VIH en esta población, como el desarrollo de intervenciones destinadas a los migrantes de acuerdo a la realidad local.

Es imperativo, para abordar las enfermedades transmisibles en fronteras, un cambio de la visión enfocada en el vector a una vigilancia con enfoque de DDHH para asegurar la atención.



La salud psicosocial se presenta como un problema asociado a la migración, el choque cultural tiene un efecto psicológicamente complejo, implica mucho más que la simple negación de acceso a los servicios sanitarios y sociales locales (ONUSIDA, 2002).

Se hace necesario un sistema de vigilancia y monitoreo que permita comprender la dinámica real de la situación del VIH/ SIDA y la detección de la vulnerabilidad de la población; trabajar de manera conjunta en actividades interfronterizas para potenciar el esfuerzo de los países; promover proyectos bilaterales, multilaterales y con ONG en el marco de la prevención, la promoción, la atención y el control de las ITS y el VIH/SIDA; y desarrollar acciones de protección y promoción de los derechos humanos de las poblaciones móviles que transitan por las fronteras comunes con una respuesta de salud accesible, aceptable y de calidad (Bronfman et al., 2004)(Martinez & Reboiras-finardi, 2010).

En el análisis de experiencias con países fronterizos, se han desarrollado acciones que buscan caracterizar a la población mediante el estudio y monitoreo de información de salud; para ello se ha utilizado la metodología de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) que incluye información sociodemográfica, registros de prestación de servicios, sistemas de reporte, vigilancia y monitoreo de salud; además se promueve avanzar con encuestas poblacionales y estudios cualitativos (Bernal et al., 2017).

El ORAS-CONHU, por su parte, a través de los proyectos “Plan de Salud en Fronteras (PASAFRO)” que busca contribuir a la elevación permanente de la calidad de vida de los habitantes de las fronteras, ha levantado información mediante los ASIS, en los cuales, se han abordado temáticas especiales como el riesgo de enfermedad, mortalidad, morbilidad, calidad y condiciones de vida, enfermedades infecciosas como VIH y Tuberculosis (ORAS-CONHU, 2014).



Por su parte, los proveedores de los servicios de salud y autoridades de los establecimientos en fronteras pueden verse enfrentados a múltiples desafíos. A nivel de la gestión, de acuerdo con (Giovanella et al., 2007), se necesita adecuar las acciones y servicios de salud de acuerdo con el recurso humano y económico disponible.

La integración social es un proceso complejo, donde la migración se trata de un proceso cargado de aspectos psicológicos y psicosomáticos que permanecen poco comprendidos, y escasamente abordado por los países receptores (ONUSIDA, 2002).

Particularmente en frontera, un estudio en México sobre las necesidades de salud mental en migrantes en tránsito, se observó la presencia de síntomas de estrés, angustia y ansiedad, asociados a la violencia experimentada, si bien no reconocen como traumática la violencia vivida, existe una normalización de ella, como parte del tránsito, vivencian el duelo migratorio, estigma, discriminación, violencia, barreras para el acceso a servicios y falta de redes de apoyo. El mismo estudio hace referencia a las expectativas que tienen estos migrantes destacando la atención de salud y cubrir necesidades básicas, por ello es importante un enfoque integral (Temores-Alcántara et al., 2015).



La vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades, el programa de inmunizaciones y el cálculo de estimaciones de cobertura poblacional son datos que pueden verse afectados por el contexto propio de los territorios fronterizos. También, la cooperación entre países y ciudades fronterizas puede ser un asunto de vital importancia debido a la distancia de los centros de salud de referencia entre ciudades fronterizas.

CAPACITACIÓN

Los organismos internacionales han abogado por la formación del personal de salud que trabaja con refugiados y migrantes con respecto a los determinantes sociales de la salud y las respuestas políticas necesarias; al mismo tiempo de evidenciar la falta de competencia del personal sanitario en materia cultural, en el ámbito de los derechos de los migrantes y de la salud ocupacional (OIM, 2013).

La necesidad de capacitación se plantea como una urgencia al constatar que las actitudes de los profesionales de la salud y directivos pueden actuar como una barrera al acceso de servicios de salud. Varios estudios dan cuenta de discriminación, discrecionalidad en el acceso, malos tratos e incluso negación de derechos, existente incluso en países en que los migrantes en situación irregular tienen garantizado el derecho a la salud, su implementación se ha visto obstaculizada por este tipo de actitudes, los prestadores de salud no los reconocen como sujetos legítimos de derecho (Liberona Concha & Mansilla, 2017)(Chang Waldman, 2011)(OIM, 2013) (Correa Betancour et al., 2018)(Giovannella et al., 2007).

La escasez de recursos es un tema que también preocupa a los funcionarios de salud, e impacta en un enfoque más o menos inclusivo, consideran a los migrantes como una carga para el sistema. Esta concepción lleva a algunos profesionales de salud a establecer criterios de priorización, en base a esta escasez de recursos, por tanto los derechos de los migrantes se ponen en discusión respecto a los de los nacionales (Jelin, 2008)(Liberona Concha & Mansilla, 2017)(Margarita Bernales, Báltica Cabieses, Ana María McIntyre, 2017).



La importancia de que los trabajadores en salud estén formados en competencias interculturales permite que esta población se acerque al sistema de salud; los sistemas de salud se ven alterados frente a la llegada de nuevas comunidades y estas competencias apuntan a responder de manera pertinente a contextos con diversidad cultural.

Un estudio que se realizó en Chile da cuenta de las principales necesidades que plantean los trabajadores de la salud para elaborar estrategias sensibles a las personas migrantes, siendo éstas: estabilidad y claridad en las normativas vigentes en relación a acceso y prestación de servicios; capacitación en normativas vigentes y la manera concreta en la que estas deben operar; y sensibilización en competencias interculturales (Bernales et al., 2017).

En la misma línea, a nivel de los proveedores de los servicios de salud, la literatura plantea que uno de los principales desafíos es el de realizar seguimiento y continuidad de tratamiento de la población migrante. También se menciona el desconocimiento de los procedimientos que garantizan y financian el acceso de la población “indocumentada” a salud; así como, la existencia y reproducción de ideas y prejuicios que limitan el acceso a salud, y un confuso entendimiento del derecho a la salud (R. Leyva-flores et al., 2013)(Giovanella et al., 2007)(Van der Laat, 2017).

La formación universitaria no aborda habitualmente los temas emergentes y los desafíos en esta área, los cambios sociales impulsan estas modificaciones curriculares, (Correa Betancour et al., 2018). Sin embargo, algunos países como Canadá, los Países Bajos, Suecia, Reino Unido y los EE.UU. han integrado la competencia cultural en los programas de capacitación médica de pregrado orientados a la población migrantes (OIM, 2013).





Por otro lado, en América Latina, a partir de los 90' se construye una conceptualización de la interculturalidad como parte de la necesidad de reconocer las diferencias con base en las identidades, que se fundamenta en el diálogo y como parte de la reivindicación de los pueblos indígenas (Comboni & Juárez, 2013).

Esta impronta dialogante ha evolucionado a una mirada más amplia de la interculturalidad que incluya a otros grupos y diversidades, y que destaca la importancia de la educación y capacitación de los prestadores de salud para la incorporación del enfoque intercultural en todo el sistema de salud garantizando la aceptabilidad en el derecho a la salud, respetuoso de las diferencias culturales, pertinente de las diversidades y al curso de vida; un sistema de salud intercultural real y efectivo (Carreño et al., 2018).

Entonces, ¿cómo abordar estos desafíos de la forma adecuada? Para eso se hace necesario identificar las necesidades de capacitación y acciones de capacitación previas junto a proveedores de los servicios de salud y autoridades de los establecimientos en fronteras.



METODOLOGÍA

La presente investigación corresponde a una investigación cualitativa, tipo estudio de caso, que explora las reflexiones de proveedores de los servicios de salud y autoridades de los establecimientos que laboran en las fronteras de los países andinos, mediante análisis de contenido para la identificación de necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud. Según Denzin y Lincoln (2005, p. 3), la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural, tratando de dar sentido o interpretar los fenómenos basándose en los significados que las personas les dan.

Este tipo de investigación también responde al principio de que el pensamiento de una colectividad es el conjunto de representaciones generadas en prácticas discursivas, presentes en una determinada formación social y en un determinado momento histórico (Lefèvre; Lefèvre; Teixeira, 2000), como, por ejemplo, en el espacio de trabajo de autoridades de los establecimientos y prestadores de salud de ciudades fronterizas en los países andinos. Así, nuestro interés se centra en identificar necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud, en los espacios fronterizos de los países andinos, en el marco de la implementación del “Plan Andino de Salud para Personas Migrantes 2019 – 2022”.

La primera etapa de la investigación incluyó una revisión de la literatura y el análisis de documentos para la creación de instrumentos de recolección de la información. En la revisión de literatura se escogieron libros y artículos científicos relacionados con el objetivo, y otros temas, que permitieron obtener insumos teóricos y datos relevantes para la investigación.

La revisión de materiales documentales implicó la selección de textos políticos a nivel internacional, nacional y municipal sobre políticas, programas e investigaciones sobre necesidades de formación en salud, con especial atención a la articulación de elementos sobre migración, salud, interculturalidad, género y derechos. Así, esta etapa culminó con la elaboración de las listas de preguntas para las entrevistas con los informantes y una ficha sobre acciones de capacitación a proveedores de salud sobre migración y salud a nivel local y nacional; ambos instrumentos disponibles en este documento.

La segunda etapa, más empírica del estudio, consistió en la aplicación de 2 instrumentos de recolección de datos, por un lado, una ficha sobre acciones de capacitación a proveedores de salud sobre migración y salud y, por otra parte, entrevistas individuales con proveedores de salud y autoridades de salud de zonas de frontera.

La aplicación de esta ficha, permitió hacer un diagnóstico de capacitación en migración y salud en la región, particularmente en las fronteras estudiadas; conocer la oferta institucional existente en la región y; por otro lado, identificar la orientación de éstas. La ficha incluyó acciones de capacitación en migración y salud realizadas durante los últimos 5 años, a nivel central y local, a proveedores de salud sobre migración y salud.

El requerimiento correspondió a una ficha para ser llenada por los referentes de migración de los Ministerios de Salud y de las fronteras seleccionadas para el estudio, los que se consideran informantes clave, designados por la Comisión Asesora. Las acciones reportadas incluyen charlas de sensibilización, cursos, cápsulas de videos y/o diplomados.

Este instrumento, que puede ser consultado en el Anexo 1 del presente documento, se estructura en dos apartados: el primero sobre datos generales del organismo notificante; y el segundo es el reporte de datos de las acciones realizadas.

Este último apartado incluye la estrategia en la que se enmarca la acción, por ejemplo: la implementación de principales ámbitos o contenidos como ejes temáticos abordados en la acción como, por ejemplo: marco normativo, procedimientos, epidemiología, interculturalidad, derechos humanos, etc.; objetivo de la acción de capacitación; nombre de la acción; número de horas y número de capacitados a la fecha en todas sus versiones.



Respecto al segundo instrumento que se encuentra en el Anexo 2, se consideró necesario realizar las entrevistas individuales con proveedores de los servicios de salud y con autoridades de los establecimientos que trabajan en 6 ciudades fronterizas, totalizando 12 de éstas.

Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, con el propósito de acercarnos a las trayectorias y necesidades de formación de los entrevistados. Según Barros y Lehfel, (2000, p.58), este tipo de entrevista se puede definir como una "conversación amistosa" entre el informante y el entrevistador, convirtiéndose este último en un oyente, alguien que escucha con atención, no impone interpretaciones ni respuestas, orientando el transcurso de la entrevista a los temas que le interesan.

Los participantes de la investigación fueron 12, informantes indicados por el ORAS-CONHU; incluyendo hombres y mujeres, quienes mostraron interés en colaborar con la investigación tras la invitación. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente.

Para la tercera etapa se aplicó un análisis de los datos según la técnica de "análisis de contenido" que propone criterios para categorizar la información y analizar los resultados. En este sentido, fue llevado a cabo un proceso de codificación temática (Angrosino, 2012), identificando unidades de significado o citas (fragmentos de transcripciones de entrevistas) a las que se les asignó un código, lo cual permitió la creación de categorías de análisis junto con las teóricas.

Los temas abordados fueron: las características de la migración en las zonas fronterizas y su impacto, las necesidades percibidas sobre los migrantes, sus principales problemas de salud y prestaciones requeridas, las respuesta y necesidades locales respecto a la migración, los contextos locales y el trabajo intersectorial existente, y las necesidades de capacitación percibidas.



I. RESULTADOS FICHAS DE ACCIONES DE CAPACITACIÓN SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD

Las fichas de acciones de capacitación fueron completadas por las autoridades de cada ministerio y de nivel local, considerando los últimos 5 años y de acuerdo al instrumento diseñado. De forma general, se tuvo como resultado que las acciones de capacitación específicas sobre migración y salud son incipientes en los países, lo cual es corroborado en el análisis de las entrevistas de las Autoridades de Salud y de los Prestadores de Servicios de Salud, por lo cual se hace necesario avanzar en elaborar capacitaciones que aborden temáticas relevantes a la migración y salud en zonas de frontera (sugerencias disponibles en las consideraciones finales).

De acuerdo a las fichas utilizadas y el análisis de éstas, encontramos lo siguiente:

Ficha general:

La Tabla 1 presenta el resumen general que describe los tipos de estrategias indicadas por cada país, de acuerdo a los temas relevantes de las capacitaciones, tales como: migración y salud, vigilancia epidemiológica, capacitaciones generales y COVID-19. Se observa que en Colombia, Perú y Chile se abordan estrategias específicas respecto a la migración y salud, destacando Chile debido a la diversidad de estrategias y abordajes de capacitación sobre este tema.

Las estrategias generales de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela abordan múltiples temáticas, pero poco relacionadas con el interés de este informe. Finalmente, en las capacitaciones sobre COVID-19 se destaca la participación de organismos internacionales como actores claves en este tipo de estrategias.



TABLA 1
RESUMEN DE TIPOS DE ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN POR PAÍS.

País		Tipo de Estrategia		
	MIGRACIÓN Y SALUD	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	CAPACITACIÓN GENERAL	COVID 19
BOLIVIA			<p>Programa de Salud, Prestadores de salud indígena</p> <p>Módulo 1: El parto desde la cosmovisión de las naciones y pueblos indígenas originarias</p> <p>Módulo 2: La Emergencia del COVID 19 y sus efectos en la población boliviana</p> <p>Módulo 3: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos</p> <p>Módulo 4: Viviendo el embarazo y la reconciliación con nuestro cuerpo. Alimentación en Embarazo</p>	
COLOMBIA	<p>Proyecto Min Colombia Perú (PERFARICAP) Mejor acto la salud a migrantes venezolanos: Prevención, diagnóstico y atención integral del VIH.</p>			
	<p>Proyecto HOPE Mejorar acceso a salud migrantes venezolanos: Formación Médica Continuada FMC con enfoque en las enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)</p>		<p>Todos Mejor Asegurados en Salud</p> <p>"Afiliación - Decreto 064 de 2020 y Recursos del SGSSS</p>	
CHILE	<p>Política de Salud de Personas Migrante Internaciones en Chile</p> <p>-II Jornada Nacional de Salud de Personas Migrantes en Chile.</p> <p>-Talleres de DDHH, Migraciones y Salud e implementación del DS N°67, Curso Intensivo sobre Migraciones para Prestadores de Salud Foro Internacional de Migración y Salud 2017 Cápsula SDAD.</p> <p>-Migración Salud y DDHH DOHH.</p> <p>-Migración Salud de la teoría a la acción Jornadas Macro zonales de Interculturalidad en la relación de salud con personas migrantes</p> <p>-Tránsito Derechos y Vulnerabilidad en Salud Derechos Humanos y Migración Internacional</p> <p>-Discriminación Sistema de Salud en Chile</p>			
			<p>Plan de capacitación Capacitación a través de seminario taller, temática contiene teoría básica sobre los temas a tratar Actualizar y complementar conocimientos del personal de salud</p> <p>Auditoría médica en salud</p> <p>Capacitación a personal de salud</p>	<p>Plan de capacitación, Medidas de bioseguridad Tamizaje a los migrantes en COVID-19</p> <p>Plan Nacional de Lucha contra la Covid-19, Curso "Guía Nacional para el Manejo, Tratamiento de Contactos y Pacientes con COVID-19" salud</p>
PERÚ	<p>Implementar política para la atención a migrantes</p> <p>Medidas de bioseguridad</p> <p>Prevención de trata y tráfico de personas</p>			
VENEZUELA		<p>Plan de Capacitación Medical Corp (IMC) y el (MPPS)</p> <p>Talleres de Control de vectores y Vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores.</p>	<p>Curso Nacional de Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud</p>	<p>Plan de Capacitación Cruz Roja MPPS</p> <p>-Taller sobre medidas preventivas generales, utilización del equipo de protección personal, criterios y protocolo Covid-19</p> <p>-Taller sobre mejora de la atención pre hospitalaria y soporte básico de vida.</p> <p>-Taller "Tratamiento a pacientes con traumas avanzados en situaciones de emergencia"</p> <p>-Taller de Abordaje y asistencia a personas, retornados, migrantes y desplazados</p>
ECUADOR	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información

Ficha nacional:

La Tabla 2 agrupa las acciones de capacitación relatadas de acuerdo a las temáticas abordadas a nivel nacional. En el caso de Colombia y Chile, se trabajan temas relativos a los marcos normativos para el acceso a la atención de la salud.

La interculturalidad en salud aparece como tema relevante en las capacitaciones de Chile, Bolivia y Venezuela, aunque en los dos últimos países no son específicas sobre migración y salud (como se puede observar en la Tabla 1); Chile aborda el tema de salud mental en población de movilidad; Venezuela trabaja especialmente con temas relativos a la pandemia de COVID-19 y, finalmente, Perú aborda medidas de bioseguridad también relacionadas a la pandemia.



**TABLA 2:
ACCIONES DE CAPACITACIÓN A NIVEL NACIONAL**

ACCIONES DE CAPACITACIÓN (NACIONAL)					
	COLOMBIA	CHILE	BOLIVIA	VENEZUELA	PERÚ
NORMATIVA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD	Afiliación - Decreto 064 de 2020 y Recursos del Talleres de DDHH,	Talleres de DDHH, Migraciones y Salud e implementación del DS N67, 2017			
DETERMINANTES SOCIALES Y DERECHOS HUMANOS		-Capsula Migracion, Salud y DDHH 2017-2018-2019 -DDHH, Migracion y Salud: de la teoria a la accion 2018 -Personas Migrantes en Transito: Derechos y Vulnerabilidad en Salud YouTube 2021 -La inclusion como Respuesta Inteligente Frente a la COVID19-(YouTube 2021)			
INTERCULTURALIDAD	-Concurso Intenso sobre Migraciones para Prestadores de Salud 2017 y 2018 -Jornadas Macro zonales de Salud Intelectual y Migración 2019 -Capacitacion de Funcionarios de Salud responde migrantes y perspectiva intercultural		El parto desde la cosmovisión de las naciones y pueblos indígenas originales 2022	Atención primaria en Salud e Interculturalidad 2021	
SALUD MENTAL		Conservaciones sobre Salud Mental en Situaciones de Pandemia. (YouTube)2021)			
COVID-19				-Curso guía Nacional para el Manejo, Tratamiento de Contactos y Pacientes con COVID-19 2021. -Salud Ambiental y control de Endemias temas. Control de vectores, vigilancia entomológica, focos zoonoticos, control de roedores y fauna molusca, así como el uso y manejo nacional de los insecticida -Diagnostico, atención y manejo de pacientes COVID-19, 2021. -Taller sobre mejora de atención pre hospitalaria y soporte básico de la vida..	
BIOSEGURIDAD					Medidas de bioseguridad

Ficha local:

La Tabla 3 describe las escasas acciones de capacitación relacionadas en zonas de frontera. Cada país aborda temáticas diferentes: Colombia presenta capacitaciones sobre VIH y ECNT; Perú, sobre trata y tráfico de personas, así como el tamizaje a los migrantes en COVID-19; y Chile aborda los Derechos Humanos y migración.

TABLA 3
ACCIONES DE CAPACITACIÓN A NIVEL LOCAL.

ACCIONES DE CAPACITACIÓN(LOCAL)			
	COLOMBIA	CHILE	PERÚ
TRATA Y TRAFICO DE			Prevención de trata y trafico de personas
VIH	-Actualización de aplicación de los protocolos nacionales para el monitoreo de PVV y análisis de los resultados de CV dirigido al personal de salud de las áreas geográficas prioritarias. Actualización sobre las normas nacionales para el diagnostico y tratamiento del VIH -Prevención combinada de VIH, guajira, Norte de Santander, Bogota, Valle del Cauca, Antioquia, Boyaca, Arauca y Cundinamarca.		
ECNT	Formación Medica Continuada (FMC) con enfoque en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles(ECNT).		
COVID-19			-Tamizaje a los migrantes en COVID-19
DERECHOS HUMANOS		-Salud, Derechos Humanos, Migración 2017 -Derechos Humanos y Migración Internacional 2017 -Taller Discriminación y Sistema de salud 2019	

II. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Fueron realizadas 12 entrevistas virtuales junto a informantes claves indicados por el ORAS- CONHU, a partir de la información ofrecida por los países. Se entrevistaron a seis (6) autoridades de salud y seis (6) prestadores de servicios de salud de los países miembros del ORAS-CONHU. Los entrevistados respondieron al guion de preguntas semiestructuradas y las grabaciones fueron transcritas integralmente, lo que permitió realizar el análisis de contenido sobre las necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud en territorios fronterizos andinos.

Las ciudades fronterizas que fueron consideradas están detalladas en la Tabla 4, en la que también se indica la identificación de los entrevistados de acuerdo a su rol como Autoridades de Salud (AS) o como Prestador de Servicios de Salud (PSS).

TABLA 4.
LOCALIDADES CONSIDERADAS E IDENTIFICADORES
DE LOS PARTICIPANTES

PAÍS	LOCALIDAD	IDENTIFICACIÓN DE ACTORES
BOLIVIA	Desaguadero, Departamento de La Paz	Autoridad de Salud: AS2 Prestador de Servicios de Salud: PSS2
CHILE	Arica, Región de Arica y Parinacota	Autoridad de Salud: AS1 Prestador de Servicios de Salud: PSS1
COLOMBIA	Ipiales, Departamento de Nariño	Autoridad de Salud: AS3 Prestador de Servicios de Salud: PSS3
ECUADOR	Tulcán, Provincia de Carchi	Autoridad de Salud: AS4 Prestador de Servicios de Salud: PSS4
PERÚ	Desaguadero, Departamento de Puno	Autoridad de Salud: AS5 Prestador de Servicios de Salud: PSS5
VENEZUELA	San Antonio, Estado Táchira	Autoridad de Salud: AS6 Prestador de Servicios de Salud: PSS6

Se ha llevado a cabo una lectura fluctuante de las transcripciones de las entrevistas, identificando temas relevantes y emergentes, seleccionando fragmentos de las opiniones de los entrevistados, lo que permitió crear codificaciones y categorías mediante la utilización del software de análisis cualitativo, Atlas Ti®.

En el presente documento son presentados los resultados del análisis de las doce (12) entrevistas, siendo presentadas como dos macro categorías: Autoridades de Salud y Prestadores de Servicios de Salud. Para resguardar el anonimato de los entrevistados, se definieron identificadores asociados a: Rol del entrevistado. Número del participante, Identificador de la transcripción: Unidad de Significado. Por ejemplo: AS2, 2:10

A continuación, el detalle de las dos categorías y sus respectivas subcategorías, indicando las necesidades de formación a partir del análisis de las entrevistas.

1. AUTORIDADES DE SALUD

Se considera que el rol fundamental de las Autoridades de Salud (AS) es el de conocer, promover, mantener y fortalecer las asociaciones de colaboración entre los diversos actores de los sistemas de prestación de servicios de salud y sociales para reducir las vulnerabilidades de la población migrante en frontera. Además, deben dominar una serie de habilidades, conocimientos y experiencias para la administración, así como también, estar al tanto de los cambios ocurridos en el contexto social y cultural.

La coordinación eficaz reduce la duplicación y fragmentación de los servicios, permitiendo identificar brechas en su prestación y asegurando el acceso y calidad de éstos. Se hace necesario identificar los movimientos, acciones, discusiones y pactos sobre salud y migración (tanto a nivel local, nacional e internacional) como por ejemplo del Plan Andino de Salud del ORAS-CONHU.

En ese sentido, en el análisis de las entrevistas con las Autoridades de Salud, se percibe que nuestros informantes poseen una mirada macro, orientada a los problemas generales de la administración pública en salud y, muchas veces, invisibilizando los desafíos del trabajo de los prestadores de salud con población migrante en fronteras. Se han destacado las ideas relativas a cómo las AS caracterizan la frontera, el acceso a salud y disponibilidad de recursos, la dinámica migratoria y el trabajo intercultural, el trabajo interfronterizo y la salud psicosocial.

1.1. DINÁMICA MIGRATORIA, SOCIOECONÓMICA CULTURAL, POLÍTICA Y DE SALUD EN LAS FRONTERAS.

En las fronteras conviven a diario diferentes sistemas políticos, culturales, monetarios, de seguridad y de protección social. La intensificación de los flujos de productos, servicios y personas, fruto de la integración entre países andinos, genera tensiones y nuevos desafíos para los sistemas de salud de las ciudades fronterizas, requiriendo políticas específicas orientadas, por ejemplo, a garantizar el derecho universal a la salud en estas regiones.

De acuerdo a las AS, las zonas fronterizas, como producto de interacciones socioeconómicas, culturales y políticas, presentan diversas dinámicas en sus espacios; determinándolas como zonas comerciales, de paso o, incluso, como una “barrera” sociosanitaria y administrativa, especialmente en un periodo de pandemia como el de los últimos años.



“ Eso ocasiona (la migración) que haya muchas más enfermedades de interés en salud pública por la población migrante que atraviesa el municipio y que, generalmente, están depaso.

Dificultades para terminar tratamientos en algún tipo de enfermedades que requieren que esa población esté en un tiempo en frontera.”

“El impacto social sobre nuestro municipio y sus habitantes lo hemos visto bastante agudizado con relación al proceso migratorio nacional que se está dando, en este momento y desde hace aproximadamente tres años”

“El flujo migratorio hacia las zonas de frontera es bastante importante, en busca de atención sanitaria.”

“ Una barrera sanitaria, socio sanitaria y administrativa respecto al tema de migración”

“Por ser frontera me parece que es un paso obligatorio de una búsqueda de mejores oportunidades para las personas foráneas.”

“Como es frontera, siempre hay el intercambio de comercio.””

Sin embargo, las fronteras son porosas, la realidad ha demostrado a través de los importantes flujos de distinta naturaleza que existe en dicho espacio, que más bien las fronteras son espacios de intercambio y continuidad cultural, social y económica, lo que plantea la necesidad de reenfocar las políticas y avanzar a definiciones jurídicas de cooperación y colaboración entre gobierno y sociedad (Leyva-Guerra, 2011), así como también, a considerar el fenómeno migratorio desde un enfoque multidimensional.

En esa misma línea, algunos entrevistados reconocen la importancia de la búsqueda de salud por la población migrante en estas zonas de frontera.

Por otro lado, la atención básica de salud, que ofrece acceso a servicios de emergencia independiente de la condición migratoria, se garantiza en todos los países (IPC-IG, UNICEF LACRO, WFP; 2021).

Se destacan casos como el de Bolivia, Chile y Ecuador, en donde se ofrece acceso universal al Sistema de Salud a todos los y las migrantes. En Chile y en Bolivia se garantiza el acceso a todos y todas, independientemente de su situación migratoria (Gobierno de Chile, 2017; Estado Plurinacional de Bolivia, 2019) y en Perú, se permite que todas las niñas y niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas y las personas con el virus del VIH, tengan derecho a acceder gratuitamente a los servicios de salud pública, independientemente de su situación migratoria (R4V, 2019).

El caso de acceso a servicios de salud en Colombia, Perú y Chile por parte de los migrantes venezolanos llama la atención por las posibilidades que les ofrecen sus sistemas públicos.

El Permiso Especial Permanente (PEP) que se emite en Colombia da acceso al sistema contributivo de salud para la población migrante con capacidad de pago y que tiene un empleo formal, y ofrece el sistema subsidiado para la población vulnerable y pobre, sin capacidad de pago.

En Perú, el Permiso Temporal de Permanencia (PTP) permite el acceso a los servicios básicos de salud y sólo, migrantes con calidad migratoria de residente con carné de extranjería, tienen acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), dirigido a los pobres y extremadamente pobres; y al “SIS Independiente”, disponible para las personas que no califican como pobres pero que no cuentan con un seguro médico (IPC-IG, UNICEF LACRO, WFP; 2021). Cabe destacar que, en el caso peruano, queda claro que la atención de salud depende directamente del Ministerio de Salud, por lo cual nuestro entrevistado (perteneciente al municipio) refiere esta división de funciones.

Así, identificamos conocimiento de las diversas etapas de avance en el logro del acceso universal a la salud. Las autoridades de salud indican que esto ha sido un proceso y se ha incorporado a la población migrante de forma paulatina, garantizando el acceso a salud de acuerdo a las normativas vigentes en cada país.

Las medidas que tenemos nosotros del gobierno, el Decreto 67 y la circular, la 1504, la 1506, que son las que trabajamos con el tema de la calificación de las personas migrantes según su vulnerabilidad para que puedan acceder al tramo de FONASA A.7

Por ende, tener las atenciones como cualquier chileno en el Servicio Público de Salud y que conlleva darle o gestionarle un número de identificación provisoria.

En Bolivia está implementando el seguro único de salud, el SUS; en una parte dice que no hay que negarle la salud a nadie.

Por emergencias, la primera vez les podemos atender, tenemos que atender, ¿no?, porque eso es la salud, a nadie se le puede negar.

“La municipalidad no lo maneja, es un Ministerio muy aparte el tema de lo que viene a ser salud, como le digo, nosotros somos agentes participantes y cooperantes del centro de salud, en el país como tal se garantiza la salud, el salud gratuita al sistema de salud ”

Sin embargo, de acuerdo a OIM (2019), el acceso a servicios de salud por parte de las personas migrantes en situación irregular es limitado o nulo, esto debido a la menor capacidad de pago, además de no tener acceso a un trabajo seguro y legal, y especialmente al miedo a la expulsión lo cual menoscaba la disposición a acudir a centros de salud.

El enfoque de Derechos Humanos aparece en esta subcategoría como uno de los temas relevantes a considerar en posibles capacitaciones dirigidas a los profesionales de salud, específicamente en lo que se refiere al derecho a la salud y el derecho a la diferencia, en búsqueda de garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000).

·El abordar la multiplicidad de factores asociados a estos derechos en la atención de salud permitirá exponer, cuestionar y evitar las desigualdades, prácticas discriminatorias y abusos de poder, que se traducen en barreras de acceso a la salud.

Las categorías de nacionalidad, género, etnia, color y clase pueden actuar como factores que impiden el pleno ejercicio de los derechos básicos de los migrantes, por lo que este debe buscar desarrollar capacidades de promoción y valoración de la diversidad cultural, del diálogo intercultural y de la alteridad (Sandercock, 2004).



“El lenguaje pasa a ser una barrera para las personas migrantes. Nosotros no nos damos cuenta, hablamos con muchos chilenismos y hablamos con términos técnicos de salud, entonces más barreras le ponemos a las personas y ahí es donde se nota la... quizás la falta de empatía o de consciencia del mismo profesional ”

“Me parece también importante unas capacitaciones en cuanto a empatía, ¿no? Verse a las personas que siempre, bueno, te voy a decir un ejemplo, yo siempre he visto a mis pacientes como que estuviera tratando a uno de mis familiares, es por eso que yo pienso que se debería tal vez, un tema de sensibilizar a los profesionales. A veces a los profesionales de salud con tanto ver paciente tras paciente, perdemos la sensibilidad.”

“Quizás orientar al personal en cuanto a cómo debemos garantizar el acceso adecuado a todos los niveles de atención, que ese trabajo se viene haciendo, pero quizás un programa más organizado para generar esa capacitación per se del profesional, que genere una orientación adecuada de la mano con las autoridades locales y regionales”.



1.2. MIGRACIÓN

La migración, como fenómeno social complejo y multidimensional, constituye un desafío importante en la dinámica de los servicios de salud y en la prestación de servicios de salud en los países (Peiro y Benedict, 2009).

En este contexto, se deben diferenciar las prácticas en el ámbito de la prestación de cuidados y las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población migrante. Las autoridades de salud entrevistadas indican que la migración ha cambiado en los últimos años, impactando de diversas maneras en las dinámicas sociales.

En los últimos años, ha ocurrido una intensificación de los flujos intrarregionales, particularmente, en América del Sur (Martínez et al., 2016). Se muestra una diversificación de los países de origen y la presencia de flujos mixtos con presencia de personas migrantes, indígenas, mujeres, niños, niñas y adolescentes; algunos de estos grupos como parte de flujos irregulares, incluyendo trata y tráfico (Stefoni, 2018)(Martínez et al., 2016), expuestos a un alto nivel de vulnerabilidad.

Por otro lado, nuestros informantes identifican que la principal dificultad del trabajo con la población migrante corresponde a que son migrantes móviles, determinando a las zonas de frontera como regiones de paso. Finalmente, en el caso venezolano, se reconoce que ha habido un aumento de la migración de esta población, sin embargo, a comienzos de la pandemia existió un cierto grado de retorno.



Esta dinámica de los procesos migratorios ha estado asociada a procesos de adaptación por parte de las poblaciones y gobiernos nacionales; por otro lado, respecto al acceso a la salud y la continuidad de los cuidados, se hace necesario crear estrategias que responda a esa realidad y que consideren el ciclo migratorio y sus implicancias en la salud como la vulnerabilidad y riesgo al que están expuestos.

Estos procesos también permiten identificar una necesidad de formación en los temas relativos a los procesos culturales inherentes a la migración en zonas fronterizas: las diferencias culturales emergen como desafíos en el trabajo de las Autoridades de Salud, especialmente, buscando evitar la reproducción de prejuicios.

La salud intercultural se posiciona como una alternativa efectiva, una vez que considera “una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría en la interacción, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural.

Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural” (Menéndez, 2006). Es decir, un proceso de diálogo entre culturas que pondera las diferencias y similitudes culturales, propiciando la valoración de lo propio y lo ajeno para crear una “interrelación equitativa para espacios de encuentro” (Walsh, 2005), tal como en las fronteras de nuestros países, esta perspectiva contribuye a la disminución de brechas de acceso, como a los resultados de salud.

“A mí sí me parece que dentro de la parte cultural sí hay cosas que nos dificultan un poco.

Por ejemplo, con el ingreso de personas de haitianos, tú sabes que las personas haitianas hablan el idioma francés y a veces el comunicarse con ellos se nos torna un poco dificultoso”

“Quizás orientar al personal en cuanto a cómo debemos garantizar el acceso adecuado a todos los niveles de atención, que ese trabajo se viene haciendo, pero quizás un programa más organizado para generar esa capacitación per se del profesional, que genere una orientación adecuada de la mano con las autoridades locales y regionales”

1.3. ACTORES CLAVES

Como una tercera subcategoría emerge la identificación de actores claves que son relevantes para el trabajo con, por y desde los migrantes en zonas de fronteras. El nivel de participación y la importancia de dichos actores involucrados en los procesos de formulación e implementación de experiencias con población migrante; así como la importancia de la cooperación transfronteriza en temáticas como el acompañamiento epidemiológico, han sido identificadas como necesidades de capacitación.

Este trabajo colaborativo promueve la sinergia y eficiencia mediante alianzas y la coordinación intersectorial, interpaís e interagencial. Fortalecer y ampliar las intervenciones para garantizar la promoción, respeto y cumplimiento efectivo de los derechos humanos de los migrantes, a la vez que se defiende sus derechos a la salud y los principios de no discriminación; son asuntos claves, también identificados por OPS en el Documento de Orientación sobre Migración y Salud (2019).

Nuestros entrevistados reconocen que por sí mismo, el sector salud no consigue atender todas las demandas en las zonas de frontera, haciendo necesario el fortalecimiento del trabajo colaborativo con los actores claves.

De acuerdo con Silva-Sobrinho et al. (2014) “las dificultades económicas y de personal características de las zonas de frontera no son sólo debido al aumento de la demanda por los cambios migratorios, sino que también por una deficitaria organización del sistema de salud local lo que se relaciona directamente con esta percepción de un cambio en la migración y aumento de los desafíos; sin embargo, no se debe considerar como un factor aislado.”



Los actores clave atienden una parte de las demandas de la población migrante en situación de vulnerabilidad, especialmente en lo relativo a alojamiento (albergues) y alimentación.

Consideramos bajo este tópico a los gobiernos nacionales, regionales y locales; trabajando articuladamente junto a organismos internacionales y ONG's; los cuales actúan de diversas maneras en los países Andinos.

Por otro lado, se destaca la necesidad de trabajar de forma articulada; especialmente durante la pandemia de COVID-19 que ha afectado a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, como los migrantes móviles, mujeres, indígenas, niñas, niños y adolescentes; debido al cierre de fronteras, el aislamiento, la falta de redes sociales, la estigmatización, la falta de acceso a atención de salud, agudizando la vulnerabilidad de estos grupos en movilidad (Riggirozzi, et al, 2020) generando una crisis socioeconómica, sanitaria y de protección (ONU,2020).

En ese sentido, las ONG y los organismos internacionales pueden atender las necesidades que los gobiernos no consiguen, favoreciendo un trabajo colaborativo.

“Salen los aviones con montón de personas de vuelta a su país, están en Iquique ahí en, generando actividades de xenofobia contra la comunidad migrante en las plazas, entonces, genera bastante miedo, miedo, desconfianza, puede incluso generar ira o rechazo a cualquier funcionario o institución de gobierno o municipal, entonces, eso genera barreras, barreras cuando nosotros queremos acceder a brindar beneficios y está esta defensiva, entonces, la pandemia vino a agudizar, agudizar estas cosas”

“No hay ONGs. No hay, en toda la red que yo trabajo con siete municipios, en ninguno hay ONGs”.

1.4. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

La migración es un determinante social de la salud. Las condiciones en las que las personas migran, cómo realizan el viaje migratorio, las interacciones que ocurren en el proceso, las relaciones de poder a las que se enfrentan, la realidad que viven en los países de destino, afectan su bienestar y muchas veces impiden el ejercicio de sus derechos.

Esto sucede particularmente en fronteras donde confluyen flujos mixtos de migrantes, de diferentes edades, pertenecientes a pueblos indígenas, mujeres, afrodescendientes y otros grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, expuesto a riesgos y con múltiples necesidades.

Las Autoridades de Salud deben conocer los tipos, la calidad y la cantidad de servicios disponibles a los que se puede acceder para satisfacer las necesidades de los migrantes, así como cualquier criterio relevante para acceder a estos servicios o barreras de acceso.

En ese sentido, de acuerdo a lo expresado por nuestros informantes, todos los migrantes, independientemente de su condición migratoria, deben tener derecho a protección y deben tener acceso a servicios de asistencia durante el proceso migratorio.

Las necesidades de la población migrante se pueden dividir en dos grandes grupos: inmediatas, es decir, aquellas destinadas a satisfacer necesidades urgentes, como albergue, atención médica de emergencia y alimentación; o en el mediano y largo plazo, es decir, requieren la satisfacción de necesidades integrales, buscando soluciones duraderas (esto especialmente en países de destino).



En ese sentido, resulta relevante promover capacitaciones que permitan a las autoridades de salud identificar las necesidades de la población migrante, actuando como puerta de entrada al trabajo colaborativo interinstitucional, interfronterizo y con los actores claves previamente definidos.

Los y las migrantes pueden tener necesidades específicas de atención de salud debido a condiciones preexistentes, así como a lesiones, enfermedades respiratorias y diarrea, producto del viaje migratorio, tanto en tránsito como en destino.

Los migrantes pueden haber experimentado violencia, explotación o abuso con consecuencias para la salud, tanto física como mental, y es posible que no hayan tenido acceso a una atención médica adecuada. Los migrantes en malas condiciones físicas o mentales se vuelven más vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso, lo que agrava o perpetúa su precario estado de salud.

Así, las Autoridades de Salud identifican genéricamente los grupos vulnerables y las necesidades sociales y de salud que caracterizan a la población migrante en zonas de frontera.

Las mujeres, niños, niñas y adolescentes, así como los adultos mayores son los grupos en mayor vulnerabilidad, lo que determina sus condiciones de migración y de salud.

De acuerdo con OPS (2019), las zonas de frontera deben hacer frente al aumento de enfermedades no transmisibles, al resurgimiento de enfermedades infecciosas, el aumento de la violencia de género, los problemas de salud mental, y la desnutrición aguda de niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y ancianos.

Si bien esta mirada contempla las necesidades de vigilancia en salud mediante el Reglamento Sanitario Internacional, no se incorporan aspectos socioculturales que determinan la condición de salud de las personas migrantes.

Se debe avanzar en la comprensión de la migración como determinante social de la salud, de tal manera que se puedan identificar factores de riesgo asociados a pobreza y vulnerabilidad estructural en la población migrante, lo que tendrían mayor importancia en las dinámicas de contagio de enfermedades infecciosas que el país de origen como factor de riesgo.

En esa línea, destacamos que el impacto de las experiencias, vulnerabilidades y el género deben también reconocerse y abordarse adecuadamente durante la atención; debiendo ser considerado como un marco de referencia y un tema a ser abordado en futuras capacitaciones, ya que este enfoque promueve la igualdad de género durante la atención. Por otro lado, identificamos que los servicios brindados a las niñas, niños y adolescentes migrantes deben ser apropiados para su edad; seguir adecuadas prácticas de protección infantil y ser accesibles.

Siempre que sea posible, las ONG y organismos internacionales deben brindar protección y asistencia a este público; utilizando un enfoque centrado en las niñas, niños y adolescentes, sus necesidades y su salud. La unidad familiar debe mantenerse a menos que sea insegura o represente un riesgo para el niño.

Finalmente, sobre las necesidades de salud, se identifica la salud psicosocial como uno de los grandes temas a trabajar, ya que no se realizan evaluaciones sobre el bienestar psicosocial de los migrantes. En ese sentido, debe considerarse junto con otras evaluaciones de salud o incluirse en ellas, formando a los profesionales de salud en este ámbito.

“Presencia de enfermedades diarreicas agudas, parasitismo, desnutrición, también hemos evidenciado mucho de esa situación. Y lo otro, algunas situaciones particulares en torno a salud mental debido a sus propias características.”

“Básicamente, las personas migrantes necesitan... migran mucho por acceso a los esquemas de vacunación de niños, salud sexual y reproductiva, y enfoques y cobertura básicamente de partos y cesáreas, obviamente (...).”

Se identifica que las Autoridades de Salud consideran la salud mental como un tema relevante, sin embargo, desde una mirada patologizada que coloca a la falta de especialistas en salud mental y las características de la migración como las principales dificultades.

En ese sentido, consideramos relevante promover capacitaciones sobre procesos de atención psicosocial, que se considera como un “proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales.

Dicho proceso involucra distintos perfiles profesionales y contempla todos aquellos servicios relacionados con reducir o disminuir el deterioro emocional de las personas que han sido víctimas de la violación de sus derechos” (OIM, 2018).

2. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los y las prestadoras de servicios de salud entrevistados enfocaron sus respuestas en el cotidiano de la atención de salud, en sus lugares de trabajo y en la dinámica de las ciudades por las cuales transitan.

De acuerdo a Rodrigues y Días (2012), la forma en que los profesionales de la salud brindan atención a los usuarios refleja la cultura organizacional y el clima del equipo en el que se insertan, de manera que sus vivencias determinan de cierta manera su actitud y prácticas diarias.

En ese sentido, y como ya fue mencionado, a nivel de los prestadores de los servicios de salud, uno de los principales desafíos relatados es el de dar continuidad a los tratamientos de la población migrante.

También, el desconocimiento de los procedimientos que garantizan y financian el acceso de la población “indocumentada” a salud, así como la existencia y reproducción de ideas y prejuicios que limitan el acceso a salud, y una confuso entendimiento del derecho a la salud (R. Leyva-flores et al., 2013)(Giovanella et al., 2007)(Van der Laet, 2017). Por otro lado, la salud psicosocial también aparece como uno de los temas centrales para futuras capacitaciones.

2.1. Dinámica migratoria, socioeconómica, cultural, política y de salud en las fronteras.

Más allá de abordar los asuntos socioeconómicos, culturales o políticos de las zonas de fronteras, nuestros entrevistados relatan los desafíos del trabajo directo con la población migrante; destacando el abandono de los centros de salud en estas zonas, los cambios en el origen de los migrantes, su cultura y el miedo a que la atención de salud se transforme en un mecanismo de identificación de migrantes irregulares, especialmente durante la pandemia.

“El Carchi constituye una zona de paso, igual que Sucumbíos es una zona de paso, pero, sin embargo, sí hay poblaciones en movilidad humana que se quedan aquí, como es la población venezolana también tenemos población colombiana que se encuentra aquí en la frontera, tanto del Carchi como de Lago Agrio que es la Amazonía.

“Hoy en día vemos muchos usuarios que ven, que llegan por pasos inhabilitados, asustados o temen de poder hacer, tener una atención de salud o temen de poder ejercer una labor dentro de esta, este país que uno se acoge”

En ese mismo sentido, el asegurar la atención se presenta como una de las necesidades de formación orientada a la promoción del derecho efectivo a la salud para los usuarios, y como estrategias y metodologías de comunicación y difusión, ya que los prestadores reconocen que el acceso es para todas las personas, siempre y cuando recurran a los centros de salud.

Sin embargo, al tratar directamente con la población migrante, los prestadores de servicios de salud hacen todos los esfuerzos por otorgar salud a quien lo necesite y dentro de los marcos legales de cada país.

En ese sentido, resulta importante destacar la necesidad de que las Autoridades de Salud de los países consideren las especificidades de las zonas de frontera, otorgando condiciones para ofrecer atención universal y de calidad; ya que, como

“Nosotros tratamos de atender a todas las personas, sean extranjeros, argentinos, brasileros, nosotros estamos en todo el derecho, el deber de atenderlos porque son seres humanos; entonces, nosotros tratamos de atender a todos, pero, como le digo, con la deficiencia de que nosotros no contamos con personal médico aquí ”.

“Sobre el trabajar en una zona de frontera) el impacto más que todo es la escasez del personal médico y también la escasez de medicamentos”

En esa misma línea, para garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000), no solo se debe garantizar el derecho a la salud, sino que también, deben crearse estrategias que permitan desburocratizar la atención.



2.2. MIGRACIÓN.

La migración ha cambiado. Las zonas fronterizas se reconocen como espacios de paso; caracterizando más bien un tipo de migrante móvil, el cual recurre a servicios de salud de urgencia y presenta una serie de necesidades más allá de la salud. De forma general, la pandemia ha intensificado la migración irregular (por el cierre de fronteras) y esto determina la vulnerabilidad de los y las migrantes.

Se destaca a la población migrante venezolana como la que más ha aumentado en los últimos años y que, de forma general, se caracteriza por su movilidad: salen de Venezuela, pasan por Colombia, siguen por Ecuador, continúan por Perú, pasan a Bolivia y cruzan el desierto de Atacama para llegar a Chile.

“Vemos siempre a los extranjeros que están con esa situación de, de que no, no pueden cubrir, digamos, todo lo que debería de ser básico para ellos. Y desde aquí salir a La Paz porque, si bien, llegan desde este lado, pero ya cuando hacia el lado de La Paz, todos esos los devuelven, entonces los vemos siempre caminando por la carretera, tal vez clandestinamente, entonces... y la parte de humanitaria es lo que más, lo que necesita”.

“Sobre la dinámica de la migración] hay un poco de inseguridad, pero sería una necesidad como la seguridad porque por medio de la necesidad de que tienen de ir a trabajar, agarran los caminos ilegales y ese es un mayor riesgo, mayor peligro”

Por otro lado, el cambio evidenciado en la migración aparece como una dificultad de tipo sociocultural, ya que nuestros entrevistados identifican las diferencias culturales como un asunto relevante en el trato con los usuarios.

Así, debemos relevar la salud intercultural como una temática de capacitación, ya que permite acabar con los prejuicios y fortalecer las competencias identificadas en las entrevistas realizadas. Abordar los prejuicios es relevante ya que, sin una adecuada capacitación, pueden transformarse en una barrera para la atención de la población migrante.

“Ellos están acostumbrados a que el Gobierno les garantice ciertos beneficios, entonces, el choque cultural es alto porque ellos llegan acá a exigir. Y en salud son así exigentes, en cambio acá las personas culturalmente conocen sus derechos, pero también sus deberes. Dentro de esos deberes, pues, está el respeto a la atención del personal, el cumplir con sus derechos, el hacer los trámites, todo eso. Ellos no, ellos si tú no les haces las cosas, pues, muy difícilmente las van a hacer, entonces ellos creen que, pues, el Gobierno o el Estado o los funcionarios públicos debemos garantizarles todo”

“Nos ha tocado atender en el mes de marzo a una haitiana que estaba con una hemorragia, pero lamentablemente la haitiana, digamos, ha llegado en la última fase y ya se ha producido nomás el aborto; la queríamos referir, pero ya ellos son los peores pacientes, a veces son los que no quieren acudir a la diferencia porque dicen después me van a agarrar y me van a volver nuevamente a mi país”

Por otro lado, el enfoque intercultural se complementa con el enfoque de migración y salud, destacando la importancia de considerar las distintas etapas del ciclo migratorio para responder a las necesidades de las personas migrantes, ya que en general no ha sido un tema mencionado por nuestros informantes. Así, es relevante considerarlo en los procesos de capacitación que se propongan.

“Ya vienen con otras costumbres y hay que interiorizarse ahora a esto, entonces, un poquito fuerte eso aquí en la región porque ya no era como antes. Hay un cambio, un cambio social, un cambio cultural porque ya los hermanos vecinos, los hermanos migrantes que vienen de la república venezolana, los dominicanos, los haitianos, entonces, ya vienen ellos ya con otra cultura, ya son otros acentos ocupan, otros acentos lo llevan, entonces hay que entenderles a ellos y ellos también, yo creo que pasan lo mismo porque ellos no entienden los acentos que ocupan los chilenos.”

2.3. ACTORES CLAVES

Como ya fue planteado, el trabajo coordinado y articulado entre los actores claves permite atender las necesidades inmediatas de la población migrante, especialmente del migrante en tránsito. En ese sentido, se reconoce el trabajo de diversos actores en cada país; pero que, aun así, existen realidades difíciles de modificar por la determinación estructural a nivel político y legal de los países.

Esto se debe a que, los y las migrantes son víctimas de trabajos precarios, prejuicios y una serie de vulnerabilidades estructurales generando un círculo vicioso que relaciona vulnerabilidad-renta-irregularidad-acceso a salud.

“Aquí están la Defensoría que creo que tiene convenio con la FAO, FAO creo que es, entonces les dan, les dan lo que es el alojamiento transitorio. Y ellos mismos con la Cruz Roja coordinamos cosa de que, digamos, llega algún paciente en estado, digamos, crítico de salud, entonces no los traen ellos, son nexos con los pacientes extranjeros. Esa necesidad, después, tal vez alimentación creo que les dan lo básico ¿no?, pero vemos siempre a los extranjeros que están con esa situación de, de que no, no pueden cubrir, digamos, todo lo que debería de ser básico para ellos”

“Nosotros somos el rinconcito abandonado porque, la verdad, nadie llega acá para poder apoyarnos, si nos apoyarían por lo menos tendríamos más médicos, ya el Gobierno también nos daría la debida importancia a este rinconcito y nosotros podríamos brindar mejor atención a los pacientes.”

Si bien la mayor parte de nuestros entrevistados reconoce la importancia del trabajo intersectorial y colaborativo, destacamos nuevamente la importancia de que desde los ministerios de salud se reconozca a las zonas de frontera como espacios que poseen necesidades especiales y que no basta sólo con el apoyo de los actores claves.

En este apartado destacamos también el trabajo interfronterizo realizado por algunos países, especialmente el caso de la frontera Colombo-Ecuatoriana, que gracias al trabajo de las Zonas de Integración Fronteriza (ZIF) ha permitido la cooperación fronteriza a través de la Comunidad Andina (Comunidad Andina, 2001) y el PASAFRO.

2.4. Necesidades de la población migrante.

A diferencia de las Autoridades de Salud, los y las Prestadoras de Servicios de Salud reconocen las vulnerabilidades a las que la población migrante se encuentra expuesta, sensibilizándose con sus condiciones de vida y su situación migrante.

Esto es relevante, ya que, dentro de lo que es la necesidad de capacitación sobre salud psicosocial, se considera necesario que las intervenciones se diseñen desde una identificación y análisis de la situación de bienestar psicosocial y de salud mental. De acuerdo a lo propuesto por el Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2007), y adaptándolo a las necesidades de capacitación identificadas, consideramos que en un primer nivel los prestadores deben estar atentos sobre el acceso a servicios básicos, para luego brindar y facilitar apoyo comunitario con los actores claves, luego otorgar apoyo focalizado a grupos en situación de vulnerabilidad o necesidades específicas y, finalmente, derivar a servicios especializados de atención clínica y servicios de salud mental.

Todo esto, claro, debidamente coordinado por las Autoridades de Salud y a nivel intersectorial con los demás actores clave.

Específicamente sobre las necesidades de salud, las condiciones climáticas a las que se enfrentan los migrantes son identificadas como factores determinantes de la salud; así como también, el género, la edad y el proceso migratorio como tal.

“En cuanto a vivienda, a trabajo, ¿sí?, entonces muchos de ellos están en los albergues del municipio, rotan por los albergues del municipio un mes, dos meses, tres meses”.



CONSIDERACIONES
FINALES

El presente informe presenta las necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud en territorios fronterizos de los países andinos, de acuerdo a los resultados del análisis de las entrevistas de Autoridades de Salud y de Prestadores de Servicios de Salud.

Debido al carácter incipiente de las acciones de capacitación sobre migración y salud en los países estudiados, se considera relevante realizar procesos de actualización de forma transversal tanto a nivel de las autoridades de salud y de los prestadores de servicios de salud; así como también, incentivar el abordaje e inclusión de esta temática dentro de la formación universitaria que usualmente no aborda los temas emergentes y desafíos en esta área (Correa Betancour e Carstens., 2018).

De forma general, se han identificado temas emergentes y necesidades de capacitación relativos a: reconocimiento de la dinámica migratoria, socioeconómica, cultural y política de las fronteras; consideración de la migración como determinante social de la salud e importancia de la vulnerabilidad social y el riesgo estructural; trabajo colaborativo entre actores claves con población migrante; y necesidades de salud de los y las migrantes (tanto a nivel local como a nivel del sistema).



Así, considerando las ideas y silencios de nuestros entrevistados, se destacan como principales necesidades de capacitación:

FORMACIÓN SOBRE GENERALIDADES DE MIGRACIÓN Y SALUD.

Habiendo constatado el desconocimiento e invisibilización de: conceptos, dinámicas de los flujos y ciclos migratorios y grupos vulnerables, por parte de las autoridades y de los prestadores de servicios de salud, se hace necesario abordar la conceptualización de temas relevantes sobre la migración como determinante social de la salud, acceso a salud, marcos legales de los países andinos, estigmas y discriminación, etc.

FORMACIÓN EN SALUD PSICOSOCIAL.

Más allá de la consideración de salud mental con un enfoque biomédico se debe enfatizar en aspectos de índole psicosocial que impactan en el proceso salud-enfermedad de las personas en movilidad y migrantes; identificando la vulnerabilidad y los riesgos vinculados con el proceso migratorio y las etapas de este.

Estos aspectos son importantes para el trabajo colaborativo entre actores claves, reconociendo capacidades y posibilidades de acción, promoviendo estrategias intersectoriales para resolver necesidades básicas, derivaciones y primeros auxilios psicológicos y/o, acompañamiento con especialistas, según corresponda (OIM, 2018).

FORMACIÓN EN DDHH Y SALUD INTERCULTURAL.

Si bien se percibe un avance en la consideración de las situaciones de salud de las personas migrantes mediante la vigilancia en salud pública y el reglamento sanitario internacional; se debe relevar la migración como un fenómeno multidimensional, de grupos vulnerables, con acceso y derecho a la salud.

En ese sentido, es de gran importancia priorizar el bienestar psicosocial de las y los migrantes como objetivos del trabajo de las Autoridades y de los Prestadores de Servicios de Salud; fortaleciendo el desarrollo de las competencias interculturales en salud (actitudes, conocimientos y habilidades) como herramientas para la sensibilización de los profesionales y respeto del otro, estimulando relaciones culturalmente simétricas y garantizando el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000).

FORMACIÓN EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA.

Diversos entrevistados manifestaron la necesidad de mejorar los mecanismos de notificación y el intercambio de informaciones de salud entre países.

Por ello, se hace necesario avanzar en la comprensión de determinantes contextuales del proceso migratorio y de la vida en el país de destino de personas migrantes por parte de los profesionales de salud, de manera de identificar factores de riesgo asociados a pobreza y vulnerabilidad social en esta población, que tendrían mayor importancia en las dinámicas de contagio de enfermedades infecciosas como TB y VIH que el país de origen como factor de riesgo inequívoco (Cabieses, Libuy y Dabanch; 2019).

FORMACIÓN SOBRE TRABAJO COLABORATIVO INTERFRONTERIZO.

Promoviendo estrategias de fortalecimiento de la integración fronteriza y el conocimiento de la realidad de la situación de salud a partir de estrategias e intervenciones conjuntas; y usando instrumentos estandarizados y validados por especialistas como la “Guía para el Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos (ASIS)” (ORAS, 2015), realizada como parte del “Plan de Salud en Fronteras (PASAFRO)”.

Dicho trabajo colaborativo interfronterizo debe procurar utilizar de manera más efectiva y eficiente los recursos en ambos lados de la frontera para prevenir y responder a situaciones de salud, considerando el concepto de Una Sola Salud, que incluye la salud humana, el medio ambiente y la salud animal (OIE, 2021).

De esta forma, se sugieren temas relevantes para cada una de las capacitaciones propuestas, siguiendo una lógica de aumento de la complejidad de los contenidos, problematización de las dinámicas locales y metodologías/estrategias de intervención.



TABLA 5
TEMÁTICAS PARA ABORDAR EN
LAS CAPACITACIONES PROPUESTAS.

CAPACITACIÓN	TEMAS RELEVANTES
CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD	¿Qué es la migración? Contexto mundial y de la región andina, Ciclo migratorio, Migrantes en tránsito, Migración como Determinante Social de la Salud, Acceso a salud y marco legal en los países andinos, Estigmas y discriminación
FORMACIÓN EN SALUD PSICOSOCIAL	Grupos en situación de mayor de vulnerabilidad, Salud mental y respuesta psicosocial, Capacidades y posibilidades de acción, Metodologías para la intervención
FORMACIÓN EN DDHH Y SALUD INTERCULTURAL	Enfoque de DDHH, Derecho a la Salud, Enfoque de género, Instrumentos internacionales de protección a los migrantes, Enfoque de salud intercultural, Competencias interculturales, Metodologías para la intervención
FORMACIÓN EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA	Principales problemas de salud de las personas migrantes, Migración y enfermedades transmisibles: una mirada integral, Vigilancia de Salud Pública en fronteras, Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos (ASIS)
FORMACIÓN SOBRE TRABAJO COLABORATIVO INTERFRONTERIZO	Plan de Salud en Fronteras (PASAFRO), Aprendizajes de la Pandemia de COVID-19, Experiencias de trabajo intersectorial, Experiencias de trabajo interfronterizo, Metodologías para la intervención

Finalmente, se reitera la importancia de considerar que la población migrante y en tránsito sufre vulnerabilidades estructurales debido al proceso migratorio como tal; por lo cual, se hace necesario profundizar en este aspecto, visibilizando las dinámicas fronterizas, sus flujos mixtos y mecanismos de integración.

En esa línea, se debe trabajar también en el desarrollo de estrategias de trabajo interfronterizo que consideren el enfoque de Derechos Humanos, de género y la interculturalidad; tomando esta última como un mecanismo de trabajo interdisciplinar para garantizar el derecho a la salud.

Por otro lado, se recomienda que las capacitaciones que sean elaboradas estén debidamente contextualizadas y adaptadas a las realidades locales de cada país, frontera y/o ciudad; ya que sólo a través de una formación en salud, en que las personas se vean representados, se lograrán los cambios necesarios, una verdadera formación en salud implicada y transformadora.





- ▶ Agudelo-Suárez, A.A., Gil-González, D., Vives-Cases, C. et al. (2012). A metasyntesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res* 12, 461.
- ▶ Angrosino, M. (2012). *Etnografía y Observación Participante en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata, 1ª primera edición en español, 143 pp.
- ▶ Barros, A. J. S. e Lehfel, N. A. S. (2000). *Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica*.
- ▶ Bernales M, McIntyre AM (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: Universidad del Desarrollo, p. 29-38.
- ▶ Bronfman, M; Leyva, R; Negroni, M. (2004). Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centro América, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- ▶ Cabieses, B; Libuy, M; Dabanch, J. (2019). Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile.
- ▶ CEPAL. (2018). *Panorama de la migración internacional en América del Sur. Comunidad Andina. (2001). Decisión 501.*
Corder, A. & Ruiz-Tagle, V. (2013). *Infracciones penales en espacios transfronterizos. El narcotráfico en la provincia del Tamarugal, Chile.*
- ▶ Correa Betancour, M; Carstens, C. (2018). Experiencia del diseño e implementación de un curso de formación general de migración y salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Cuadernos médicos-sociales* 58(4):55-63
- ▶ Delor, F.; Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 50, n. 11, p. 1557-1570, 2000.
- ▶ Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (eds.) (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3.ª ed.). Londres: Sage.

- ▶ Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N.(2011). Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(3):272–8.Estado Plurinacional de Bolivia. (2019). Ley Nº 1152: Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.
- ▶ Giovanella, L. et al. (2007). Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266.
- ▶ Gobierno de Chile. (2017). Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de Salud - Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaría de Redes Asistenciales - División de Políticas Saludables y Promoción.
- ▶ IASC. (2007). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes.
- ▶ IPC-IG, UNICEF LACRO y WFP. 2021. "Protección social y la migración venezolana en América Latina y el Caribe en el contexto de COVID-19". Research Report N° 58. Brasilia y Ciudad de Panamá: Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- ▶ Jiménez-Rojas, M., Figueredo-Medina, G. (2015). Implementación de estándares internacionales de prevención de trata de personas en el control migratorio: Colombia. Inciso, 19(1): 17-32.
- ▶ Lefèvre, F; Lefevre, A; Teixeira, J. (2000). O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul; Educs.



- ▶ Leyva, R. & Guerra, G. G. (2011). Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- ▶ Leyva, R. (2018). Conceptos sobre migración y salud: entre las cuarentenas... y los determinantes de la salud. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2018, 58 (4): 33-39.
- ▶ Leyva-Flores R, Infante C, Gutierrez JP, et al. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *Plos One*. 2019; 14(8): e0220775.
- ▶ Liberona-Concha, N; Tapia, M; Contreras, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica(s)* 8(2) 2017: 253-278.
- ▶ Martínez, J. & Reboiras, L. (2010). Migración, derechos humanos y salud sexual y reproductiva: delicada ecuación en las fronteras *Papeles de Población*, vol. 16, núm. 64, abril- junio, 2010, pp. 9-29.
- ▶ Martínez, J., & Orrego, C. (2016). Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe (*Población y Desarrollo* No. 114). Santiago, Chile: CEPAL, OIM.
- ▶ Menéndez E, (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y antropología at home algunas cuestiones metodológicas, México.
- ▶ Morales, A., Acuña, G. y Karina Li Wing-Ching (2010), Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica, serie *Población y Desarrollo*, N° 94 (LC/L.3249-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ▶ Nogueira, V; Dal Prá, K; & Fermiano, S. (2007). A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S227-S236, 2007.
- ▶ OIE. (2021). Una sola salud.
- ▶ OIM. (2018). Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica. OIM. (2019). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020. OMS. (2018). Resolución N° WHA61.17 de Salud de Inmigrantes.

- ▶ ONU. (2000). Observación general N° 14 (2000). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR).
- ▶ ONU. (2017). The International Migration Report 2017 (Highlights).
- ▶ ONU. (2020). Marco de la ONU para la respuesta socioeconómica inmediata ante el COVID- 19.
- ▶ OPS/OMS. (2016). Resolución 55/R13 “Salud de los Migrantes”. OPS. (2019). Documento de orientación sobre migración y salud.
ORAS-CONHU (2015). PLAN ANDINO DE SALUD EN FRONTERAS 2016 – 2018 PASAFRO.
para a Iniciação Científica. 2 Ed. São Paulo: Makron Books.
- ▶ ORAS-CONHU (2019). Plan Andino de Salud para personas Migrantes. Peiro, M. J. e R. Benedict (2009), Migration Health: Better health for ll in Europe. Final Report Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities, Bruxelas, IOM.
- ▶ R4V. (2019). RMRP 2019. Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes para las Personas Refugiadas y Migrantes de Venezuela.
- ▶ Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013 Apr 6;381(9873):1235-45. doi: 10.1016/S0140- 6736(12)62086-8. Epub 2013 Mar 27. PMID: 23541058.
- ▶ Riggiozzi, P. (2020). Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina.



- ▶ Rodrigues, R.; Dias, S. (2012). Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. Fórum sociológico (online), n. 22, p. 1-15.
- ▶ Sandercock, L. (2004). Reconsidering multiculturalism: towards an intercultural project. En. Wood, P. (ed.), Intercultural city reader. Stroud, UK: Comedia.
- ▶ Serván-Mori E, Leyva-Flores R, Xibillé CI, Torres-Pereda P, & Garcia-Cerde R. (2014). Migrants suffering violence while in transit through Mexico: factors associated with the decision to continue or turn back.
- ▶ Silva-Sobrinho, R. et al. (2014). Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção base à saúde. Revista RENE, v. 15, n. 4, p. 605-612.
- ▶ Stefoni, C. (2018). Panorama de la migración internacional en América del Sur. Documento elaborado en el marco de la Reunión Regional Latinoamericana y Caribeña de Expertas y expertos en Migración Internacional preparatoria del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Serie Población y Desarrollo 123. Santiago, Chile: CEPAL/OIM.
- ▶ Tapia-Ladino, M. & Chacón-Onetto, F. (2016). Vínculos transfronterizos: vida, movilidad y comercio en el barrio boliviano de Iquique, Chile. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. 24 (47) May- Aug 2016.
- ▶ Tapia Ladino, M.; Contreras Gatica, Y.; Stefoni Espinoza, C. An. geogr. Univ. Complut. (2021). Movilidad fronteriza, sujetos móviles y multianclados en el acceso de la vivienda. Los casos: Iquique, Alto Hospicio y Antofagasta. 41(1) 2021: 265-291.
- ▶ Van Der Laat C. (2017). La migración como determinante social de la salud. In: Cabieses B,
- ▶ Walsh, C. (2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Signo y pensamiento. Colombia.

ANEXO 1: FICHA SOBRE ACCIONES DE CAPACITACIÓN A PROVEEDORES DE SALUD SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD.

El siguiente instrumento contiene un conjunto de requerimientos de información referida a las acciones de capacitación realizadas en distintos niveles del sistema de salud a proveedores de salud sobre migración y salud que debe ser gestionada por parte de los informantes clave designados por la Comisión Asesora.

Por favor responda: ¿Qué capacitaciones se han realizado sobre migración y salud en distintos niveles del sistema de salud a proveedores de salud durante los últimos 5 años? Considere charlas de sensibilización, cursos, cápsulas de videos y/o diplomados.

Es importante identificar aquellas acciones disponibles para su reproducción o como base para el desarrollo de material de capacitación.

(Se solicita registrar en una fila cada acción por separado, en el caso que la acción se haya realizado varias veces señalar el número de versiones en la misma casilla de acción).



1. DATOS GENERALES DEL ORGANISMO NOTIFICANTE							
1.1	Nombre:	Fecha: __/__/__					
1.2	Institución/organismo que responde el cuestionario:						
1.3	Nombre de la ciudad de frontera (caso correspondiente):						
1.4	Responsable del llenado de información:						
1.5	Nombre y cargo de los informantes clave que participaron en el llenado del cuestionario						
NIVEL	ESTRATEGIA*	OBJETIVO	ACCIÓN DE CAPACITACIÓN	ÁMBITOS Y/O CONTENIDOS PRINCIPALES **	HORAS	Nº DE CAPACITADOS A LA FECHA ***	CURSO DISPONIBLE PARA REPRODUCCIÓN****
NACIONAL							
LOCAL							

NOTA:

*En qué estrategia se enmarca la acción, por ejemplo: implementación de una política, programa de salud, plan de capacitación, etc. Si es una acción aislada, señalar que no aplica (N/A).

**Señalar los principales ámbitos o contenidos como ejes temáticos abordados en la acción como por ejemplo marco normativo, procedimientos, epidemiología, interculturalidad, derechos humanos, etc.

***Indicar el número de capacitados a la fecha en todas sus versiones.

****En caso de que la acción de capacitación no esté disponible online, pero es posible compartirla ya sea para reproducirla o utilizarla como insumo para el plan de capacitación para los países de la Subregión Andina, enviar algún material descriptivo como el programa o ppt.

ANEXO 2: LISTA DE PREGUNTAS CON AUTORIDADES DE SALUD Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

AUTORIDADES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EN FRONTERAS:

1. ¿Qué impactos sociales y en salud tiene el que su municipio esté ubicado en región de frontera? ¿Qué necesidades tienen los migrantes?
2. ¿Qué relaciones y flujos formales e informales existen entre el sistema de salud de su municipio y el sistema o servicios de salud del país vecino/ciudad extranjera vecina?
3. ¿Qué medidas se han implementado a nivel internacional (ciudades vecinas), nacional, regional y local para atender estas demandas? ¿Se ha avanzado en garantizar derechos? ¿Cuáles? ¿Se han desarrollado acciones que faciliten el acceso de salud a migrantes? ¿Qué acciones?
4. ¿Cuáles son los servicios de salud que la población migrante procura en su ciudad? ¿Cuáles son los servicios de salud más procurados de su población nacional en la ciudad fronteriza vecina?
5. ¿Qué actores considera que son importantes para el trabajo con migrantes en fronteras?
6. ¿Qué necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud identifica para los funcionarios de salud que trabajan en zonas de frontera?
¿Cree usted que los aspectos culturales y contextuales de la población migrante tienen importancia en la atención de salud? ¿Cuáles aspectos?
7. ¿Cómo ha afectado la pandemia a los migrantes en la región de frontera?
¿Qué necesidades de capacitación existen en este aspecto?

PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN FRONTERAS

1. ¿Qué impactos tiene en su servicio de salud y en su práctica cotidiana el vivir y trabajar en un municipio ubicado en región de frontera? ¿Qué necesidades tienen los migrantes?
2. ¿Cuáles son las necesidades de la población que vive en la zona de frontera? ¿Cuáles son los principales grupos móviles y migrantes que confluyen en la región fronteriza? ¿Qué grupos están en mayor situación de vulnerabilidad?
3. ¿Qué actores considera que son importantes para el trabajo con migrantes en fronteras?
4. ¿Qué medidas conoces que se hayan implementado para atender estas demandas (a nivel internacional, nacional, regional y/o local)? ¿Qué aspectos han abordado? ¿Qué derechos tienen los migrantes? ¿Y específicamente en acceso a salud?
5. ¿Qué relación existe entre los profesionales de la salud de las ciudades fronterizas vecinas? ¿De qué manera se ha dado? ¿Qué ha faltado?
6. ¿Qué necesidades de capacitación en el ámbito de migración y salud identificas? ¿Cree usted que los aspectos culturales y contextuales de la población migrante tienen importancia en la atención de salud? ¿Cuáles aspectos?



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**



Av. Paseo de la República N° 3832,
San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú



(511) 611-3700



contacto@conhu.org.pe



Oras Conhu



Orasconhu



Organismo Andino
de Salud